

?

Чоловік 55-ти років скаржиться на загальну слабкість, зменшення сечовиділення, шкірний свербіж. Протягом 15-ти років страждає на хронічний пієлонефрит. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, з жовтуватим відтінком. Рс- 80/хв., ритмічний, АТ- 100/70 мм рт.ст. При аускультатії тони серця глухі, вислуховується шум тертя перикарду. Креатинін крові 1,1 ммоль/л, клубочкова фільтрація 5 мл/хв. Яке лікування показано хворому?

- +Гемодіаліз
- Плазмаферез
- Неогемодез
- Ентеросорбент
- Сечогінні

?

У дівчини 16-ти років на фоні ГРВІ з'явилися зміни в аналізі сечі: сліди білку, лейкоцити 30-40 в п/з, еритроцити (свіжі) 10-12 в п/з. АТ- 100/60 мм рт.ст. Який з наведених діагнозів найбільш імовірний?

- +Інфекція сечовивідної системи
- Гострий гломерулонефрит
- Геморагічний васкуліт
- Вульвовагініт
- Сечокам'яна хвороба

?

Хворий 62-х років звернувся зі скаргами на періодичне відходження червоподібних кров'яних згустків із сечею. У правій половині живота під час пальпації визначається горбисте, безболісне, рухливе утворення. Який з перерахованих методів обстеження необхідно застосувати у першу чергу?

- +УЗД нирок та заочеревинного простору
- Хромоцистоскопію
- Екскреторну урографію
- Цистоскопію
- Комп'ютерну томографію тазу

?

У хлопця 19-ти років із загостренням вторинного обструктивного пієлонефриту із сечі виділена синьогнійна паличка в титрі 1000000 мікробних тіл на 1 мл. Який антибактеріальний препарат найбільш доцільно призначити в даному випадку?

+Ципрофлоксацин

-Ампіцилін

-Цефазолін

-Азітроміцин

-Левоміцетин

?

Хворий 17-ти років знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гломерулонефриту. Скарги на виражені набряки по всьому тілі, зменшення кількості сечі, головний біль. У сечі: білок 7,1 г/л, лейкоц.- 1-2 у п/з, ер.- 3-4 у п/з. Білок у добовій сечі 3,8 г/л, діурез 800 мл. Загальний білок 43,2 г/л, сечовина 5,2 ммоль/л. Холестерин 9,2 ммоль/л. Який з перерахованих синдромів гломерулонефриту найімовірніше має місце у хворого?

+Нефротичний

-Нефритичний

-Сечовий

-Гематуричний

-Змішаний

?

У хворої 37-ми років часті болісні сечовипускання, відчуття неповного спорожнення сечового міхура. Хворіє близько 15-ти років. У сечі: питома вага 1020, білок 0,04 г/л, лейкоц.- 20-25 у п/з, ер.- 3-4 у п/з. При ультрасонографії нирки без особливостей, об'єм сечового міхура 300 мл, його стінка потовщена до 0,5 см, трабекулярна у просвіті ехозавис. Який метод додаткового дослідження необхідний цій пацієнтці у першу чергу для уточнення діагнозу?

+Цистоскопія

-Бакпосів сечі

-Екскреторна урографія

-Оглядова урографія

-Проба Нечипоренка

?

До приймального покою швидкою допомогою доставлено хворого 46-ти років зі скаргами на різкий, нападоподібний біль у правій поперековій ділянці, іррадіюючий у пахвинну ділянку, та на внутрішню поверхню стегна. Біль з'явився раптово кілька годин тому. Напередодні у хворого з'явилась профузна безбольова гематурія зі згустками крові черв'якоподібної форми. Раніше нічим не хворів. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

+Рак правої нирки

-Пухлина сечового міхура

-Некротичний папіліт

-Гострий гломерулонефрит

-Сечокам'яна хвороба, камінь правої нирки

?

Хворого 44-х років доставлено в клініку з приводу болю в лівій половині поперекової ділянки, який з'явився після падіння з висоти 2 м. Після травми, під час дворазового сечовипускання помітив наявність макрогематурії. Стан середнього ступеня важкості. Артеріальний тиск та пульс у нормі. З боку органів грудної клітки та черевної порожнини патологічних змін не знайдено. Наявна невелика болісна припухлість у лівій поперековій ділянці. Який попередній діагноз?

+ Закрите пошкодження нирки

-Сечокам'яна хвороба

-Туберкульоз нирок

-Пухлина нирки

-Гострий пієлонефрит

?

Хворий 18-ти років доставлений до лікарні із значними набряками, які з'явилися через два тижні після перенесеної ангіни. Виявлено підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт.ст. Запідозрений гострий гломерулонефрит. Що може виявлятися у сечовому осаді?

+Значна протеїнурія, еритроцитурія, циліндрурія

- Незначна протеїнурія, лейкоцитурія
- Мікрогематурія, кристалурія
- Помірна протеїнурія, макрогематурія, гіалінова циліндрурія
- Макрогематурія, лейкоцитурія

?

Хвора 36-ти років скаржиться на частий, болючий, утруднений сечопуск, постійні позиви до сечопуску, появу декількох крапель крові у сечі в кінці сечопуску. Захворіла раптово після переохолодження. При УЗД в сечовому міхурі мало сечі, стінки сечового міхура набряклі, рівномірно потовщені. У сечі: лейкоцити 30-40 в п/з, білок 0,099 г/л, еритроцити незмінні 5-7 в п/з. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Гострий цистит
- Гострий сальпінгоофорит
- Уретероцеле
- Пухлина сечового міхура
- Камінь сечового міхура

?

У хворого 23-х років після вживання гальмівної рідини наступила анурія, яка триває 5-й день; рівень креатиніну підвищився до 0,569 ммоль/л. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- +Гемодіаліз
- Дезінтоксикаційна терапія
- Антидотна терапія
- Сечогінні засоби
- Плазмаферез

?

Хворий 62-х років скаржиться на втрату 10 кг ваги за 2 місяці, появу сечі кольору "м'ясних помиїв", біль у поперековій ділянці, підвищення температури до 39 °С. При пальпації лівої нирки скаржиться на біль. У крові: ер.- $2,8 \times 10^{12}$ /л, Hb- 90 г/л, лейкоц.- $8,8 \times 10^9$ /л, ШЗЕ- 42 мм/год. У сечі: питома вага 1018, білок 0,66 г/л, еритроцити на все поле зору. Який попередній діагноз?

- +Пухлина нирки

- Карбункул нирки
- Туберкульоз нирки
- Гострий гломерулонефрит
- Сечокам'яна хвороба
- ?

Хворий страждає на дисемінований туберкульоз легень 5 років. Останнім часом з'явилися біль у поперековій ділянці, часті сечовипускання. У сечі: кисла реакція, протеїнурія; при бактеріоскопії мазка сечі кислотостійкі бактерії. Яке ураження нирок у цього хворого?

- +Туберкульоз нирок
- Амілоїдоз
- Гломерулонефрит
- Пієлонефрит
- Гідронефроз
- ?

Хворий 45-ти років висловлює скарги на інтенсивний різкий біль у правому боці, що іррадіює у праве стегно і промежину. Відзначає часті позиви до сечовипускання, сечу кольору "м'ясних помиїв". Подібний стан описує вперше. Позитивний симптом Пастернацького справа. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Сечокам'яна хвороба
- Гострий апендицит
- Гострий пієлонефрит
- Гострий холецистит. Ниркова колька
- Гострий панкреатит
- ?

Хворий 54-х років скаржиться на часте болісне сечовипускання, озноби, підвищення температури тіла до 38 °С. У сечі: білок 0,33 г/л, лейкоцити до 50- 60 у п/з, еритроцити 5-8 у п/з, грамнегативні палички. Який з представлених антибактеріальних препаратів найкращий у цьому випадку?

- +Ципрофлоксацин
- Оксацилін

-Еритроміцин

-Тетрациклін

-Цепорін

?

Чоловік 36-ти років проходить профогляд перед працевлаштуванням, скарг не висуває. Загальний аналіз сечі: світло-жовта, прозора, питома вага 1008, рН- 6,5; білок 0,6 г/л, ер.- 18-20 в п/з, змінені; лейкоцити 2-3 в п/з; циліндри 2-3 в п/з, зернисті. Який найбільш імовірний діагноз?

+Хронічний гломерулонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Амілоїдоз нирок

-Сечокам'яна хвороба

?

Хвора 44-х років надійшла зі скаргами на тупий, ниючий біль у лівій поперековій ділянці, домішок гною в сечі. При обстеженні діагностований зліва коралоподібний камінь II ст. Який метод лікування показаний?

+Оперативне лікування

-Контактна літотрипсія

-Дистанційна літотрипсія

-Консервативна терапія

-Висхідний літоліз

?

Хворий 29-ти років через 2 тижні після перенесеної ангіни помітив набряки обличчя, слабкість, зниження працездатності. Поступово з'явилися задишка, набряки нижніх кінцівок, поперекового відділу хребта. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, ослаблення серцевих тонів, анасарка. АТ- 160/100 мм рт.ст. У сечі: відносна густина 1021, білок 5 г/л, еритроцити 20-30 у п/з, гіалінові циліндри 4-6 у п/з. Який найбільш імовірний діагноз?

+Гострий гломерулонефрит

-Гіпертонічна хвороба

-Гострий пієлонефрит

-Інфекційно-алергічний міокардит

-Мікседема

?

Чоловік 54-х років скаржиться на ниючий біль у поперековій ділянці, що посилюється після перебування у вертикальному положенні, фізичного навантаження, переохолодження; слабкість у другій половині дня. Біль у поперековій ділянці відзначає близько 10-ти років. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, t_o - 37,2 °C, АТ - 180/100 мм рт.ст. Слабкопозитивний симптом Пастернацького. У крові: ер.- 3, $10^{12}/л$, лейкоц.- $6,5 \cdot 10^9/л$, ШЗЕ - 22 мм/год. У сечі: відносна густина 1010, лейкоц.- 12-15 у п/з, ер.- 2-3 у п/з. Мікробне число сечі 100000 в 1 мл. Який діагноз найбільш імовірний?

+Хронічний пієлонефрит

-Нирково-кам'яна хвороба

-Полікістоз нирок

-Хронічний гломерулонефрит

-Амілоїдоз

?

Чоловік 24-х років хворіє на хронічний гломерулонефрит. У сечі: відносна щільність 1010, білок 1,65 г/л, ер.- 5-7 у п/з, лейкоц.- 2-3 у п/з. Креатинін крові 0,350 ммоль/л. Натрій сироватки 148 ммоль/л. Яка основна причина гіперазотемії у хворого?

+Зниження клубочкової фільтрації

-Зниження канальцевої реабсорбції

-Посилена протеїнурія

-Зменшення ниркового кровотоку

-Затримка в організмі натрію

?

Хворий 44-х років звернувся зі скаргами на утруднене сечовиділення, відчуття неповного спорожнення сечового міхура. Під час сонографічного дослідження сечового міхура біля входу в уретру визначається овальне гіперехогенне утворення з рівними контурами розміром 2х3 см, що переміщується під час дослідження. Який висновок можна зробити?

+Конкремент

-Злоякісна пухлина сечового міхура

- Поліп сечового міхура
- Аденома передміхурової залози
- Пухлина початкової частини сечоводу
- ?

У хлопця 20-ти років через 2 тижні після перенесеної ангіни з'явилися набряки на обличчі, нижніх кінцівках. Об'єктивно: стан тяжкий, АТ- 120/80 мм рт.ст. Сеча бурого кольору. Олігурія. У сечі: відносна щільність 1,015, білок 1,2 г/л, еритроцити вилужені, вкривають все поле зору, зернисті циліндри 1-2 в п/з, солі урати (велика кількість). Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Гострий гломерулонефрит з нефритичним синдромом
- Гострий гломерулонефрит з нефротичним синдромом
- Гострий гломерулонефрит з нефротичним синдромом, гематурією та гіпертензією
- Гострий гломерулонефрит з ізольованим сечовим синдромом
- Нирковокам'яна хвороба

?

У жінки 38-ми років після переохолодження з'явилися біль у м'язах, підвищення температури до 39 °С, головний біль, дизурія, позитивний симптом Пастернацького. У сечі: лейкоцитурія, бактеріурія. У крові: зниження гемоглобіну до 103 г/л, лейкоцитоз із зсувом вліво, прискорення ШЗЕ до 32 мм/год. Сечовина крові 6,0 ммоль/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Гострий пієлонефрит
- Туберкульоз нирок
- Гострий гломерулонефрит
- Сечокам'яна хвороба
- Гострий цистит

?

Жінка 30-ти років, яка довго страждає на хронічний пієлонефрит, скаржиться на значну слабкість, сонливість, зниження діурезу до 100 мл/добу. АТ- 200/120 мм рт.ст. В крові: креатинін 0,62 ммоль/л, гіпопротеїнемія, альбуміни 32 г/л, калій 6,8 ммоль/л, гіпохромна анемія, підвищена ШЗЕ. Що є першочерговим у лікуванні хворої?

+Гемодіаліз

-Антибактеріальна терапія

-Ентеросорбція

-Гемосорбція

-Переливання крові

?

У хворого 45-ти років, який хворіє на сечокам'яну хворобу, виник напад ниркової кольки. Який механізм виникнення нападу?

+Порушення відтоку сечі з нирки

-Підвищення відносної густини сечі

-Перегини сечоводу

-Пошкодження ниркових клубочків

-Спазм ниркової артерії

?

Хвора 67-ми років скаржиться на набряки обличчя і ніг, біль у попереку, що посилюється під час рухів, різку слабкість, іноді носові кровотечі, підвищення температури тіла до 38,4 °С. Об'єктивно: болючість при пальпації хребта і ребер. При лабораторному обстеженні: протеїнурія 4,2 г/добу, ШЗЕ- 52 мм/год. Які зміни лабораторних показників найбільш очікувані?

+Загальний білок сироватки крові 101 г/л

-Лейкоцити $15,3 \times 10^9/\text{л}$

-Гемоглобін 165 г/л

-Альбуміни 65%

-γ-глобуліни 14%

?

Яка з перерахованих причин гострої ниркової недостатності відноситься до післяренальних?

+Сечокам'яна хвороба

-Серцева недостатність

-Септицемія

-Рабдоміоліз

-Гострий гломерулонефрит

?

У чоловіка 38-ми років, раніше здорового, раптово розвинувся напад гострого абдомінального болю з іррадіацією у ліву поперекову і пахвинні ділянки, що супроводжується нудотою, пітливістю і частим сечовипусканням. Хворий занепокоєний, метушиться по ліжку. Під час огляду патологічних змін не виявлено. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Лівобічна ниркова колька

-Herpes zoster

-Дивертикуліт сигмоподібної кишки

-Перекрут лівого яєчка

-Ретроперітонеальний крововилив

?

Хвора 46-ти років скаржиться на нападоподібний біль у правій поперековій ділянці, що віддає в низ живота, нудоту. Раніше подібний біль не спостерігався. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини патологічних тіней не визначається. На ультразвуковій сонограмі, у збільшеній правій нирковій мисці, визначається гіперехогенне утворення діаметром близько 1,5 см, від якого відходить "ультразвукова доріжка". Який найбільш вірогідний діагноз?

+Камінь у нирці

-Пухлина нирки доброякісна

-Кіста у нирці

-Туберкульоз нирки

-Пухлина нирки злоякісна

?

Хворий 46-ти років тривалий час хворіє на хронічний пієлонефрит. З'явилися набряки, збільшилася маса тіла. Артеріальний тиск стабілізувався 160/110 мм рт.ст. Яку переважаючу фракцію білку слід очікувати при електрофорезі сечі?

+Альбумін

- α 1- та α 2-глобулін

- β -глобулін

- γ -глобулін

-Фібриноген

?

Жінці 50 років, яка страждає на хронічний пієлонефрит, в період загострення було призначено комбінацію антибактеріальних засобів гентаміцин (80 мг 3 рази на добу) та бісептол (960 мг 2 рази на добу). До яких наслідків може призвести призначення такої комбінації антибіотиків?

+Гостра ниркова недостатність

-Гломерулосклероз

-Хронічна ниркова недостатність

-Комбінація антибіотиків оптимальна та цілком безпечна

-Гостра надниркова недостатність

?

У хворого 35 років, який у зв'язку із хронічним гломерулонефритом 3 останні роки знаходиться на гемодіалізі, з'явилися перебої в діяльності серця, гіпотонія, зростаюча слабкість, задишка. На ЕКГ: брадикардія, атріовентрикулярна блокада I ст., високі загострені зубці Т. Напередодні грубе порушення питного та дієтичного режимів. Які біохімічні зміни є найбільш вірогідною причиною вищевказаної клінічної картини?

+Гіперкаліємія

-Гіпергідратація

-Гіпокаліємія

-Гіпернатріємія

-Гіпокальціємія

?

Жінку 32 років протягом 5 місяців турбує біль в поперековій ділянці, субфебрилітет, часте сечовиділення. У сечі: помірна протеїнурія, лейкоцити на все поле зору, бактеріурія. У крові: лейкоцитоз, збільшення ШЗЕ. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Хронічний пієлонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-Гострий пієлонефрит

-Сечокам'яна хвороба

?

Чоловік 42 років звернувся зі скаргами на відчуття тяжкості внизу живота, часте та болюче сечовипускання, забарвлення сечі кров'ю наприкінці сечовипускання. Захворів після переохолодження. При пальцевому ректальному дослідженні передміхурової залози змін не визначається. У сечі: білок 0,99 г/л, лейкоцити 30-40 у п/з, еритроцити на все п/з, велика кількість бактерій. Про яке захворювання слід думати?

+Гострий цистит

-Гострий простатит

-Туберкульоз сечового міхура

-Рак сечового міхура

-Рак передміхурової залози

?

Хвора 42 років скаржиться на ниючий біль у попереку, більше з правої сторони, інколи підвищення температури тіла до субфебрильної, головний біль. 10 років тому під час вагітності у пацієнтки був напад болю в правій

половині попереку, який супроводжувався різким підвищенням температури. 5 років тому спостерігалось підвищення АТ до 200/110 мм рт.ст. У сечі: білок- 0,99 г/л, лейк.- 10–15 у п/з, ер.- 2-4 у п/з, циліндри

гіалінові- 1–2 у п/з, креатинін- 102 мкмоль/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Хронічний пієлонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-Туберкульоз нирок

-Амілоїдоз нирок

-Гіпертонічна хвороба

?

У хворого з'явилися набряки гомілок, обличчя та повік, підвищився тиск до 160/100 мм рт.ст., Рс- 54 уд/хв., добова втрата білка з сечею 4 г. Яка терапія є патогенетичною в даному випадку?

+Кортикостероїди

-Сечогінні

-НПЗП

-Антагоністи кальцію

-Антибіотики

?

Хвора 36 років, захворіла гостро. t 38,5оС, зноблення, тупі болі в поперековій ділянці, часте болюче сечовиділення. Об'єктивно: відмічається напруження м'язів поперекового відділу, позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Загальний ан. крові: лейкоц. $20,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофіліоз. В ан. сечі: білок 1,6г/л лейкоцити все поле зору, бактеріурія $2,5 \times 10^6$ мікробних тіл в 1 мл сечі. Ваш попередній діагноз?

+Гострий пієлонефрит

-Гострий гломерулонефрит.

-Загострення хронічного пієлонефриту

-Гострий цистит

-Сечокам'яна хвороба

?

У хворої 25 років, у зв'язку з перенесеною ангіною був призначений біцилін 5, який вона не отримувала. Через 2 тижні після перенесеної ангіни з'явились набряки обличчя, почала виделятися мала кількість сечі,

піднявся артеріальний тиск. Креатинін крові 340 мкмоль/л, сечовина 42 ммоль/л Який діагноз є найбільш імовірним?

- +Гострий гломерулонефрит. Гостра ниркова недостатність
- Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром
- Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром
- Гострий гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія
- Хронічний гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність
- ?

У вагітної А. 25 років, (строк 10-12 тижнів), з'явився постійний ниючий біль в поперековій ділянці. В аналізі сечі: білок 0,066 г/л, лейкоцити 8-10 в полі зору. При проведенні УЗД права нирка опущена, миска і чашки розширені, ущільнені. Який діагноз є найбільш імовірним?

- +Вторинний хронічний пієлонефрит
- Первинний хронічний пієлонефрит
- Нефроптоз
- Хронічний гломерулонефрит
- Сечокам'яна хвороба
- ?

Жінка 25 років, яка хворіє на цукровий діабет з 9-річного віку, поступила у нефрологічне відділення із значними набряками на ногах, обличчі, руках. АТ 200/110 мм рт. ст. Нb 90 г/л, креатинін крові 850 мкмоль/л, білок сечі 1,0 г/л, л –10-15 в полі зору. Клубочкова фільтрація 10 мл/хв. Яка тактика лікаря?

- +Перевід у відділення гемодіалізу
- Активна консервативна терапія діабетичної нефропатії
- Дієтотерапія
- Перевід у ендокринологічний диспансер
- Трансплантація нирки
- ?

Хворий 45 років, протягом 12 років страждає ревматоїдний артритом. Рік тому з'явилися набряки на обличчі та нижніх кінцівках. В аналізі крові: ШЗЕ 55 мм/год, альбуміни 35%, холестерин 10 ммоль/л. В сечі:

протеїнурія 6 г/л, лейкоцити 2-4, еритроцити 2-3 в полі зору. Яке ускладнення основного захворювання має місце у хворого?

+Амілоїдоз нирок

-Гломерулонефрит

-Пієлонефрит

-Пухлина нирка

-Тубулоінтерстиціальний нефрит

?

У чоловіка 25 років після переохолодження з'явилась гематурія. Об'єктивно: АТ 160/110 мм рт. ст. У аналізах сечі: протеїнурія 3,5 г/л, еритроцити покривають усе поле зору, циліндри гіалінові 5 –6 Який метод діагностики є переважним у даному випадку?

+Біопсія нирки

-Томографія

-Екскреторна урографія

-Цистоскопія

-УЗД нирок

?

Чоловік 40 років в наслідок полікістозу нирок страждає на хронічну ниркову недостатність. Об'єктивно: АТ 180/110 мм рт. ст. креатинін сироватки крові 1080 мкмоль/л, К⁺ 6,9 ммоль/л. Слід призначати все, крім.

+Програмний гемодіаліз

-Дієта зі зменшення кількості білка

-Сечогінна терапія

-Гіпонатрієва і гіпокалієва дієта

-Протигіпертензивна терапія

?

У вагітної в строку вагітності 28 тижнів скарги на біль у правій поперекової області, гіпертермію. При обстеженні сечі лейкоцитоз, сліди білка. За даними УЗД розширення чашково-лоханочної системи справа. Діагноз?

+Пієліт вагітних

- Гломерулонефрит
- Гідронефроз нирки
- Наявність пухлини репродуктивних органів
- Апостематоз нирки

?

Вагітна на терміні 15 тижнів, відмічає після переохолодження позиви на часте і болісне сечовипускання, паління при сечовипусканні, порушення сну. Виставите діагноз.

- +Цистит
- Пієлонефрит
- Сечокислий діатез
- Гломерулонефрит
- Кольпіт

?

У хворого 16 років після перенесеної ангіни через 10 днів з'явилися набряки на обличчі, переважно вранці. В ан. сечі щільність 1026, вміст білку 2,6 г/л, еритроц. 20-25 у п/зору, циліндри гіалінові, епітеліальні 7-9 екз. у п/зору. Діагностичні припущення? Якого генезу набряки?

- +Гострий гломерулонефрит
- Підгострий гломерулонефрит
- Токсична нирка
- Гострий пієлонефрит
- Апостематозний нефрит

?

Хвора 25 років скаржиться на часті болючі сечовипускання, дизурію, імперативний потяг до сечовипускання. В загальному аналізі сечі бактеріурія та нейтрофільна лейкоцитурія. При проведенні трипорційної проби сечі в середній порції виявлено 20-30 лейкоцитів у п/з. Температура тіла не підвищена. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- +Цистит
- Хронічний пієлонефрит
- Гострий пієлонефрит
- Туберкульоз нирок

-Гломерулонефрит

?

72-річному хворому після операції з приводу холецистектомії в зв'язку з лихоманкою призначений гентаміцин (80 мг кожні 8 годин) та цефалотин (2 г кожні 6 годин). Через 10 днів у хворого підвищився креатинін до 310 мкмоль/л. Добова кількість сечі 1200 мл. АТ 130/80 мм рт. ст. У аналізах сечі без патології. УЗД: розміри нирок нормальні. Яка причина ниркової недостатності?

+Нефротоксичність гентаміцину

-Гострий гломерулонефрит

-Кортикальний некроз нирок

-Неадекватна інфузія рідини

-Гепаторенальний синдром

?

43-річний хворий надійшов у неврологічне відділення з масивними набряками. 2 роки лікувався амбулаторно. Постійно знаходили зміни сечі.

Двічі лікувався преднізолоном, з позитивним ефектом. У сечі: відносна щільність 1017, білок 4,0 г/л, Ер –15-20 у п/з, Лейкоцитоз 5-7 у полі зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

+Хронічний гломерулонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Амілоїдоз

-Тубулоінтерстиціальний нефрит

-Хронічний пієлонефрит

?

У хворого 24 року через 3 тижні після ангіни з'явилась помірна задуха, головний біль, набряки на гомілках. Шкіра помірно бліда, пульс 82 за хвилину, АТ 130/80 мм рт. ст. Аналіз сечі: відносна щільність сечі 1019, білок 1,32 г/л, Ер 6-8, Лей 6-7 в п/з. Ваш діагноз?

+Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром

-Хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром

-Гострий пієлонефрит

-Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром

-Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром

?

Хворий 30 років скаржиться на головний біль, загальну слабкість, запаморочення. 3 тижні тому переніс ангіну. До вчорашнього дня стан залишався задовільним. Об-но: ритм серцевої діяльності правильний, ЧСС 90 за хвилину, акцент II тону над аортою, АТ 180/105 мм рт. ст. Аналіз крові: $3,4 \times 10^{12}/л$, Лей $6,8 \times 10^9/л$, ШЗЕ 12 мм/год. Аналіз сечі: білок 1,65 г/л, Лей 10- 15 в полі зору, Ер 60-80 в полі зору, гіалінові циліндри 6-8 в полі зору. Ваш діагноз?

+Гострий гломерулонефрит з нефритичним синдромом

-Гострий пієлонефрит

-Системний червоний вовчак. Вовчаковий нефрит

-Сечокам'яна хвороба

-Гломерулонефрит з нефротичним синдромом

?

Хворий 18 років спостерігається з приводу змін в загальному аналізі сечі. Скарг немає. Подібні зміни були виявлені рік тому. Об-но незначна блідість шкіри, обличчя одутле. Пульс 80 за хвилину. АТ 130/80 мм рт. ст. Симптом Пастернацького негативний. Аналіз крові без патології. Аналіз сечі: білок 0,99 г/л, Лей 4-6 в полі зору, Ер 8-10 в полі зору, циліндри 3-5 в полі зору. Ваш попередній діагноз?

+Хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром

-Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром

-Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром

-Хронічний пієлонефрит

-Туберкульоз нирок

?

Хворому на ангіну, 16 років, призначили ін'єкції цефазоліну та бісептол. Через 3 дні від початку лікування стан погіршився, з'явилися неприємні відчуття в поперековій ділянці, запаморочення, нудота. АТ 140/80 мм рт. ст. Аналіз крові: Ер- $3,12 \times 10^{12}/л$, Нб 120 г/л, Лей $10 \times 10^9/л$, ШЗЕ 28 мм/год. Аналіз сечі: питома густина 1010, білок 0,99 г/л. Проба за Земницьким: добова кількість сечі 3,2 л, коливання питомої густини 1007-1010. Рівень креатиніну крові 0,280 ммоль/л. Ваш попередній діагноз?

- +Тубулоінтерстиціальний нефрит
- Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром
- Хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром
- Швидкопрогресуючий (злоякісний) гломерулонефрит
- Гострий пієлонефрит

?

Хворий 26 років, перебував на лікуванні з хронічним гломерулонефритом. Лікування було ефективним, відмічалась нормалізація всіх показників. Рекомендоване санаторно-курортне лікування.

+Південний берег Криму

-Не рекомендовано

-Моршин

-Миргород

-Трускавець

?

У хворої 22 років, після переохолодження з'явилися болі в поперековій ділянці, мутна сеча, підвищення температури тіла до 38,8°C. У крові лейкоцитоз $13,2 \times 10^9/\text{л}$, зсув лейкоцитарної формули вліво. У сечі білок 0,33 г/л, лейкоцити 30-40 в полі зору, місцями покривають поле зору. Виберіть найбільш оптимальну емпіричну антибактеріальну терапію.

+Напівсинтетичні пеніциліни

-Прості пеніциліни

-Тетрацикліни

-Протитуберкульозні середники

-Макроліди

?

Хворий 18 років скаржиться на головний біль, загальну слабкість, запаморочення. Захворів сьогодні вранці. 3 тижні тому переніс ангіну. Об'єктивно: пульс 90/хв. АТ-180/105 мм рт. ст. Помірний акцент II тону над аортою. інших змін не виявлено. Ан. крові: ер- $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лей- $6,8 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ-12 мм/год. Ан. сечі: білок- 1,65 г/л, лей-10-15 в п/з, ер вилужені 60-80 в п/з, циліндри гіалінові 4-6 в п/з, зернисті 1-2 в п/з, щільність 1024. Укажіть найбільш імовірний діагноз:

- +Гострий гломерулонефрит
- Гострий пієлонефрит
- Гіпертонічна хвороба
- Хвороба Шенлейн-Геноха
- Системний червоний вовчак

?

Хвора 32 років звернулася до терапевта у зв'язку з наявністю майже постійного субфебрилітету, тупого болю в поперековій ділянці зліва, збільшення діурезу. При розпитуванні відмічає ніктурію, хворіє хронічним аднекситом. При огляді: АТ 160/110 мм рт. ст. діурез-1900 мл. Аналіз крові: Нb-105 г/л, ер- $3,6 \times 10^9$ /л, ШЗЕ-18 мм/год. Аналіз сечі: питома вага 1010, біл- 0,066 г/л, лейкоц-20-25 в п/зору, ер-1-2 в п/зору. Найбільш ймовірний діагноз?

- +Хронічний пієлонефрит
- Хронічний гломерулонефрит
- Гострий гломерулонефрит
- Амілоїдоз нирок
- Хронічний цистит

?

Хворий 38 років скаржиться на головний біль, підвищення АТ, набряки на різних ділянках тіла. Хворіє біля 7 років. Періодично набряки на обличчі. АТ підвищується останні 4 роки. Стан погіршився тиждень назад, коли з'явилися набряки на обличчі, ногах і поясниці. АТ 190/130 мм рт. ст. Тони серця правильні, ослаблені, акцент ІІт над аортою. Аналіз сечі: Біл-2,2 г/л, лейкоц-3-5 в п/зору, ер-10-14 в п/зору, циліндри гіалінові і зернисті 6-8 в п/зору. Креатинін крові 0. 107 ммоль/л. Найбільш ймовірний діагноз?

- +Хронічний гломерулонефрит
- Хронічний пієлонефрит
- Амілоїдоз нирок
- Сечокам'яна хвороба
- Швидкопрогресуючий нефрит

?

Пацієнт скаржиться на набряки обличчя та ніг, слабкість. Захворів гостро, 3 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: блідість шкіри,

пульс 94 на хв. ритмічний. АТ 150/ 95 мм рт. ст. Діяльність серця ритмічна, тони звучні. Аналіз сечі: білок 1,5 г/л, лейкоцити –10-12 в полі зору, еритроцити 10-15 в полі зору, циліндри гіалінові поодинокі в препараті. Креатинін крові 0,130 ммоль/л. Визначте найбільш ймовірний діагноз.

+Гострий гломерулонефрит

-Гіпертонічна хвороба

-Гостра ниркова недостатність

-Гострий пієлонефрит

-Гострий інтерстиціальний нефрит

?

Хвора, що страждає хронічним гломерулонефритом 7 років, скаржиться на прогресуючу задишку, серцебиття, нудоту, блювоту, втому. Об'єктивно: шкіра суха, бліда з жовтим відтінком, уремічний запах зі ротової порожнини, носова кровотеча. Тахікардія, PS- 120/хв. АТ- 170/120 мм рт. ст. Нь крові 76 г/л, ШЗЕ 48 мм/год. Сечовина крові 52 ммоль/л, креатинін 0,378 ммоль/л. Яке ускладнення хронічного гломерулонефриту виникло?

+Хронічна ниркова недостатність

-Гостра ниркова недостатність

-Серцево-судинна недостатність

-Токсична пневмонія

-Гіпертонічний криз

?

Жінці 36 років, госпіталізована зі скаргами на набряки, біль в поперековій ділянці, головну біль, які з'явилися 2 тижні тому вперше після перенесеної пневмонії. Об'єктивно: набряки обличчя, АТ 120/80 мм рт. ст. У крові ШЗЕ 25 мм/год. У сечі білок 1,47 г/л, ер. 80-100 в п/з, одиничні гіалінові та зернисті циліндри. Яке додаткове обстеження доцільно провести у першу чергу для установлення діагнозу

+Креатинін крові

-УЗД нирок

-Екскреторна урографія

-Бактеріологічне дослідження сечі

-Біопсія нирок

?

У юнака 20 років вперше в житті після перенесеної ангіни появилась біль в поперековій ділянці набряки на обличчі, зменшився діурез, сеча у вигляді “м’ясних помиїв”. Об’єктивно: обличчя набрякле, бліде.

Аускультативно I тон ослаблений на верхівці серця, акцент II тону над аортою. АТ 165/105 мм рт. ст. Протеїнурія 2,8 г/л, гематурія (ер. на все поле зору), циліндрурія: гіалінові циліндри 2-3 в препараті, еритроцитарні 4-6 в препараті. Азотвидільна функція нирок достатня. Який діагноз найбільш вірогідний

+Гострий гломерулонефрит

-Інфекційно-токсична нефропатія

-Хронічний гломерулонефрит

-Гострий пієлонефрит

-Інфаркт нирки

?

Хворий 43 роки скаржиться на біль в поперековій ділянці, набряки на обличчі та ногах. Хворіє 5 років. Об’єктивно: шкіра суха, бліда, набряки обличчя, ніг, передньої черевної стінки. Протеїнурія 4 г/л, гематурія ер. 20-25 в п/з, гіалінові та епітеліальні циліндри 4-6 в препараті, гіпопротеїнемія, загальний білок крові 59 г/л. гіперхолестеринемія 8,3 ммоль/л. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

+Хронічний гломерулонефрит, латентна форма

-Амілоїдоз нирок

-Хронічний пієлонефрит

-Злоякісний гломерулонефрит

-Хронічний гломерулонефрит, нефротична форма

?

Хворий 44-х років звернувся зі скаргами на утруднення сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура. При сонографічному дослідженні сечового міхура біля входу в уретру визначається овальне гіперехогенне включення з рівними контурами розміром 2х3 см, що переміщається під час дослідження. Ваш висновок?

+Конкременти

-Злоякісна пухлина сечового міхура

-Поліп сечового пузиря

-Аденома передміхурової залози

-Пухлина початкової частини сечоводу

?

Хвора 68-ми років скаржиться на підвищення температури до 38,3 °С, гематурію. ШЗЕ- 55 мм/год. Антибактеріальна терапія не ефективна. Який діагноз можливо припустити?

+Рак нирок

-Полікістоз нирок

-Амілоїдоз нирок

-Сечокам'яна хвороба

-Хронічний гломерулонефрит

?

Хвора 42 р. поступила із скаргами на ниючий біль в попереку, більше справа, інколи підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, головний біль. 10 років назад під час вагітності у пацієнтки був приступ болю в правій половині попереку, який супроводжувався ознобом, різким підвищенням температури. 5 років назад було відмічене підвищення АТ до 200/110 мм рт.ст. В аналізі сечі: білок 0,99 г/л, лейкоцити 10-15, еритроцити 2-4, циліндри гіалінові 1-2 в полі зору. Креатинін сироватки крові 102 мкмоль/л. Який з діагнозів найбільш вірогідний у даної хворої?

+Хронічний пієлонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-Туберкульоз нирок

-Амілоїдоз нирок

-Гіпертонічна хвороба

?

Хвора 39 років поступила із скаргами на швидку втомлюваність, головний біль, зниження апетиту, нудоту, блювання зранку, періодичні носові кровотечі. У віці 15 років перенесла гострий гломерулонефрит. При обстеженні відмічене підвищення АТ до 220/ 120 мм рт.ст., блідість шкіри і слизових, сліди розчухів і геморагії на шкірі. В аналізі сечі: білок 3,3 г/л, лейкоцити 3-5, еритроцити 8-10, циліндри гіалінові 3-4 в полі зору. Який з вказаних біохімічних показників дозволяє найбільш точно оцінити стан хворої?

+Креатинін сироватки крові 0,262 ммоль/л

- Натрій плазми крові 148 ммоль/л
- Сечова кислота в крові 0,41 ммоль/л
- Фібриноген крові 5,9 г/л
- Білірубін крові 20,2 мкмоль/л

?

Жінка 48-ми років скаржиться на слабкість, схуднення, зниження апетиту, головний біль. В юності перенесла гострий гломерулонефрит. З 25-ти років хворіє на артеріальну гіпертензію. Систематично не лікувалася, до лікаря зверталася рідко. Після проведеного дослідження виявлені ознаки хронічної ниркової недостатності І ст. (креатинін 0,43 ммоль/л). Які рекомендації щодо харчування найбільш виправдані для даної хворої?

- +Обмеження білку
- Обмеження жирів
- Обмеження вуглеводнів
- Вживання їжі з підвищеним вмістом "лужних" страв
- Збільшення обсягу рідини

?

Хворий 39-ти років звернувся до лікаря зі скаргами на ранковий головний біль, зниження апетиту, нудоту, ранкові блювання, періодичні носові кровотечі. У 15-ти річному віці переніс гострий гломерулонефрит. При обстеженні відмічене підвищення артеріального тиску до 220/130 мм рт.ст., геморагії на шкірі рук, ніг, блідість шкіри та слизових оболонок. Який із наведених біохімічних показників має діагностичну значимість у даному випадку?

- +Креатинін крові
- Білірубін крові
- Натрій крові
- Сечова кислота
- Фібриноген

?

Жінка 28 років звернулася до лікаря зі скаргами на набряклість обличчя, нерізкі набряки ніг, іноді відзначає сечу кольору "м'ясних помиїв". У підлітковому віці часто хворіла ангінами. Об'єктивно: бліді шкірні

покрови, температура 36,8 °С, пульс 68 за хв., ритмічний. АТ 170/110 мм рт.ст. Які зміни в сечі найбільш ймовірні?

+Протеїнурія, гематурія, циліндрурія

-Підвищення відносної щільності, гематурія, бактеріурія

-Зниження відносної щільності, протеїнурія, убогий сечовий осад

-Еритроцитурія і уринозурія

-Зниження відносної щільності, протеїнурія, міоглобінурія

?

Хворий 58 років скаржиться на слабкість, набряки ніг, задишку, анорексію. Протягом багатьох років хворіє на хронічний бронхіт. Останні 5 років відмічає посилення виділення харкотиння, часто гнійного характеру. Об'єктивно: ЧСС 80 уд. за хв., АТ 120/80 мм рт.ст.

Розповсюджені набряки, шкіра бліда, суха, тургор знижений. При дослідженні сечі виявлені значна протеїнурія, циліндрурія. Вкажіть найбільш вірогідний патологічний процес у нирках.

+Амілоїдоз нирок

-Хронічний гломерулонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Інтерстиціальний нефрит

-Гострий гломерулонефрит

?

Чоловік 23-х років скаржиться на наявність набряків на обличчі, головний біль, запаморочення, зменшення виділення сечі, зміну кольору сечі (темно-червона). Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. При огляді: набряки на обличчі, шкірні покриви бліді, температура 37,4 °С; ЧСС- 86/хв., АТ- 170/110 мм рт.ст. Серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою. Який етіологічний фактор можливий при такому захворюванні?

+β-гемолітичний стрептокок

-Золотистий стафілокок

-Зеленячий стрептокок

-Гноєтворний стрептокок

-Сапрофітний стафілокок

?

У дівчини 15-ти років раптово виникли артралгія, головний біль, нудота, блювання, біль та напруження м'язів у ділянці попереку; підвищилася температура тіла до 38-39 °С. Симптом Пастернацького різко позитивний з правого боку. В сечі: бактеріурія, піурія. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Гострий пієлонефрит

-Ниркова коліка

-Гострий гломерулонефрит

-Паранефральний абсцес

-Цистит

?

На 4 добу після переливання несумісної (по групі) крові у хворого різко зменшився діурез, розвинулася анурія, різко погіршився загальний стан, підвищився артеріальний тиск. При лабораторному дослідженні: креатинін плазми 680 мкмоль/л, сечовина плазми 24 ммоль/л. Про яку хворобу і яку стадію хвороби слід думати в першу чергу?

+Гемотрансфузійна гостра ниркова недостатність, анурія

-Анафілактичний шок, гостра ниркова недостатність, анурія

-Гемотрансфузійний шок, постренальна гостра ниркова недостатність, анурія

-Постгеморагічна гостра ниркова недостатність, анурія

-Гострий інтерстиціальний нефрит, обтураційна анурія

?

Хворий 42 років лікується в відділенні інтенсивної терапії з приводу синдрому тривалого здавлення, гострої ниркової недостатності. При лабораторному обстеженні: сечовина 28,4 ммоль/л; креатинін 820 мкмоль/л; К 7,4 ммоль/л; Нb - 76 г/л; гематокрит 26\%; ер. $2,4 \times 10^{12}$ /л. Яке ускладнення може безпосередньо загрожувати життю хворого?

+Гіперкаліємічна зупинка серця

-ДВЗ-синдром

-Гемічна гіпоксія

-Респіраторний дистрес-синдром

-Анемія

?

Хвора 46 років скаржиться на приступоподібні болі в правій поперековій області, які віддають вниз живота, нудоту. Раніше подібних болю не було. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини патологічних тіней не визначається. На ультразвукової сонограмі в збільшеній правій ниркової балії визначається гіперехогенні утворення діаметром близько 1.5 см, від якого відходить "звукова доріжка". Який найбільш вірогідний діагноз?

+Камінь в нирці

-Пухлина нирки доброякісна

-Кіста в нирці

-Туберкульоз нирки

-Пухлина нирки злоякісна

?

Чоловік 23-х років скаржиться на наявність набряків обличчя, головні болі, запаморочення, зменшення виділення сечі, бурий колір сечі. Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. Об'єктивно: набряки на обличчі, шкірні покриви бліді, Т 37,4 С; ЧСС 86/хв, АТ-170/110 мм рт. ст. Серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою. В загальному аналізі сечі найімовірніше буде спостерігатись :

+Еритроцитурія, протеїнурія, гіалінові циліндри

-Лейкоцитурія, протеїнурія, епітеліальні циліндри

-Еритроцитурія, оксалатурія, еритроцитарні циліндри

-Еритроцитурія, лейкоцитурія, лейкоцитарні циліндри

-Гемоглобінурія, білірубинурія, зернисті циліндри

?

Хворий 35 років четверту добу знаходиться у реанімаційному відділенні з приводу гострої ниркової недостатності внаслідок синдрому тривалого стиснення. Неадекватний. На ЕКГ високі зубці Т, правошлуночкові екстрасистоли. ЦВТ 159 мм вод ст., при аускультії в легенях останні 3 години відзначаються поодинокі вологі хрипи. ЧД 32/хв, в крові: остаточний азот 62 ммоль/л, К 7,1 ммоль/л, СІ 78 ммоль/л, N1 120 ммоль/л, Ht 0,32 л/л, Hb- 100 г/л, креатинін крові 0,9 ммоль/л. Найбільш доцільним буде проведення:

+Гемодіалізу

-Плазмосорбції

-Гемосорбції

-Плазмофільтрації

-Ультрафільтрації

?

Хворий 23 роки звернувся в поліклініку зі скаргами на головний біль, погіршення зору, задишку, одутлість обличчя, загальну слабкість, зменшення кількості виділеної за добу сечі та забарвлення її типу "м'ясних зливів". Три тижні тому переніс ангіну. Об'єктивно: помірна блідість, обличчя одутле, повіки набряклі; серцева діяльність ритмічна, I тон на верхівці ослаблений, систолічний шум. Пульс 66/хв. АТ 175/105 мм рт.ст. С-м Пастернацького слабо позитивний з обох боків. В аналізі сечі: білок 1,48 г/л, ер. 35-40 в п/з, змінені; лейкоц. 8-10 в п/з. Який діагноз є найімовірнішим?

+Гострий гломерулонефрит

-Есенціальна гіпертонія

-Інфекційно-алергічний міокардит

-Гострий пієлонефрит

-Амілоїдоз

?

Хворий 36 років, без скарг, під час проходження профогляду перед працевлаштуванням здав сечу на загальний аналіз. Отримані результати: колір світло-жовтий; прозора; питома вага 1008; рН 6,5; білок 0,6 г/л; ер. 18- 20 в п/з, змінені; лейкоц. 2-3 в п/з; циліндри 2-3 в п/з, зернисті. Який найбільш імовірний діагноз?

+Хронічний гломерулонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Амілоїдоз нирок

-Сечокам'яна хвороба

?

Жінка 28 років протягом 12 років хворіє на хронічний гломерулонефрит, який весь цей час мав латентний перебіг. За останні півроку виникла загальна слабкість, зниження апетиту, працездатності, нудота. Хвора скаржиться на головний біль, біль у суглобах. При обстеженні: анемія, підвищення рівня сечовини крові -34,5 ммоль/л, креатиніну крові 0,766 ммоль/л, гіперкаліємія. Чим ускладнився перебіг хвороби?

+Хронічною нирковою недостатністю

-Гострою нирковою недостатністю

-Нефротичним синдромом

-Амілоїдозом нирок

-Пієлонефритом

?

У жінки 38 років після переохолодження з'явилась біль в м'язах, підвищення температури до 39°C, головний біль, дизурія, позитивний симптом Пастернацького. Аналіз сечі: лейкоцитурія, бактеріурія. В крові- зниження Hb до 103 г/л, лейкоцитоз із зсувом вліво, прискорення ШЗЕ до 32 мм/годину. Сечовина крові- 6,0 ммоль/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Гострий пієлонефрит

-Туберкульоз нирок

-Гострий гломерулонефрит

-Сечокам'яна хвороба

-Гострий цистит

?

У чоловіка 25-ти років через 2 тижні після ангіни з'явилися набряки обличчя, помірний біль в крижах. Об-но: температура 37,5 °C, АТ- 100/80 мм рт.ст. В сечі: ер.- свіжі до 100 в п/з, білок 2,20 г/л, гіалінові циліндри до 10 в п/з, відносна щільність 102. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Гострий гломерулонефрит

-Рак нирки

-Гострий пієлонефрит

-Сечокам'яна хвороба

-Хронічний гломерулонефрит

?

Хвора 52-х років скаржиться на періодичний нападopodobний біль у правій поперековій ділянці, який віддає у пахвинну ділянку і внутрішню поверхню правого стегна, порушення сечовиділення, яке супроводжується різями і домішками крові у сечі. У сечі: питома вага - 1014, білок - 0,078 г/л, еритроцити - 1/2 поля зору, лейкоцити - 5-7 в полі зору, велика кількість кристалів сечової кислоти. Вкажіть найбільш імовірний попередній діагноз:

+Сечокам'яна хвороба

- Хронічний пієлонефрит
- Гострий гломерулонефрит
- Новоутворення нирки
- Гострий цистит

?

Хворий 53-х років звернувся до невропатолога зі скаргами на біль в попереку. З приводу радикуліту проведено курс фізіотерапевтичного лікування. Однак стан хворого не покращився. Хворому проведено R-графію кісток хребта і таза, знайдено остеопороз і значні кісткові "пробоїни". В крові

помірна нормохромна анемія, в сечі протеїнурія. Загальний білок крові 10,7

г/л. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- +Мієломна хвороба
- Сечокам'яна хвороба
- Гострий радикуліт
- Метастази у кістці
- Лімфогранулематоз

?

Хворий 46 років вперше помітив набряки на ногах, слабкість, відчуття "повноти" та важкості в правому підребер'ї. 20 років хворіє на ревматоїдний артрит. Збільшені печінка і селезінка, щільної консистенції. Креатинін крові 0,23 ммоль/л, протеїнемія 68 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л, бета-ліпопротеїди 52 од. опт. густини, відносна густина сечі 1,012, протеїнурія 3,3 г/л, поодинокі воскоподібні циліндри, свіжі та вилужені еритроцити в п/з, лейкоцити 5-6 в п/з. Яке ускладнення найбільш ймовірне ?

- +Амілоїдоз нирок
- Хронічний гломерулонефрит
- Гострий гломерулонефрит
- Серцева недостатність
- Хронічний пієлонефрит

?

Жінка 46 років потрапила до клініки зі скаргами на загальну слабкість, швидку втомлюваність, сухість у роті, спрагу. Шкіряні покриви бліді. АТ 180/110 мм рт. ст. Пальпуються збільшені, горбисті нирки. Сечовина крові 8,5 ммоль/л. Добове коливання відносної питомої ваги сечі 1010-1012. Відомо, що бабуся хворої померла у віці 43 років від невідомого захворювання нирок. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

+Полікістоз нирок

-Пухлина нирок

-Двобічний гідронефроз

-Туберкульоз нирок

-Хронічний пієлонефрит

?

Хворий 32 років скаржиться на масивні набряки ніг, попереку, задишку, кашель, серцебиття, зниження зору. Хворіє близько 2-х місяців.

Об'єктивно: ціаноз особи. ЧДР 32/мін. У легенях крепітація, сухі хрипи.

ЧСС 110 хв, АТ 220/120 мм рт.ст. Серце: ритм галопу, систолічний шум на верхівці. Набряк

передньої черевної стінки, пальпація утруднена. Перкуторно печінка +5 см. Набряки ніг. У крові: Нb 84 г л. У сечі: білок-5,2 г л; еритроцити 15-20 в п зр, лейкоцити 10-20 в п зр. Який попередній діагноз?

+Швидкопрогресуючий гломерулонефрит

-Гострий гломерулонефрит, нефритичний синдром

-Інфекційний ендокардит, гломерулонефрит

-Гострий міокардит, Н II Б

-Хронічний гломерулонефрит гіпертонічна форма

?

Хворий 46-ти років страждає на хронічний пієлонефрит. З'явилися набряки, збільшується маса тіла. Артеріальний тиск стабілізувався 160/110 мм рт.ст. Яку переважаючу фракцію білка слід очікувати при електрофореграмі сечі?

+Альбумін

-Альфа-1 та альфа-2-глобулін

-Бета-глобулін

-Гамма-глобулін

-Фібриноген

?

У хлопця 20-ти років при проходженні медичної комісії вперше виявлена протеїнурія 0,37 г/добу, гематурія 15-25 ер. у п/з, циліндрурія: гіалінові 2-3 у препараті. Скарг не було. В об'єктивному статусі зміни не виявлені. Азотовидільна функція нирок не змінена. Який метод дослідження допоможе встановити правильний діагноз?

+Пункційна біопсія нирок

-УЗД нирок

-Внутрішньовенна урографія

-Аналіз сечі по Нечипоренко

-Імунологічні дослідження

?

У юнака 16 років після вакцинації проти дифтерії через 2 тижні з'явилися набряки на обличчі. З боку серцево-судинної системи, легень, органів травлення патології не виявлено. У крові: Hb 148 г/л, лейкоц. $10 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 32 мм/год, креатинін 0,095 ммоль/л. У сечі: білок 4,5 г/л, лейкоц. 2-3, ер 25-30 в полі зору. Який найбільш ймовірний механізм, що викликав ураження нирок?

+Поразка клубочків імунними комплексами

-Токсична дія вакцини на капіляри ниркових клубочків

-Вплив специфічних антитіл на ниркові каналці

-Алергічна реакція негайного типу

-Алергічна реакція уповільненого типу

?

Жінку 32 років протягом 5 місяців турбують болі в поперековій ділянці, субфебрилітет, часте сечовиділення. В сечі: помірна протеїнурія, лейкоцити на все поле зору, бактеріурія. В крові: лейкоцитоз, збільшення ШЗЕ. Який з перелічених діагнозів найбільш ймовірний?

+Хронічний пієлонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-Гострий пієлонефрит

-Сечокам'яна хвороба

?

Хворий відзначає зміну кольору сечі протягом останніх 2-х місяців. Протягом 10 років має на виробництві контакт з компонентами анілінових барвників. В аналізі сечі гематурія. Яке захворювання слід виключити в першу чергу?

+Рак сечового міхура

-Сечокам'яна хвороба

-Гострий гломерулонефрит

-Гемолітична анемія

-Туберкульоз нирок

?

Хворий 35 років, маса тіла 70 кг; четверту добу перебуває в ВРІТ після перенесеного кровотечі та геморагічного шоку. Добовий діурез 50 мл. Другу добу відзначається блювота, ейфорійний, не адекватно оцінює свій стан. У легенях вологі хрипи. ЧД 32 в 1 хв. У крові: До 7,1 ммоль л, С1 78 ммоль л, Na- 130 ммоль л, Ht 0,32, Hb 100 г л, Ер. $2,9 \times 10^{12}/л$, креатинін крові 0,9 ммоль л, Яке ускладнення розвинулося у хворого?

+Гостра ниркова недостатність

-Гостра серцева недостатність

-Гіпостатична пневмонія

-Дегідратація зв'язку з гіповолемією

-Постгіпоксична енцефалопатія

?

У санпропускник доставлений потерпілий півгодини тому в автомобільній катастрофі без ознак кровотечі. Стан хворого важкий, блідий. АТ 80/20 мм рт. ст. Через 12 годин хворий виділив 150 мл. сечі. У даному випадку гостра ниркова недостатність обумовлена:

+Падінням системного артеріального тиску

-Сечокам'яною хворобою

-Інфекційно-токсичним шоком

-Гострим нефритом

-Дегідратацією

?

Хвора 36-ти років скаржиться на набряки обличчя, кінцівок, передньої черевної стінки, слабкість, підвищену стомлюваність. Пульс 90 в 1 хвилину, АТ 140/95 мм рт. ст. Живіт м'який, в черевній порожнині визначається вільна рідина. В аналізі сечі протеїнурія 3,5 г л. Лікування хворий має включати:

+Преднізолон

-Верошпірон

-Нітроксолін

-Купреніл

-Аспірин

?

У хворого 40 років після їзди на велосипеді виник різкий біль в поперековій області справа, змінився колір і зменшилася кількість сечі. Об'єктивно стан задовільний, блідий. Діяльність серця ритмічна пульс 105/мін, АТ 145/95 мм рт. ст., позитивний симптом Пастернацького справа. Для лікування хворого Ви призначите:

+Баралгін

-Морфін

-Реополіглюкін

-Цефтриаксон

-Індометацин

?

Хворий 43 років доставлений у непритомному стані. Протягом попередніх 7 днів у зв'язку із застудою приймала великі дози бісептолу. Напередодні ввечері стала турбувати задишка, особливо в положенні лежачи, набрякли ноги, не мочився 2 діб. Вранці розвинулися судоби, втратив свідомість. Об'єктивно: гучне дихання, 30 в хв, набряки на ногах і попереку, частота пульсу 50 в хв. Креатинін плазми 0,586 ммоль л, калій плазми 7,2

ммоль л. Яке лікування потрібно даному хворому?

+Гемодіаліз

-Призначення великих доз верошпірона

-Введення плазмозамінних засобів

-Призначення глюкокортикостероїдів

-Застосування гепарину

?

Хворий 35 років знаходиться в ВРІТ четверту добу після перенесеної кровотечі і геморагічного шоку. Добовий діурез 50 мл. Хворий ейфорійний, неадекватно оцінює свій стан. Другу добу відмічається блювота. На ЕКГ правошлункова екстрасистолія. ЦВТ 159 мм водн.ст., ЧД 32 за 1 хв. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

+Гостра ниркова недостатність

-Гостра серцева недостатність

-Постгіпоксична енцефалопатія

-Гостра дихальна недостатність

-Гостра затримка сечевиведення

?

У хворого з'явилися набряки гомілок, обличчя і повік, підвищився тиск до 160/100 мм рт. ст., PS- 54 в 1 хв., добова втрата білку з сечею- 4 г/добу. Яка терапія є патогенетичною в даному випадку?

+Кортикостероїди

-Сечогінні

-НПЗП

-Антагоністи кальцію

-Антибіотики

?

У чоловіка 23 років через три тижні після ангіни з'явилися набряки обличчя, гомілок, відчуття дискомфорту у попереку, підвищення АТ 180/100 мм рт. ст. В сечі протеїнурія 0,99 г/л, еритроцити 60-80 в полі зору. Найбільш вірогідний діагноз?

+Гострий гломерулонефрит

-Рак нирки

-Гострий пієлонефрит

-Сечокам'яна хвороба

-Гіпертонічна хвороба

?

Хворий після переохолодження поступив у приймальне відділення лікарні із скаргами на різкий біль у попереку, підвищення температури тіла до 38 С. Приймав аспірин. Аналізи крові: Л $10,5 \times 10^9/\text{л}$, Е- 5 %, П -8 %, С -51

%, Л 32 %, М 4 %, ШЗЕ 28 мм/год. Аналіз сечі білок 0,6 г/л, Л- вкривають все поле зору, багато слизу. Найбільш імовірний діагноз?

+Гострий пієлонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Гострий гломерулонефрит

-Тубулоінтерстиційний нефрит

-Підгострий злоякісний гломерулонефрит

?

У хворого 33-х років гостра крововтрата (ер.- $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb- 55 г/л), група крові A(II)Rh+. Йому помилково проведено трансфузію донорської еритромаси AB(IV)Rh+. Через годину з'явилися відчуття тривоги, біль у попереку, животі. Рс- 134/хв., АТ- 100/65 мм рт.ст., температура тіла 38,6 °С. При катетеризації сечового міхура отримано 12 мл/год сечі темно-коричневого кольору. Яке ускладнення виникло у хворого?

+Гостра ниркова недостатність

-Кардіальний шок

-Алергічна реакція на донорську еритромасу

-Цитратна інтоксикація

-Інфекційно-токсичний шок

?

Хвора 22-х років скаржиться на часте і болюче сечовипускання, поклики на сечопуск вночі, нетримання сечі, біль у надлобковій ділянці та у попереку. Часто сеча має колір пива. Місяць тому назад одружилася. Об-но: загальний стан задовільний. В легенях везикулярне дихання. Тони серця, ритмічні, ЧСС- 78/хв., АТ- 128/68 мм рт.ст. Живіт м'який, болючий у надлобковій ділянці. У сечі: ер.- 12-18 в полі зору, бактерій 12-15 в полі зору. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Інфекція нижніх сечових шляхів, цистит

-Сечо-кам'яна хвороба

-Інфекція верхніх сечових шляхів, пієлонефрит

-Гонорея

-Первинний сифіліс

?

Чоловік 35-ти років захворів вперше. Скаржиться на інтенсивні болі в попереку, іррадіюючи в пахову область, зовнішні статеві органи, стегно, прискорене сечовипускання, озноб, нудоту, блювоту. Об'єктивно: позитивний симптом Пастернацького. У загальному аналізі сечі еритроцити, лейкоцити покривають поле зору, підвищений вміст білка. Яка найбільш вірогідна патологія, що обумовила таку клінічну картину?

+Сечокам'яна хвороба, ниркова колька

-Жовчнокам'яна хвороба, жовчна коліка

-Інфаркт нирки

-Кишкова непрохідність

-Остеохондроз, гострий корінцевий синдром

?

У жінки 45-ти років після переохолодження гостро з'явився біль в надлобковій та поперековій ділянці, різі в кінці сечовипускання, хибні позиви до сечовипускання. Сеча мутна, з домішками крові. Доктор припустив наявність інфекції сечових шляхів. Які лабораторні дані більш характерні для цього захворювання?

+Лейкоцитурія, макрогематурія

-Макрогематурія

-Підвищення рівню креатиніну та сечовини крові

-Протеїнурія менш за 3,0 на добу

-Протеїнурія більш за 3,0 на добу

?

Хвора 36 років скаржиться на високу температуру тіла, озноб, профузну пітливість, тупі болі в попереку, неприємні відчуття при сечовипусканні. Об'єктивно: напруження м'язів поперекових ділянок, позитивний симптом постукування з обох сторін. У крові: лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$ з токсичною зернистістю нейтрофілів, у сечі - 0,6 г/л білка, Л - на все поле зору. Ваш попередній діагноз:

- +Гострий пієлонефрит
- Туберкульоз нирки
- Гострий гломерулонефрит
- Гострий цистит
- Сечокам'яна хвороба

?

69-річного чоловіка протягом року турбує біль в поперековій ділянці, кістках тазу. При обстеженні у пацієнта виявлено нормохромну анемію, в сечі протеїнурію-6,6г/л, креатинін крові-550 мкмоль/л, загальний кальцій-2,9 ммоль/л, фосфор-2,1 ммоль/л, загальний білок-95 г/л. Який метод дослідження є найважливішим для установлення правильного діагнозу:

- +Біопсія нирки
- Анамнез хворої
- В/в урографія
- УЗД нирок
- Посів сечі з визначенням чутливості сечі до мікрофлори

?

20-річна жінка з 12-тижневою вагітністю скаржиться на нудоту, блювання, головний біль. При огляді: набряки на гомілках, АТ - 170/105 мм рт. ст. У сечі: білок-3,3 г/л, Е - 10-15, Л - 6-8, циліндри гіалінові - 5-6 у полі зору. Що з переліченого є найімовірнішим діагнозом:

- +Хронічний гломерулонефрит
- Еклампсія вагітних
- Ранній токсикоз вагітних
- Гестаційний пієлонефрит
- Гіпертонічна хвороба

?

Хворий 36 років, без скарг, під час проходження профогляду перед працевлаштуванням здав сечу на загальний аналіз. Отримані результати: відносна щільність-1018; рН-6,5, білок-0,6 г/л, Е - 18-20, змінені; Л - 2-3, циліндри - 2-3 в полі зору, зернисті. Вкажіть найімовірніший діагноз:

- +Хронічний гломерулонефрит
- Гострий гломерулонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Амілоїдоз нирок

-Сечокам'яна хвороба

?

Жінка 28 років, протягом 12 років хворіє на хронічний гломерулонефрит. За останні півроку виникли загальна слабкість, зниження апетиту, нудота, головний біль, біль у суглобах. При обстеженні виявлені анемія, вміст сечовини в крові-24,5 ммоль/л, креатинину-0,766 ммоль/л, гіперкаліємія. Чим ускладнилося захворювання:

+Хронічною нирковою недостатністю

-Гострою нирковою недостатністю

-В-12 дефіцитною анемією

-Амілоїдозом нирок

-Подагричною нефропатією

?

У хворого 18-ти років з гострим гломерулонефритом різко погіршився стан: посилився головний біль, знизилася гострота зору, з'явилися фібрилярні посіпування м'язів обличчя, то-нічні судоми скелетних м'язів, втрата свідомості, АТ -240/140 мм рт. ст. Назвіть ускладнення:

+Набряк мозку

-Ангіоспазм

-Крововилив у мозок

-Гостра ниркова недостатність

-Парез мозкових артерій

?

Хворий 35 років на хронічний гломерулонефрит в стадії термінальної ниркової недостатності отримує лікування програмним гемодіалізом. Гемоглобін дорівнює 65 г/л, з приводу чого він отримує препарати заліза рег ос протягом двох місяців. Імовірна причина неефективності терапії препаратами заліза:

+Дефіцит еритропоетину

-Недостатня доза

-Необхідно в/в введення

-Необхідна комбінація препаратів заліза per os і в/в

-Розвиток В-12 дефіцитної анемії

?

Хворий 17-ти років, скаржиться на виражені набряки на обличчі і кінцівках, що з'явилися 3 тижні тому. Півроку тому лікувався в інфекційному відділенні з приводу інфекційного гепатиту В. Об'єктивно: шкірний покрив блідий, обличчя одутле, на гомілкях набряки, печінка не збільшена. Добовий діурез-0,6 л. Аналіз сечі: питома вага-1020, білок-4,4 г/л, вилучені Е - 8-10 у полі зору; загальний білок крові-52 г/л. Який найімовірніший механізм розвитку набряків:

+Все з наведеного

-Гіпопротеїнемія пов'язана з порушенням синтезу альбуміну

-Гіпопротеїнемія пов'язана з втратою білка

-Гіперальдостеронізм

-Жодне з наведеного

?

У нефрологічному відділенні Ви розглядаєте можливість виконання діагностичної біопсії нирки у пацієнта з високою протеїнурією. Вкажіть на абсолютні протипоказання для здійснення біопсії:

+Усе перелічене

-У пацієнта єдина нирка

-Порушення згортальної системи крові

-Тромбоз ниркових вен

-Полікістоз нирок

?

Хворий 56 років скаржиться на високу температуру тіла, озноб, тупі болі в попереку. Об'єктивно: напруження м'язів поперекових ділянок, позитивний симптом постукування з обох сторін. У аналізі крові лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$ з токсичною зернистістю нейтрофілів, у аналізі сечі - 0,6 г/л білка, Л-на все поле зору. Яке з тверджень при веденні хворого є неправильним:

+Необхідно виконати ретроградну пієлографію для виключення аномалії розвитку сечовивідних шляхів

-Необхідна госпіталізація в терапевтичне відділення і в/в введення антибіотиків

-Необхідно виконати УЗД дослідження для виключення сечокам'яної хвороби

-У чоловіка старіше 50 років необхідно дослідження передміхурової залози

-Необхідно дослідження сечі на мікрофлору

?

Хворий 42 років, скаржиться на сухість у роті, кволість, зменшення кількості добової сечі. Хворіє на гломерулонефрит 11 років. У крові: НЬ-90 г/л, білок сечі-1,2 г/добу, кальцій-1,9 ммоль/л, креатинин-500 мкмоль/л, ШКФ 14 мл/хв. Яка стадія хронічної хвороби нирок (ХХН) виникла у хворого:

+V ст.

-IV ст.

-III ст.

-I ст.

-II ст.

?

Вагітна (30 тижнів) скаржиться на головний біль, зменшення кількості сечі за добу, набряки нижніх кінцівок, підвищення АТ до 170/95 мм рт. ст. Добова протеїнурія-3 г/л. У крові: креатинин-100 мкмоль/л, гематокрит-42 %. Найімовірнішим синдромом є:

+Нефротичний синдром

-Ізольований сечовий

-Нефритичний синдром

-Гостра ниркова недостатність

-Синдром Гудпасчера

?

72- річний чоловік поступив у нефрологічне відділення зі скаргами на біль у правій поперековій ділянці, підвищення температури до 38⁰С, прискорене сечовипускання, особливо вночі. Хворіє два роки. За останні півроку це є третє загострення хронічного пієлонефриту. Що є найсуттєвішою причиною загострення пієлонефриту:

+Усе переліковане

-Порушення уродинаміки

-Неправильне використання антибактеріальних препаратів

-Вік хворого

-Хронічна інфекція

?

60- річний чоловік з приводу пневмонії получав цефтріаксон. Через три доби від початку терапії у пацієнта відмічені поліурія, низка протеїнурія, мікрогематурія, зниження ШКФ, підвищення креатиніну крові. Лікар

запідозрив у пацієнта гострий тубулоінтерстиціальний нефрит. Який із запропонованих нижче симптомів не є ознакою гострого тубулоінтерстиціального нефриту:

+Еритроцитарні циліндри у сечі

Еозинофілурия

Лихоманка і артралгії

Відновлення функції нирок після припинення введення препарату

Покращення функції нирок після призначення преднізолону

?

Хворий 66 років скаржиться на високу температуру тіла, озноб, тупі болі в попереку. Об'єктивно: напруження м'язів поперекових ділянок, позитивний симптом постукування з обох сторін. У загальному аналізі крові лейкоцитоз до $13 \times 10^9/\text{л}$ із зсувом вліво, у загальному аналізі сечі низька протеїнурія, піурія. Який мікроорганізм найчастіше викликає інфекцію сечовивідних шляхів:

+Кишечна паличка

-Золотистий стафілокок

-Гемолітичний стрептокок

-Синьогнійна паличка

-Хламідії

?

Хвора 26 років скаржиться на озноб, профузну пітливість, тупі болі в попереку, неприємні відчуття при сечовипусканні. Об'єктивно: температура тіла $38,8^{\circ}\text{C}$, пальпується хвороблива опущена права нирка.

У аналізі крові лейкоцитоз до $11 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли-9%, в аналізі сечі-0,33 г/л білка, Л-на все поле зору. Вкажіть критерій, який дозволить Вам найточніше диференціювати інфекцію нижніх від інфекції верхніх сечовивідних шляхів:

+Часте, хворобливе сечовипускання

-Піурія

-Колонії бактерій більше 100 тисяч мікробних тіл у 1 мл

-Температура тіла вище 38°C

-Хвороблива пальпація нирки

?

59-річного чоловіка протягом півроку турбує біль в поперековій ділянці, кістках тазового поясу. При обстеженні у пацієнта виявлено нормохромну анемію, протеїнурію-9,9 г/л, креатинін крові-450 мкмоль/л, лужну

фосфатазу-9200 ммоль/л, загальний кальцій-2,9 ммоль/л, фосфор-2,1 ммоль/л, загальний білок-90 г/л. Вкажіть найімовірнішу причину, яке призвело до цього стану:

+Мієломна хвороба

-СЧВ

-Хронічний гломерулонефрит з ХНН

-Синдром Гудпасчера

-Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит

?

Хворий 62 років, скаржиться на втрату 10 кілограмів маси тіла за 2 місяці, біль у поперековій ділянці, який з часом підсилюється, відсутність апетиту, субфебрильну температуру. При огляді у лівому підребер'ї виявляється щільне утворення. В аналізі крові: НЬ-90 г/л, Е- $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Л- $8,8 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ-42 мм/год., в сечі: питома вага-1018, білок-0,06 г/л, Е-на все поле зору. Ваш попередній діагноз:

+Пухлина нирки

-Сечокам'яна хвороба

-Нефроптоз

-Туберкульоз нирки

-Полікістоз нирок

?

Хворий Д., 55 років, страждає на гіпертонічну хворобу протягом 10 років. В останній час турбує задишка, головні болі, запаморочення. Низка протеїнурія реєструється півроку. При обстеженні: набряків немає, над легеньми везикулярне дихання, ЧСС 68 за хв., АТ 190/120 мм рт ст., печінка не збільшена. На ЕКГ: рубець передньо-перегородочної ділянки, ШКФ-60 мл/год. Яке ускладнення основного захворювання виникло:

- +Гіпертензивна нефропатія
- Хронічний гломерулонефрит
- Хронічна ниркова недостатність
- Хронічна серцева недостатність
- Застійна нирка

?

32-річна жінка спрямована до нефролога для оцінки гематурії, яка виявлена в трьох аналізах сечі та супроводжується протеїнурією до 1 г/добу. Який ви оберете підхід для оцінки гематурії у цієї хворої:

- +Все перелічене
- УЗД нирок
- Ретельний анамнез захворювання
- Визначення концентрації електролітів, креатиніну крові
- Біопсія нирки

?

27-річна жінка має клінічні ознаки системного червоного вовчака з ураженням нирок. Які обстеження необхідно провести для верифікації діагнозу:

- +Все перелічене
- Загально-клінічний аналіз крові
- Визначення сечовини та креатиніну крові
- Антиядерні антитіла
- Добова протеїнурія

?

Хворий 36 років на хронічний гломерулонефрит має ознаки ХНН (калій-5,1 ммоль/л, натрій-128 ммоль/л, кальцій-1,9 ммоль/л, магній-1,2

ммоль/л, хлор-102 ммоль/л, бікарбонати-20ммоль/л). Порушення обміну якого електроліту відмічається:

+Кальцію

-Калію

-Натрію

-Магнію

-Хлору

?

Жінка 35 років скаржиться на біль в ділянці серця, артралгії, міалгії та фотосенсибілізацію. При огляді: тахікардія, шум тертя перикарду. В аналізах сечі– висока протеїнурія, гематурія. Вірогідна причина:

+Системний червоний вовчак

-Мієломна хвороба

-Гостра ревматична лихоманка

-Синдром набутого імунодефіциту

-Ревматоїдний артрит

?

Хворий на хронічний гломерулонефрит з ознаками ХНН має низький рівень гемоглобіну-65 г/л. Який метод корекції анемії є найдоцільнішим:

+Введення еритропоєтину

-Трансфузія крові

-Трансфузія свіжозамороженої плазми

-Введення андрогенів

-Проведення плазмаферезу

?

Хворий 45 років, госпіталізований зі скаргами на сухість у роті, слабкість, шкірний свербіж, нудоту, задишку. Протягом останніх 15 років рецидивують ниркові кольки з відходженням із сечових шляхів камінців, двічі виконувались операції на нирках. Добовий діурез дорівнює 1400 мл сечі з відносною щільністю - 1007-1008. Яку назву має цей симптом і про яке ускладнення сечокам'яної хвороби він свідчить:

+Гіпостенурія, хронічна ниркова недостатність

-Гіперстенурія, цукровий діабет

-Гіперстенурія, гіперпаратиреоз

-Ізостенурія, нецукровий діабет

-Полакіурія, гострий цистит

?

У хворої 57 років відчувається запах аміаку з рота, є набряки на обличчі, гомілкях. Спостерігається з приводу мієломної хвороби протягом 3 років. У крові: Е- $3,5 \times 10^{12}$ /л, ШЗЕ-75 мм/год; у сечі: білок-2,5 г/л, Е - 3-4, Л - 10-15 у полі зору; креатинін крові-650 мкмоль/л, ШКФ-10 мл/хв. Яке ускладнення хвороби розвинулось:

+Хронічна ниркова недостатність

-Серцева недостатність

-Хронічний пієлонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-Амілоїдоз

?

Хворий Т., 58 років, скаржиться на загальну слабкість, втрату 10 кг маси тіла за 1,5 місяця, тупий біль у попереку справа, субфебрильну температуру. При огляді: АТ 220/160, у правому підребер'ї пальпується утвір з горбистою поверхнею та незначною рухомістю, розширення вен сім'яного канатика та мошонки. В аналізі крові: анемія, висока ШЗЕ. В сечі: відносна щільність- 1020, білок-0,99 г/л, Е-на все поле зору. Ваш попередній діагноз:

+Пухлина нирки

-Гідронефроз

-Туберкульоз нирки

-Полікістоз нирок

-Нефроптоз

?

Хвора Г., 48 років, скаржиться на періодичні нападоподібні болі у попереку, з виділенням після нападу сечі бурого кольору. УЗД вказує на наявність великої кількості дрібних ехопозитивних включень у мисках нирок. В загальному аналізі сечі: відносна щільність-1016, білок-0,099 г/л, еритроцити покривають все поле зору, велика кількість кристалів сечової кислоти. Вкажіть яке першочергове дослідження доцільно провести хворій:

- +Сечова кислота крові
- Екскреторна урографія
- Сечовина крові
- Сеча за Нечипоренком
- Сеча за Земницьким

?

Хворому 69 років, який відмічає підвищення АТ протягом 2 років, призначили мототерапію АГ іАПФ. На фоні лікування відбулось підвищення рівня креатиніну. Чим це зумовлене:

- +Стенозом ниркових артерій
- Стенозом гирла аорти
- Стенозом черевного стовбуру
- Зниженням АТ
- Гіперкаліємією

?

Жінка 23 років, скаржиться на часте, болюче сечовипускання, тупі болі внизу живота, які зменшуються від застосування тепла, субфебрильну температуру тіла. Захворіла 3 дні тому після переохолодження. В загальному аналізі сечі: лейкоцити займають 1/3 поля зору, поодинокі свіжі еритроцити. Основними препаратами в лікуванні даної хворої є:

- +Антибіотики
- Уросептики
- Фізіотерапевтичне лікування
- Глюкокортикоїди
- Курантил

?

Хвора М., 40 років, страждає на цукровий діабет І типу, тяжкою формою впродовж 15 років. При огляді: виражені набряки ніг, шкірний покрив блідий, АТ-210/140 мм. рт. ст., діурез-3 л. Загальний аналіз сечі: відносна щільність-1024, Б-6,6 г/л, Л-1/4 поля зору, Е– 3-4; сечовина плазми-7,9 ммоль/л. Який синдром має місце у цієї пацієнтки:

- +Нефротичний.
- Сечовий

-Нефритичний

-Гостра ниркова недостатність

-Хронічна ниркова недостатність

?

Хворий 45 років, протягом 8 років страждає на хронічний гломерулонефрит. АТ-180/120 мм рт. ст., креатинін сироватки крові-770 мкмоль/л, сечовина крові-28 ммоль/л, ШКФ-5 мл/хв. Яка лікувальна тактика показана для цього хворого:

+Гемодіаліз

-Ентеросорбція

-Гемосорбція

-Плазмаферез

-Реосорбілакт в/в

?

Жінка 42 років, скаржиться на появу набряків на обличчі, кінцівках. Хворіє на ревматоїдний артрит понад 15 років. Об'єктивно: ЧСС-64 за хв, АТ- 105/60 мм рт. ст, печінка +3 см, щільна, безболісна. Аналіз крові: Е- $2,4 \times 10^{12}/л$, НЬ-92 г/л, ШЗЕ-54 мм/год., креатинін-0,128 ммоль/л, СРБ (+++). Аналіз сечі: відносна щільність-1015, білок-3,8 г/л. Яке найвірогідніше ускладнення виникло у хворі:

+Вторинний амілоїдоз нирок

-Серцева недостатність

-Гіпотиреоз

-Печінково-клітинна недостатність

-Хронічна ниркова недостатність

?

Хвора Д., 36 років, скаржиться на нападоподібний біль у поперековій ділянці, що віддає у низ живота. На ультразвуковій сонограмі у збільшених нирках визначаються множинні кісти. Якими ще інструментальними дослідженнями можливо доказати захворювання:

+Все вищепереліковане

-Ангіографія ниркових артерій

-Комп'ютерна томографія

-Ізотопне сканування

-Доплерографія ниркових артерій

?

Хвора 36-ти років захворіла гостро. Захворювання почалося з високої температури тіла, остуди, профузного поту. З'явився тупий біль у поперековому відділі, неприємні відчуття при сечовипусканні.

Об'єктивно: напруження м'язів поперекового відділу, позитивний симптом постукування з обох боків. В крові: лейкоцити до 12 10⁹/л, нейтрофіліоз.

В сечі: білок - 0,6 г/л, лейкоцити на все п/з, бактерії - більше 100 000 в 1 мл сечі. Яким буде попередній діагноз?

+Гострий пієлонефрит

Сечокам'яна хвороба

Туберкульоз нирки

Гострий гломерулонефрит

Гострий цистит

?

Хворий Т., 46 років скаржиться на підвищену втомлюваність, загальну слабкість. Об'єктивно: набряки на гомілках, пульс 88 за хв., АТ- 140/80 мм рт. ст. В аналізі крові: креатинін-0,23 ммоль/л, сечовина-11,0 ммоль/л, ШКФ-42 мл/хв. Визначте стадію хронічної хвороби нирок:

+ХХН III ст.

-ХХН I ст.

-ХХН II ст.

-ХХН VCT.

-ХХН IV ст.

?

Хворий В., скаржиться на головні болі, запаморочення, нудоту, блювання. 10 років тому виявлені зміни в аналізі сечі, рік назад випадково - підвищений АТ. Курить, зловживає алкоголем. При огляді: блідий, обличчя одутле, на шкірі тулуба - сліди розчухів, язик сухий, АТ - 210/130 мм рт. ст. В аналізі сечі: 1,5 г/л білка, Е - 10-12, Л - 3-6 в полі зору. Ваш попередній діагноз: +Хронічний гломерулонефрит

-Вторинний амілоїдоз нирок

-Туберкульоз нирок

-Діабетичний гломерулосклероз

-Хронічний пієлонефрит

?

Пацієнтка 23 років з терміном першої вагітності 10 тижнів скаржиться на біль у попереку, набряки обличчя, гомілок. Три тижні тому перенесла гострий гнійний отит. Об'єктивно: АТ-155/95 мм рт. ст., ЧСС-94/хв, діурез-400 мл за добу. Аналіз сечі: відносна щільність-1030, протеїнурія-1,5 г/л, Е- 100-120, циліндри гіалінові - 8-10, зернисті - 2-3 в полі зору. Який діагноз є найімовірнішим:

+Гострий гломерулонефрит

-Гострий пієлонефрит

-Хронічний гломерулонефрит

-СЧВ з ураженням нирок

-Ранній токсикоз вагітних

?

Чоловік 22 років хворіє на гострий гломерулонефрит. Об'єктивно: анасарка, АТ-150/90 мм рт. ст. У крові: ШЗЕ-36 мм/год., у сечі-5,6 г білка за добу, загальний білок-55 г/л, альбумін-25г/л, холестерин-9,6 ммоль/л. Яке патогенетичне лікування є найобґрунтованішим:

+Глюкокортикоїди

-Антибіотики

-Мембраностабілізатори

-Сечогінні

-Антигіпертензивні

?

Чоловік 23 років, скаржиться на наявність набряків на обличчі, головні болі, запаморочення, зменшення виділення сечі, макрогематурію. Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. Об'єктивно: набряки на обличчі, шкірний покрив блідий, серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою, ЧСС-86 за хв., АТ-170/110 мм рт. ст. В загально-му аналізі сечі найімовірніше будуть спостерігатися:

+Еритроцитурія, протеїнурія, гіалінові циліндри

-Еритроцитурія, лейкоцитурія, лейкоцитарні циліндри

-Лейкоцитурія, протеїнурія, епітеліальні циліндри

-Еритроцитурія, оксалурія, еритроцитарні циліндри

-Гемоглобінурія, білірубінурія, зернисті циліндри

?

У 40-річного чоловіка, який 18 років хворіє на хронічний гломерулонефрит, перебіг якого ускладнився хронічною нирковою недостатністю. Який лабораторний показник буде найінформативнішим у даному випадку:

+Креатинін крові-0,36 ммоль/л

-Азот сечовини - 20-40 % залишкового азоту

-Калій крові-5,2 ммоль/л

-Сечовина крові-8,3 ммоль/л

-Натрій крові-130 ммоль/л

?

Хворий К., 74 роки, скаржиться на лихоманку, яка сягає 39,9 °C, не усувається прийомом антипіретиків, тупий, ниючий біль в поперековій ділянці справа, рецидивуюча гематурія впродовж 2 місяців, іноді з червоподібними згустками крові. В поперековій ділянці справа пальпується утворення еластичної консистенції, малорухливе, болісне. Ваш попередній діагноз:

+Пухлина нирки

-Полікістоз нирок

-Карбункул нирки

-Гідронефроз

-Некротичний папіліт

?

Чоловік, який страждає на мієломну хворобу з ураженням нирок, захворів грипом з високою лихоманкою, на фоні чого знизився діурез до 200 мл, підвищився рівень креатиніну до 0,400 ммоль/л. Кальцій крові-1,8ммоль/л, загальний протіїн-110 г/л. Який фактор є провідним в генезі гострої ниркової недостатності:

+Обструкція каналців білком Бенс-Джонса

-Гіпокальціємія

-Збільшення в'язкості крові

-Гіперхолестеринемія

-Високий загальний протеїн

?

18-річна хвора скаржиться на періодичний біль у поперековій ділянці, що підсилюється після тривалого перебування в статичному положенні, фізичного навантаження, переохолодження. При огляді: пальпуються болючі, збільшені нирки. При УЗД дослідженні виявлені множинні кісти обох нирок. Кісти яких органів можливо виявити у хворой:

+Всього перелікованого

-Легень

-Підшлункової залози

-Яєчника

-Печінки

?

У хворой 75 років, яка страждає на гіпертонічну хворобу понад 20 років і скаржиться на ніктурію з полакіурією, на черговому медичному огляді виявлено протеїнурію-1,2 г/л, мікрогематурію, помірне зниження екскреторної і секреторної функції нирок при ренографії. Ваше припущення:

+Гіпертензивна нефропатія

-Гострий гломерулонефрит

-Загострення хронічного гломерулонефриту

-Пухлина нирки

-Сенільна нирка

?

У хворой 58 років, яка страждає на ревматизм, декомпенсований мітральний стеноз на фоні серцевої недостатності (задишка, збільшення печінки, набряки на ногах) в аналізах сечі виявлена протеїнурія (1,5 г/л), еритроцитурія (10-15) циліндрурія (гіалінові 3-5) в полі зору. Який лабораторний тест допоможе в диференціальній діагностиці між застійною ниркою і активністю ревматизму (приєднання гломерулонефриту):

+Показники імунологічної активності

-Добова втрата білка

-Клубочкова фільтрація

-Лейкоцитоз

-Рівень креатиніну, сечовини крові

?

У хворого 70 років протягом двох років відмічається фібриляція передсердь, набряки ніг, ядуха вночі, печінка +2см, зниження ФВ до 45%, добова протеїнурія-0,33, підвищення креатиніну до 0,200 ммоль/л. Про який стан необхідно думати:

+Застійна нирка

-Хронічний гломерулонефрит

-Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

-Гостра преренальна ниркова недостатність

-Гостра ренальна ниркова недостатність

?

У жінки 75 років, яка хворіє на гіпертонічну хворобу понад 30 років, в останні 2 роки відмічається значне підвищення АТ, який погано коригується протигіпертензивними препаратами. За сцинтиграфією нирок нирковий кровоток зліва знижений. Про який стан Ви думаєте:

+Стеноз лівої ниркової артерії

-Атеросклероз судин головного мозку з центральним порушенням регуляції -АТ

-Аортальна недостатність

-Сенільна нирка

-Усе перелічене

?

Хворий 57 років госпіталізований в терапевтичне відділення з симптомами уремії, як наслідок полікістозу нирок. Яке порушення електролітного обміну за результатами обстеження є найвірогіднішим:

+Гіперкаліємія

-Гіпокальціємія

-Гіперкальціємія

-Гіпофосфатемія

-Гіпонатріємія

?

Хворий 52 років госпіталізований з симптомами уремії, як наслідок хронічного гломерулонефриту. Який з наведених сечогінних препаратів є препаратом вибору в цьому клінічному випадку:

+Фуросемід

-Гіпотіазид

-Верошпірон

-Урегіт

-Манітол

?

У хворого 28 років є клініко-лабораторні ознаки синдрому Гудпасчера. Який імунний механізм ураження нирок є у даному випадку:

+Агресія антитіл до базальної мембрани

-Депозиція імунних комплексів

-Реакція гіперчутливості негайного типу

-Агресія антинуклеарних антитіл

-Усе вищепереліковане

?

Хвора Д., 46 років, скаржиться на тривалий біль у поперековій ділянці, що віддає у низ живота, озноб. При огляді: пальпуються болючі, збільшені нирки. Мати хворої і бабуся померли від уремії. Про яке захворювання треба думати:

+Полікістоз нирок

-Сечо-кам'яна хвороба

-Гідронефроз нирок

-Пухлина нирок

-Недостатньо даних

?

У 42-річного хворого в 30 років діагностована сечокам'яна хвороба. Хворого тричі оперовано з приводу гідронефрозу (літотомія). При огляді пальпуються збільшені, болючі нирки. При УЗД виявлені коралоподібні камені в обох нирках. Про порушення функції якої залози внутрішньої секреції треба думати:

+Паращитовидних залоз

-Щитоподібної залози

-Гіпофізу

-Підшлункової залози

-Усіх перелікованих

?

Хвора К., 44 років, скаржиться на тривалий біль у поперековій ділянці, що віддає на передню поверхню живота, озноб, спрагу, ніктурію. При огляді: пальпуються болючі, збільшені нирки. Мати хворої і бабуса померли від уремії. Яке першочергове дослідження треба провести хворій для уточнення діагнозу:

+УЗД нирок

-Екскреторну урографію

-Цистоскопію

-Ангіографію

-Комп'ютерну томографію

?

У хворого 20 років після ангіни розвинулись анасарка, макрогематурія, зменшення сечі за добу до 300 мл. Добова протеїнурія – 2,0 Який синдром розвинувся хворого:

+Нефритичний

-Сечовий

-Нефротичний

-Серцева недостатність

-Гостра ниркова недостатність

?

Хвора 67 років скаржиться на біль в кістках, зниження апетиту, схуднення. При обстеженні: нормохромна анемія, ШЗЕ-55 мм/год, загальний протеїн-130 г/л, протеїнурія-3 г/л. Яке дослідження треба провести:

+Усе перелічене

-Стернальна пункція

-Протеїнограма

- Рентгенографія черепа
- Електрофорез білків сечі

?

У 38-річного вірменина з підліткового віку вимічались епізоди болю в животі з підйомом температури тіла, яке проходило самостійно через добу. Останній рік в аналізі сечі з'явилась протеїнурія до 1,5 г/л. Батько пацієнта вмер від захворювання нирок. Найдоцільнішим буде призначення:

- +Колхіцину
- Преднізолону
- Циклофосфану
- Фраксипарину
- Усього перелікованого

?

У 42-річного хворого в 30 років діагностовано сечокам'яна хвороба. Хворого тричі оперовано (літотомія) з приводу гідронефрозу. При огляді пальпуються збільшені, болючі нирки. При УЗД виявлені коралоподібні камені в обох нирках. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу причини утворення каменів:

- +Визначення паратгормону крові
- Визначення креатиніну крові
- Визначення альдостерону крові
- Проведення денситометрії
- Усе переліковане

?

19-річна хвора скаржиться на періодичний біль у поперековій ділянці, що підсилюється після тривалого перебування в статичному положенні, фізичного навантаження, у другій половині дня. При огляді: пальпуються болючі, збільшені нирки. При УЗД дослідженні виявлені множинні кісти нирок. Яким інструментальним методом не можна діагностувати захворювання:

- +Ізотопна ренографія
- КТ
- Ангіографія нирок

-Ізотопне сканування нирок

-МРТ

?

У хворого 72 років на фоні гострого трансмурального переднього інфаркту міокарда відмічається зниження ФВ до 35%, систолічного тиску до 70 мм рт. ст., добового діурезу до 100 мл, поява протеїнурії – 0,33 г/л, підвищення креатиніну крові до 0,36 ммоль/л. Про який стан необхідно думати:

+Гостра преренальна ниркова недостатність

-Швидкопрогресуючий гломерулонефрит

-Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

-Гостра ренальна ниркова недостатність

-Застійна нирка

?

45-річний хворий з 30 років страждає на сечокам'яну хворобу з приводу чого його тричі оперовано (літотомія). При огляді пальпуються збільшені, болючі нирки. При УЗД виявлені коралоподібні камені в обох нирках. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу причини утворення каменів

+Усе переліковане

-Визначення паратгормону крові

-Визначення сечової кислоти крові

-Визначення Са сироватки крові

-Проведення денситометрії

?

Хвора З., 68 років, скаржиться на біль в кістках, субфебрильну температуру тіла, схуднення. При обстеженні: в загальному аналізі крові: помірна нормохромна анемія, ШЗЕ-55 мм/год; в загальному аналізі сечі: протеїнурія-0,99 г/л. Який із методів дослідження є найменш інформативним для уточнення діагнозу:

+Стернальна пункція

-Визначення загального протеїну

-Визначення білкових фракцій

-Рентгенографія кісток

-Визначення рівня сироваткового заліза

?

22-річний чоловік поступив до інфекційного відділення з діагнозом фолікулярної ангіни. При огляді: температура тіла 39⁰С, пульс 110 за 1 хв., АТ 90/60 мм рт. ст. В аналізі крові: лейкоцитоз із зсувом вліво, в аналізі сечі: протеїнурія - 0,066г/л, Е – 2-3, Л – 5-6, циліндри гіалінові 1-3 в полі зору. Яке дослідження необхідно провести хворому для визначення патології нирок:

+Усе переліковане

-Аналіз сечі за Нечипоренком

-Добова протеїнурія

-УЗД нирок

-Повторне дослідження загального аналізу сечі

?

При огляді у 70-річного хворого, який впродовж 2місяців скаржиться на лихоманку, озноб, виявлені блідість шкіри, в нижніх відділах легень вологі дрібнопухирчасті хрипи, тахікардія, в V точці – діастолічний шум, АТ-140/40 мм рт. ст., збільшення селезінки. В крові: Е-2,5х10¹²/л, Hb-70 г/л, Л-4,2 х10⁹/л, ШЗЕ-45 мм/год.; в сечі: Б – 1,2 г/л, мікрогематурія. Назвіть причину сечового синдрому:

+Інфекційний ендокардит, гломерулонефрит

-Пієлонефрит

-Інфаркт нирок

-Застійна нирка

-Тромбоз ниркових вен

?

У молодій жінки після вірусної інфекції з'явилися різкий біль у животі, пронос з домішками крові, біль у колінних суглобах, підвищення температури тіла. Об'єктивно: мілкоточечні висипання на шкірі гомілок, колінні та гомілкові суглоби набряклі, болючість кишечника при пальпації. У крові: лейкоцитоз, збільшена ШЗЕ, у сечі: низька протеїнурія, мікрогематурія. Яке додаткове дослідження для уточнення діагнозу необхідно провести хворій:

+Фактор Вілебрандта, циркулюючі імунні комплекси

- Протеїнограма
- С-реактивний протеїн
- LE-клітини, антитіла до нативної ДНК
- УЗД черевної порожнини
- ?

Хвора А., 72 років, скаржиться на відразу до м'яса, втрату ваги на 14 кг за півроку. При огляді: шкірний покрив блідий, зліва над ключицею пальпується збільшений, малорухомий, щільний лімфовузол. Загальний аналіз крові: Е-2,512/л, Hb-78 г/л, Л-3,8x10⁹/л, зсув лейкоцитарної формули вліво, Т-460x10⁹/л, ШЗЕ-55 мм/год.; в аналізі сечі: протеїнурія – 5,0 г/л, мікрогематурія. Про який стан нирок необхідно думати:

- +Паранеопластична нефропатія
- Гострий гломерулонефрит
- Гострий пієлонефрит
- Сечо-кам'яна хвороба
- Рак нирки

?

24-річний чоловік поступив до інфекційного відділення з діагнозом фолікулярної ангіни. При огляді: температура тіла 38,60С, пульс 112 за 1 хв., АТ 100/60 мм рт. ст. В аналізі крові: лейкоцитоз із зсувом вліво, в аналізі сечі: протеїнурія - 0,066г/л, Е – 1-2, Л – 5-6, циліндри гіалінові 2-3 в полі зору. Про який стан нирок в першу чергу слід думати:

- +Лихоманкова протеїнурія
- Гострий гломерулонефрит
- Загострення хронічного гломерулонефриту
- Амілоїдоз нирок
- Туберкульоз нирок

?

32-річна жінка хворіє на системний червоний вовчак з ураженням нирок впродовж 3 років. У зв'язку з загостренням хвороби (нефротичний синдром) приймає преднізолон. Назвіть ускладнення, розвиток якого неможливий при терапії глюкокортикоїдами:

- +Синдром Рейно

-Гіперглікемія

-АГ

-Гіпокаліємія

-Остеопороз

?

Хворий Р., 46 років страждає на подагру. Після вживання алкоголю, жирної їжі та прийняття сауни вночі виник напад гострого артриту 1-го плесно-фалангового суглобу правої стопи, знизився добовий діурез до 100 мл. При огляді: суглоб синюшний, набряклий. В загальному аналізі крові: значний лейкоцитоз, ШЗЕ-42 мм/год, в аналізі сечі: протеїнурія – 0,066 г/л, еритроцити - 40-50, багато уратів. Про який стан нирок перш за все треба думати:

+Гостра сечокисла блокада

-Гострий пієлонефрит

-Загострення хронічного гломерулонефриту

-Загострення хронічного тубулоінтерстиціального нефриту

-Все переліковане не вірно

?

У 34-хворого з хронічним гломерулонефритом з'явилася задуха. Об'єктивно: тахіпное, кашель з виділенням пінистого харкотиння, холодний піт, акроціаноз, в легенях різнокаліберні вологі хрипи, пульс-120 за хв., напружений, тони серця глухі, ритм галопу, АТ-210/120 мм рт. ст. Який гострий стан розвинувся у хворої:

+Гостра лівошлуночкова недостатність

-Напад бронхіальної астми

-Гостра ниркова недостатність

-Еклампсія

-Гострий набряк гортані

?

У 40-річного чоловіка в анамнезі 4 напади гострого артриту перших плесне-фалангових суглобів, які супроводжувались підвищенням температури тіла до 38⁰С. Об'єктивно: деформація плесне-фалангових суглобів, на розгинальних повернях ліктів – неbolючі вузлики розміром

1,5x2 см, в сечі: відносна щільність сечі - 1010, протеїнурія - 0,099 г/л, мікрогематурія. Вкажіть найімовірніший варіант ураження нирок:

- +Подагрична нефропатія
- Хронічний гломерулонефрит
- Гострий гломерулонефрит
- Амілоїдоз нирок
- Все не вірно
- ?

Хворий С., 44 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, тупі болі в попереку. В дитинстві був прооперований з приводу гідронефрозу, неодноразово були загострення пієлонефриту. При фізикальному обстеженні: блідість шкірного покриву, симптом постукування слабо позитивний. У крові: Е - $3,1 \times 10^{12}/л$; НЬ - 88 г/л; КП - 0,7; Л - $9,2 \times 10^9/л$; ШЗЕ - 21 мм/год. В сечі: білок-0,66 г/л; Л - 10-18 в п/з. Чому лікування анемічного синдрому препаратами заліза не дало результату:

- +Недостатньо лікувалося основне захворювання
- Добова доза препаратів заліза виявилася недостатньою
- Не визначалося сироваткове залізо крові
- Не призначалися переливання еритроцитарної маси
- Не призначено відповідну дієту
- ?

На прийом до лікаря звернулася 42-річна жінка зі скаргами на головний біль. З анамнезу відомо, що під час вагітності (12 років тому) були зміни в аналізі сечі. Об'єктивно: пульс—72 за хв., АТ-160/100 мм рт. ст., на ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. В аналізі сечі: відносна щільність-1018, Л - 4-5, Е – 10-15, циліндри еритроцитарні - 2-3 в полі зору. Назвіть найімовірніший діагноз:

- +Хронічний гломерулонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія
- Хронічний пієлонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія
- Реноваскулярна гіпертензія
- Туберкульоз нирок
- Гіпертонічна хвороба II ст., гіпертензивна нефропатія
- ?

Хвора Н., 32 років, звернулася до терапевта у зв'язку з наявністю протягом 2 років постійного субфебрилітету, пітливості, дизурії, полакіурії. Самостійно лікувалася фурумагом, канефроном, але без покращення. Добовий діурез-1500 мл/добу. Аналіз крові: Hb-120 г/л, E- $4,1 \times 10^9$ /л, Л-5,6, е- 3%, п-5%, с-39%, л-45%, м-5%, ШЗЕ-25 мм/год; аналіз сечі: відносна щільність-1010, білок-0,066 г/л, Л покривають пів поля зору. Ваше найвірогідніше припущення:

+Туберкульоз сечовидільної системи

-Хронічний цистит

-Хронічний гломерулонефрит

-Хронічний пієлонефрит

-Амілоїдоз нирок

?

40-річний чоловік страждає на подагру з ураженням перших плесне-фалангових суглобів. Батько хворого помер від уремії. Об'єктивно: деформація плесне-фалангових суглобів, на розгинальних поверхнях обох ліктів - тофуси. В сечі: відносна щільність-1010, протеїнурія-0,099 г/л, мікрогематурія, солі сечової кислоти. Яке лікування повинен приймати хворий:

+Дієтичне харчування, алопурінол постійно, збільшення вживання води.

Дієтичне харчування, алопурінол курсами.

Дієтичне харчування.

Дієтичне харчування, збільшення вживання води.

НПЗП, дієтичне харчування.

?

При плановому дослідженні сечі у 22-річної вагітної жінки (30 тижнів) двічі була виявлена безсимптомна бактеріурія. Вагітність протікає без патології. При УЗД нирок – без патологічних змін. Ваша тактика ведення вагітної:

+Призначення ампіциліну

-Фітотерапія

-Динамічне спостереження

-Призначення ципрофлоксацину

-Фізіотерапевтичне лікування

?

У 24-річного чоловіка, хворого на хронічний гломерулонефрит, в аналізі сечі: питома вага-1010, білок-1,65 г/л, Е - 5-7 Л - 2-3 в полі зору. Креатинін крові-0,350 ммоль/л, натрій крові-148 ммоль/л. Яка основна причина гіперазотемії у хворого:

- +Зниження клубочкової фільтрації
- Посилена протеїнурія
- Зниження канальцевої реабсорбції
- Зменшення ниркового кровотоку
- Затримка в організмі натрію

?

У хворого 50 років, який страждає надлишковою вагою, після прийому алкоголю вночі виник різкий біль і припухлість I плесне-фалангового суглобу, підвищилась температура тіла. В аналізі сечі: низька протеїнурія, мікрогематурія. Для уточнення діагнозу лікар призначив дослідження. Найімовірніше, що у хворого буде виявлено:

- +Підвищення вмісту сечової кислоти
- Підвищення лужної фосфатази
- Наявність ревматоїдного фактору
- Підвищення рівню калію
- Підвищення рівню сечовини крові

?

20-річна вагітна жінка (30 тижнів) скаржиться на сильний біль у поперековій ділянці живота справа, озноб, підвищення температури тіла до 39⁰С. Захворіла після охолодження. Вагітність протікає без патології. При УЗД нирок – розширення миски правої нирки. Ваша тактика ведення вагітної:

- +Призначення “захищених” пеніцилінів парентерально в умовах гінекологічного відділення
- Призначення “захищених” пеніцилінів парентерально в умовах терапевтичного відділення
- Призначення “захищених” пеніцилінів парентерально в амбулаторних умовах

-Призначення системних фторхінолонів парентерально в умовах терапевтичного відділення

-Призначення системних фторхінолонів в таблетках в умовах гінекологічного відділення

?

Хворий М., 65 років, скаржиться на біль в кістках, субфебрильну температуру тіла, схуднення. При обстеженні: в загальному аналізі крові: значна нормохромна анемія, ШЗЕ-60 мм/год; в загальному аналізі сечі: протеїнурія-3 ,9 г/л. Які зміни протеїнограми крові можна очікувати у даному випадку:

+Наявність додаткової фракції (М-фракції)

-Гіпоальбумінемія

-Гіпер-альфа-2-глобулінемія

-Гіпер-гама-глобулінемія

-Гіпопротеїнемія

?

Хворий 45 років страждає на подагру, подагричну артропатію (рецидивуючий артрит I плесне-фалангових суглобів). Яка імовірність ураження нирок у цього хворого:

+Понад 90%

-10-15%

-30-40%.

-50-70%

-70-80%

?

46-річний чоловік страждає на подагру з ураженням перших плесне-фалангових суглобів і рецидивами ниркової кольки. В сечі: відносна щільність-1010, протеїнурія-0,099 г/л, мікрогематурія, солі сечової кислоти. Що є протипоказаним хворому:

+Все перелічене

-Переохолодження

-Дегідратація

-Надмірне вживання м'яса

-Вживання алкоголю

?

У жінки 75 років, яка хворіє на гіпертонічну хворобу понад 30 років, в останні 2 роки відмічається значне підвищення АТ, який погано коригується протигіпертензивними препаратами. Зліва від пупка вислуховується систолічний шум. В аналізі сечі: протеїнурія-0,66 г/л, Л – 5-6, Е - 1-2, поодинокі гіалінові циліндри. Якими методами можна уточнити стан хворої:

+Ангіографія ниркових артерій

-Доплерографія ниркових артерій

-Сцинтиграфія нирок

-Все переліковане

-Жодне з наведеного

?

У 22-річного юнака через 2 тижні після ангіни з'явилися набряки всього тіла, головний біль, задишка, помірний біль у попереку. При обстеженні: АТ 185/100 мм рт. ст., протеїнурія-2,2 г/л, Е - 20-30, гіалінові циліндри до 5 в полі зору. Яке ускладнення можна очікувати у хворого:

+Вірно А,В

-Набряк легенів

-Набряк головного мозку

-Розвиток хронічної ниркової недостатності

-Вірно А,В,С

?

Хворий К., 25 років, поступив до лікарні з нефротичним синдромом: анасарка, протеїнурія-6,0 г/л, альбумін-18г/л, холесерин-8,8 ммоль/л. Яке ускладнення є типовим для нефротичного синдрому:

+Гіповолемічний шок

-Ішемічний інсульт

-Флеботромбоз

-Лівовшлуночкова недостатність

-Пневмонія

?

Хворий К., 25 років, поступив до лікарні з нефротичним синдромом: анасарка, протеїнурія-6,0 г/л, альбумін-18г/л, холестерин-8,8 ммоль/л. Що є головним у розвитку цього синдрому:

+Ураження клубочків імунними комплексами та антитілами до базальної мембрани

-Ураження канальців ендogenous токсинами

-Запалення інтерстицію нирки, що викликано інфекційними агентами

-Все перелічене

-Жодне з наведеного

?

Чоловік 23-х років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність набряків обличчя, головні болі, запаморочення, зменшення виділення сечі, бурий колір сечі. Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. При фізикальному обстеженні температура тіла 37,4оС, артеріальний тиск 170/110 мм рт.ст., пульс 86/хв., набряки на обличчі, шкірні покриви бліді. Аускультативно серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою. Які зміни найбільш імовірно будуть спостерігатись у загальному аналізі сечі?

+Еритроцитурія, протеїнурія, гіалінові циліндри

-Лейкоцитурія, протеїнурія, епітеліальні циліндри

-Еритроцитурія, оксалатурія, еритроцитарні циліндри

-Еритроцитурія, лейкоцитурія, лейкоцитарні циліндри

-Гемоглобінурія, білірубінурія, зернисті циліндри

?

Жінка 37-ми років звернулася до лікаря зі скаргами на болі у ділянці попереку, підвищення температури тіла до 38оС. При фізикальному обстеженні позитивний симптом Пастернацького, більше виражений справа. При лабораторному дослідженні у загальному аналізі крові: гемоглобін 115 г/л, еритроцити 3,9 10¹²/л, лейкоцити 15,2 10⁹/л, ШОЕ28 мм/год. У загальному аналізі сечі: колір світло жовтий, питома вага 1018, білок 0,42 г/л, лейкоцити 20-30 у полі зору, багато слизу. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Гострий пієлонефрит

-Гострий аднексит

-Гострий гломерулонефрит

-Тубулоінтерстиційний нефрит

-Гострий апендицит

?

Жінка 36-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на часте сечовипускання, біль у лівому боці, нудоту та підвищену температуру. При фізикальному обстеженні температура тіла 39,4°C, артеріальний тиск 120/80 мм рт.ст., пульс 89/хв., частота дихання 18/хв., SpO2 98% при кімнатному повітрі. При пальпації болючість у лівому костовертебральному куті та лівому боці. Який наступний крок лікаря у веденні пацієнтки буде найбільш доречним?

+Здати загальний аналіз сечі та виконати бактеріологічне дослідження сечі

-Призначити нітрофурантоїн перорально на 10 днів

-Призначити триметопримсульфаметоксазол на 10 днів

-Розпочати внутрішньовенне введення цефтріаксону

-Рекомендувати пройти тест на вагітність

?

Дівчина 17-ти років протягом 5-ти років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що віддає у праву лопатку, напади болю пов'язані з порушенням дієти, вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час нападу болю пальпація живота болісна, максимально в точці проекції жовчного міхура. З найбільшою імовірністю у хворого має місце:

+Дискінезія жовчовивідних шляхів

-Хронічний холецистит

-Хронічний гастродуоденіт

-Хронічний панкреатит

-Виразкова хвороба 12-палої кишки

?

Хлопець 18-ти років скаржиться на "голодні" нічні болі у животі, закрепи, печію. Хворіє більше двох років. Яке захворювання найбільш імовірне?

+Виразкова хвороба 12-палої кишки

-Гострий гастрит

-Хронічний гастрит

-Дискінезія жовчовивідних шляхів

-Виразкова хвороба шлунку

?

Хворий 28-ми років поступив у відділення інтенсивної терапії зі скаргами на болі в животі, блювання, двоїння в очах. Об'єктивно: дезорієнтований, зіниці розширені, реакція на світло ослаблена, шкіра суха, гіперемована, незначний ціаноз, АТ - 90/60 мм рт. ст., Рс - 100/хв. З анамнезу відомо, що за два дні до госпіталізації вживав алкоголь невідомого походження.

Специфічна терапія полягає у внутрішньовенному введенні:

+Етанолу

-Гідрокарбонату натрію

-40% розчину глюкози

-Тіаміну

-Есенціале

?

Жінка 35-ти років скаржиться на слабкість, часті випорожнення з домішками крові, зменшення ваги тіла на 8 кг за 6 місяців, періодично - підвищення температури до 37,8 °С. Об'єктивно: t - 37,5 °С, Рс - 86/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда, пальпаторно живіт помірно болісний. У крові: Нб 92 г/л, ШЗЕ - 35 мм/год. Колоноскопія: слизова прямої та сигмоподібної кишки зерниста, гіперемована, набрякла, нерівномірно потовщена (псевдополіпи), кровить, на її поверхні - ерозії та виразки. Яка патологія найбільш імовірно викликала ураження кишки у хворої?

+Виразковий коліт

-Хвороба Крона

-Синдром роздратованого кишечника

-Рак прямої кишки

-Поліпоз кишки

?

Хвора 45-ти років доставлена машиною швидкої допомоги зі скаргами на різку загальну слабкість, нудоту, блювання, біль у животі. Останнім часом відзначає зниження апетиту, схуднення. Об'єктивно: гіперпигментація шкіри, АТ - 70/45 мм рт. ст., брадикардія. В додаткових дослідженнях знижений вміст альдостерону, кортизолу в крові, знижена екскреція 17-КС та 17-ОКС з сечею, гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіпокаліємія. Які лікувальні заходи потрібно вжити?

+Призначення глюкокортикоїдів, мінералокортикоїдів, дієти з підвищеним вмістом кухарської солі

- Призначення дієтотерапії з підвищеним вмістом кухарської солі
- Призначення преднізолону
- Призначення альдостерону
- Призначення інсуліну

?

Пацієнт 60-ти років скаржиться на практично постійне відчуття важкості і переповнення в епігастрії, що посилюється після їжі, відрижку з тухлим запахом, іноді блювання з'їденою 1 - 2 дні тому їжею, схуднення. 12 років тому вперше виявлена виразка пілоричного каналу. Відзначав періодичні "голодні" болі, з приводу яких приймав ранітидин. Погіршення протягом 3-х місяців. Об'єктивно: визначається "шум плескоту" в епігастрії. Про яке ускладнення йдеться?

- +Стеноз пілоруса
- Пенетрація виразки шлунку
- Функціональний спазм воротаря
- Стороннє тіло шлунку (безоар)
- Малігнізація виразки шлунку

?

У дівчинки 18-ти років 2 роки тому діагностований хронічний холецистохолангіт. Дієти не дотримувалася. Стан погіршився останні 3 місяці. Відзначається підвищення температури тіла. Болі у животі нападоподібного характеру після жирної, гострої їжі. Непокій шкірний свербіж. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, печінка +3 см, пальпація болісна, позитивні міхурні симптоми. У крові: лейкоцити - $12 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 20 мм/год. Який препарат слід обов'язково включити у комплекс лікувальних заходів?

- +Антибіотики
- Гепатопротектори
- Прокінетики
- Ферменти
- Ентеросорбенти

?

Хвора 23-х років, вихователь дитсадка, скаржиться на загальну слабкість, зниження апетиту, нудоту, дискомфорт у епігастрії, темний колір сечі, ахолічний кал, жовтяницю. Захворіла 7 днів тому, коли з'явилися загальна

слабкість, зменшення апетиту, тупий біль під правою реберною дугою. Потемніла сеча, став ахолічним кал. В дитсадку мала контакт з дітьми, які хворіли на жовтяницю. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки жовтуваті, печінка збільшена на 2 - 3 см, пальпується селезінка. Який найбільш імовірний діагноз?

+Вірусний гепатит А

-Грип

-Механічна жовтяниця

-Лептоспіроз

-Інфекційний мононуклеоз

?

Хворий 19-ти років звернувся до терапевта зі скаргами на погане самопочуття, озноби, нежить, біль у м'язах та суглобах, нудоту та пронос. Просить виписати йому побільше знеболюючих та заспокійливих (трамадол або солпадеїн, котрі краще допомагають, та діазепам). Слизова зіву блідо-рожева, чиста. В легенях - везикулярне дихання. Тахікардія. Зіниці розширені, реакція на світло в'яла. На шкірі передплічч - сліди ін'єкцій. При обстеженні тримається розв'язано, роздратовано, грубий, брехливий.

Встановіть діагноз:

+Опійна наркоманія

-Залежність від знеболюючих

-Токсикоманія при зловживанні транквілізаторів

-Гостре респіраторне захворювання

-Харчова токсикоінфекція

?

Хвора 37-ми років перенесла гепатити А і В. Доставлена у важкому стані. При надходженні блювання рідкою кров'ю і згортками повним ротом. АТ 80/40 мм рт. ст. Рс - 108/хв. Живіт збільшений, безболісний. З рота "печінковий" запах. Визначте найбільш імовірне джерело кровотечі:

+Варикозні вени стравоходу і шлунку

-Гострі виразки 12-палої кишки

-Розрив слизової кардіального відділу шлунку

-Хронічна виразка шлунку

-Легенева кровотеча

?

Хвора 32-х років скаржиться на біль у епігастрії, що виникає вночі і зранку натще та через 2 години після прийому їжі, блювання "кавовою гущею", печію, періодичні запаморочення, загальну слабкість. Об'єктивно: болючість в гастродуоденальній зоні, позитивний симптом Менделя. У крові: Hb - 90 г/л; лейкоц. - $8,0 \times 10^9$ /л; ШЗЕ - 20 мм/год. Чим ускладнився перебіг захворювання?

+Шлунково - кишкова кровотеча

-Пенетрація

-Перфорація

-Стеноз

-Малігнізація

?

Жінка 63-х років скаржиться на загальну слабкість, почуття тягара, тиснення, переповнення в епігастрії, нудоту, відрижку після їжі. Хворіє біля 15 років. Об'єктивно: температура - 36,4 °C, ЧД - 20/хв, Рс - 88/хв, АТ - 115/75 мм рт. ст. Шкіра та слизові бліді. У крові: ер. - $2,0 \times 10^{12}$ /л, Hb - 100 г/л. Виявлені антитіла до обклітинкових клітин шлунку. Яка найбільш імовірна причина розвитку анемічного синдрому в даної хворої?

+Продукція антитіл до внутрішнього фактору

-Порушення синтезу гемоглобіну

-Порушення синтезу еритропоєтину

-Порушення всмоктування заліза

-Підвищена витрата заліза

?

Жінка 42-х років страждає на мікронодулярний криптогенний цироз печінки. Протягом останнього тижня стан погіршився: з'явилися судоми, затьмарення свідомості, посилилась жовтяниця. Виконання якого дослідження може пояснити причину погіршення стану?

+Визначення аміаку сироватки

-Визначення ефірів холестерину

-Визначення вмісту α - фетопроतेїну

-Визначення АлАТ та АсАТ

-Визначення рівня лужної фосфатази

?

Хвора 41-го року звернулася до лікаря на другий день захворювання зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38 – 39 °С, рідкі випорожнення до 4 - 6 разів на добу зеленуватого кольору зі слизом, повторне блювання, біль у надчеребній ділянці та біля пупка. Об'єктивно: стан середньої важкості. Шкіра бліда. Рс - 92/хв., АТ - 105 - 75 мм рт. ст. Язик обкладений. Живіт при пальпації болючий в надчеребній і правій здихвинній ділянках. Яке зобстежень найбільш імовірно підтвердить діагноз?

+Бактеріологічне дослідження випорожнень

-Копрологічне дослідження випорожнень

-Ректороманоскопія

-УЗД органів черевної порожнини

-Вірусологічні дослідження випорожнень

?

Хворого госпіталізовано з підозрою на гостру кишкову непрохідність. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

+Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

-Лапароцентез

-Лапароскопія

-УЗД

-ФГДС

?

Чоловік 24-х років скаржиться на рідкі випорожнення до 20 разів на добу з наявністю крові та слизу, тенезми, загальну слабкість, схуднення, болі у колінних суглобах. Хворіє 2 роки, захворювання перебігає з періодичними загостреннями. Об'єктивно: температура тіла 38,4 °С, ЧД - 20/хв., ЧСС - 82/хв. Сухість шкірних покривів, афтозний стоматит. Печінка +2 см. Відрізки товстого кишечника спазмовані та болісні. Який найбільш інформативний метод діагностики при цьому захворюванні?

+Колоноскопія

-Бактеріальний посів калу

-Копрограма

-Ректороманоскопія

-Іригоскопія

?

Хворий 51-го року скаржиться на відчуття важкості в епігастрії після прийому їжі, відрижку з тухлим запахом, блювання після переїдання. Довгий час хворіє на виразку пілоричного відділу шлунка з частими загостреннями. Об'єктивно: маса тіла знижена, нижня межа шлунка на 4 - 5 см нижче пупа, шум плескоту натщесерце. Яке ускладнення виразкової хвороби розвинулось у хворого?

+Пілоростеноз

-Перфорація виразки

-Перивісцерит

-Пенетрація

-Малігнізація виразки

?

У хворого цироз печінки. Останні два місяці з'явилися задишка, набряки обох ніг, асцит. Хворий приймає гепатопротектори, глюкокортикоїди. Яку комбінацію ліків найбільш доцільно додати до лікування?

+Альдактон + фуросемід

-Ліпокаїн + гіпотіазид

-Нерабол + фуросемід

-Альдактон + аскорутин

-Альбумін + аскорутин

?

У хворого 42-х років діагностована шлунково - кишкова кровотеча, що підтвердилось реакцією Грегерсена та зниженням рівня гемоглобіну до 90 г/л та кількості еритроцитів до $2,7 \times 10^{12}/л$. Загальний стан хворого задовільний. Які додаткові методи обстеження треба виконати?

+Фіброгастроуденоскопія

-Лапароскопія

-Визначення кислотності шлункового соку

-Проба Холландера

-Рентгеноскопія шлунку

?

Хворий 63-х років скаржиться на біль у правій пахвинній ділянці, здуття живота, слабкість, стійкі закрепи більше 7-ми місяців. Об'єктивно: шкіра бліда, суха. В правій пахвинній ділянці пальпується утворення 5 - 7 см., малорухоме, безболісне. Аускультативно: підсилення кишкових шумів. У крові: ер. - $2,9 \times 10^{12}/л$, Нb - 80 г/л, ШЗЕ - 32 мм/год. Кров у калі. Який найбільш імовірний діагноз?

+Рак сліпої кишки

-Хвороба Крона

-Поліп сліпої кишки

-Рак правої нирки

-Спастичний коліт

?

Хворий 50-ти років скаржиться на гострий біль у епігастральній ділянці, часте блювання, різку загальну слабкість. Хворіє впродовж 2-х діб. Об'єктивно: різка блідість шкірних покривів, язик сухий. Рс - 100/хв., слабого наповнення, АТ - 110/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в епігастрії та мезогастрії, симптомів подразнення очеревини немає. Перистальтика значно посилена у мезогастрії зліва. При оглядовій рентгенографії є чаші Клойбера зліва. Про яку патологію слід думати?

+Кишкова непрохідність

-Гострий панкреатит

-Проривна виразка 12-палої кишки

-Гострий холецистит

-Харчове отруєння

?

Жінка 57-ми років скаржиться на відчуття стиснення у стравоході, серцебиття, утруднення дихання при прийомі твердої їжі, іноді з'являється блювання повним ротом, вночі - симптом "мокрої подушки". Хворіє близько 6-ти місяців. Об'єктивно: температура - $39^{\circ}C$, зріст - 168 см, вага - 72 кг, Рс - 76/хв., АТ - 120/80 мм рт. ст. Рентгенологічно: стравохід значно розширений, у кардіальній частині - звужений. Яка патологія найбільш імовірно викликає дисфагію у хворої?

+Ахалазія кардії

-Первинний езофагоспазм

-Грижа стравохідного отвору діафрагми

-Рак стравоходу

-Рефлюкс – езофагіт

?

Жінка 43-х років висуває скарги на нестійкі випорожнення з переважанням закріпів, здуття живота та біль спастичного характеру в нижній частині живота, а також головний біль, порушення сну. Маса тіла не змінена. Яке захворювання найімовірніше зумовлює таку клінічну картину?

+Синдром подразненого товстого кишечника

-Хронічний ентерит

-Хронічний панкреатит

-Хронічний атрофічний гастрит

-Рак кишечника

?

Хворий 49-ти років скаржиться на порушення ковтання, особливо твердої їжі, гикавку, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15кг за 2,5 місяці). Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. В легенях - дихання везикулярне, тони серця достатньої звучності, діяльність ритмічна. Живіт м'який, під час пальпації безболісний. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?

+Езофагодуоденоскопія з біопсією

-Клінічний аналіз крові

-Рентгенографія органів травного тракту

-Рентгенографія за Тренделенбургом

-Дослідження шлункової секреції

?

У жінки 30-ти років хвороба виникла раптово, коли через півгодини після того, як з'їла торт з кремом, з'явились різкий біль у животі, нудота, блювання. Об'єктивно: температура 36,0 °С, шкіра бліда, ЧДР - 20/хв., Рс - 100/хв., АТ - 95/65 мм рт. ст., тони серця звучні. Язик сухий. Живіт болісний в епігастрії, симптомів подразнення очеревини немає. З якого заходу треба починати лікування?

+Промивання шлунку

-Призначення ентеросорбенту

- Введення церукалу
- Проведення внутрішньовенної регідратації
- Антибіотикотерапія

?

У хворої 60-ти років після надмірного вживання жирної їжі раптово виник біль у правому підребер'ї, нудота, блювання жовчу, різке відчуття гіркоти у роті. Через дві доби з'явилася жовтяниця, потемніла сеча. Об'єктивно: склерита шкірні покриви іктеричні, черево здуте, печінка збільшена на 3 см, м'яка, болісна під час пальпації, с-ми Ортнера, Мерфі, Кера, Захар'їна, Мейо - Робсона позитивні. Який метод необхідно використати для діагностики у першу чергу?

- +УЗД жовчного міхура та жовчної протоки
- Фіброгастродуоденоскопія
- Рентгенографія органів черевної порожнини
- Радіонуклідне сканування печінки та жовчного міхура
- Діагностична лапароскопія

?

Хворий 58-ми років скаржиться на утруднене проходження твердої їжі по стравоходу, "кашель під час вживання їжі". Вважає себе хворим впродовж чотирьох місяців. Об'єктивно: у надключичних ділянках по одному щільному лімфовузлу до 0,7 см у діаметрі. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

- +Рак стравоходу
- Лімфогранулематоз
- Трахеїт
- Езофагіт
- Пухлина середостіння

?

Хворий, що тривало харчується рафінованими продуктами, скаржиться на головний біль, втомлюваність, депресію, безсоння, дратівливість. Об'єктивно: м'язова астенія, біль і судоми у гомілкових м'язах, у ході наступає на п'ятку, потім на зовнішній край стопи. З боку серцево - судинної системи - тахікардія, гіпоксія, дистрофічні зміни серцевого м'яза. Відзначаються порушення з боку ШКТ. Який діагноз можна встановити?

- +Гіповітаміноз В1

- Гіповітаміноз В₂
- Гіповітаміноз В₁₂
- Гіповітаміноз В₆
- Гіповітаміноз В₁₅

?

У хворого 25-ти років восени з'явився біль у епігастрії, що виникає через 1,5 - 2 години після вживання їжі та вночі. Скаржиться на печію, закрепи. Біль посилюється при прийомі гострої, солоної та кислої їжі, зменшується - після застосування соди та грілки. Хворіє впродовж року. Об'єктивно: язик не обкладений, вологий. При пальпації живота - болючість у епігастрії справа, в цій же ділянці - резистентність м'язів черевного пресу. Яке захворювання найбільш імовірно?

- +Виразкова хвороба 12-палої кишки
- Хронічний холецистит
- Діафрагмальна грижа
- Виразкова хвороба шлунку
- Хронічний панкреатит

?

У хворого 47-ми років з декомпенсованим стенозом пілоричного відділу шлунка виразкового генезу з'явився судомний синдром. Назвіть найбільш імовірно патогенетичне обґрунтування цього синдрому:

- +Гіпохлоремія
- Залізодефіцитна анемія
- Гіповолемія
- Кахексія
- Ахлоргідрія

?

Хворий 47-ми років скаржиться на підвищення температури, загальну слабкість, розлитий тупий біль у животі, який посилюється перед дефекацією та стихає після неї. Випорожнення до 10 разів на добу, містять кров. Хворіє впродовж 2-х місяців. Об'єктивно: шкіра бліда, суха. Пальпація товстої кишки болюча. Сліпа кишка пальпується у вигляді тяжу. Яке обстеження найбільш інформативне для встановлення діагнозу?

- +Колоноскопія

-Ректороманоскопія

-Іригоскопія

-Фіброгастроскопія

-Оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини

?

Пацієнт 48-ми років при бужуванні стравоходу з причини рубцевої стриктури відчув різкий біль у животі. Раніше хворів на виразкову хворобу 12-ти палої кишки. При огляді: живіт різко напружений, болючий; Рс - 110/хв. Болюче ковтання слини. Блідість шкірних покривів. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Перфорація абдомінального відділу стравоходу

-Гострий інфаркт міокарда

-Защемлення діафрагмальної грижі

-Перфорація виразки 12-ти палої кишки

-Тромбоз мезентеріальних судин

?

Хвору впродовж місяця турбує біль у правому підребер'ї, гіркота у роті, слабкість, зниження маси тіла на 12 кг, періодичне блювання з домішкою жовчі. Температура тіла ввечері 37,6 °С. При сонографії: жовчний міхур 5,5х2,7 см, стінка його 0,4 см, загальна жовчна протока - 0,8 см у діаметрі. У передньому сегменті печінки наявне округле гіпоехогенне утворення до 5 см у діаметрі, поруч ще два подібних - по 1,5 см; стінки утворень до 0,3 см завтовшки. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Альвеолярний ехінокок печінки

-Рак печінки

-Абсцес печінки

-Кістозний рак печінки

-Паравезікальні абсцеси печінки

?

У хворого 32-х років, що хворіє на хронічний вірусний гепатит, скарги на тупий ниючий біль у правому підребер'ї, нудоту, сухість в роті. Об - но: розмір печінки за Курловим - 13 - 12-11 см., селезінка +2. АсАТ - 3,2 ммоль/л·год, АлАТ - 4,8 ммоль/л·год. Під час серологічного дослідження виявлений НВеАg, висока концентрація ДНК HBV. Який з наведених нижче лікарських засобів є препаратом вибору в лікуванні даного хворого?

+α - інтерферон

-Ацикловір

-Ремантадин

-Арабінозид монофосфат

-Есенціале форте

?

Хвора скаржиться на біль у епігастральній ділянці оперізуючого характеру, нудоту, багаторазове блювання, здуття черева, наростаючу слабкість. Стан тяжкий, виражена блідість шкірних покривів, Ps - 100/хв., АТ - 90/50 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений. Живіт здутий, але м'який при пальпації. Симптомів подразнення очеревини немає. У крові: лейкоц. - $26 \times 10^9/\text{л}$, амілаза - 44г/год·л. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Гострий панкреатит

-Пенетрація та кровотеча з виразки 12-ти палої кишки

-Гострий холецистит

-Гострий тромбоз мезентеріальних судин

-Гострий апендицит

?

У хворого 54-х років раптово з'явився сильний біль у надчревіній ділянці. Об'єктивно: вимушене положення тіла. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики слід застосувати для встановлення діагнозу?

+Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

-Пневмоперитонеографія

-Фіброгастродуоденоскопія

-Іригоскопія

-Контрастна рентгенографія шлунку та 12-ти палої кишки

?

У хворої 35-ти років з жовчнокам'яною хворобою після порушення виник гострий напад болю в правому підребер'ї, який припинився на 3-ю добу, але з'явилася жовтяниця, яка з кожним днем наростає. Який неінвазійний метод діагностики хвороби слід застосувати у хворої?

+Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія

- Інфузійна холецистохолангіографія
- Визначення рівня білірубіну в крові
- Дуоденальне зондування
- Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

?

Хворий 68-ми років впродовж 35-ти років хворіє на хронічний панкреатит. В останні 5 років відзначає зменшення больового синдрому, здуття живота, часті випорожнення (сіруватого кольору, блискучі, з домішками неперетравленої їжі) до 3 - 4 разів на добу, прогресуючу втрату маси тіла. Зміна симптоматики у хворого обумовлена приєднанням:

- +Зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози
- Внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози
- Синдрому лактазної недостатності
- Синдрому подразненого кишечника
- Хронічного ентероколіту

?

Хвора 64-х років скаржиться на постійний тупий біль у правій здухвинній ділянці, схуднення на 20 кг за 6 місяців, стійкі закрепи, відсутність апетиту. Об'єктивно: шкіра землистого кольору, тургор її знижений. В правій здухвинній ділянці пальпується інфільтрат 6х8 см, щільний, мало рухливий,

неболючий. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. При аускультації - посилення кишкових шумів. В крові: Hb - 80 г/л. Реакція Грегерсена - позитивна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Рак сліпої кишки
- Рак правої нирки
- Апендикулярний інфільтрат
- Заочеревинна пухлина
- Злоякісна пухлина тонкої кишки

?

Хвора 21-го року, без постійного місця проживання, скаржиться на рідкі випорожнення протягом 2-х місяців, втрату ваги на 13 кг, слабкість, постійну субфебрильну температуру, рецидивний герпес. Об'єктивно: на губах герпетичні висипання, генералізована лімфаденопатія, збільшення печінки

до 2 см. У крові: ер. - $4,4 \times 10^{12}/л$, Нb - 115 г/л, ШЗЕ - 15 мм/год, лейкоц. - $10,0 \times 10^9/л$, е. - 2%, п. - 6%, с. - 61%, л. - 17%, м. - 3%. Атипові мононуклеари - 6%. Який найбільш вірогідний діагноз?

+СНІД

-Затяжна дизентерія

-Інфекційний мононуклеоз

-Лімфогранулематоз

-Амебіаз

?

Чоловік 40 - ка років хворіє на автоімунний гепатит. В крові: А/Г коефіцієнт - 0,8, білірубін - 42 мкмоль/л, трансамінази - АЛТ - 2,3 ммоль·г/л, АСТ

1,8 ммоль·г/л. Що із перерахованого є найбільш ефективним в лікуванні?

+Глюкокортикоїди, цитостатики

-Антибактеріальні засоби

-Гепатопротектори

-Противірусні препарати

-Гемосорбція, вітамінотерапія

?

Хворий скаржиться на печію та постійний біль за грудниною. Після вживання їжі, при нахилі тулуба, виникає зригування. При рентгенологічному дослідженні виявлено: ковзка кардіофункціональна кила стравохідного отвору діафрагми, з розміщенням кардії на дні шлунка на 8 см вище діафрагми. При езофагоскопії є ознаки рефлюкс - езофагіту. Яка тактика лікування цього хворого?

+Операція в хірургічному стаціонарі

-Консервативне лікування в поліклініці

-Консервативне лікування в терапевтичному стаціонарі

-Консервативне лікування в хірургічному стаціонарі

-Санаторно - курортне лікування

?

У хворого 54-х років, який протягом 10-ти років хворіє на виразкову хворобу 12-ти палої кишки, після прийому їжі, виник гострий "кінджальний" біль в епігастрії. Об'єктивно: блідий, брадикардія, "дошкоподібний живіт", різко

позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Яку патологію запідозрить лікар швидкої допомоги?

+Проривна виразка 12-ти палої кишки

-Тромбоз кишечника

-Гостра кишкова непрохідність

-Защемлена кила

-Гострий панкреатит

?

Чоловік 65-ти років палить протягом 40 років. За останні місяці схуд на 10 кг. Скаржиться на біль у епігастральній ділянці після вживання їжі, діарею, жовтяницю. Об'єктивно: збільшений, безболісний жовчний міхур. Кал знебарвлений, глиноподібний. У крові: збільшення рівня загального та прямого білірубіну, лужної фосфатази і глютамінпіруваттрансферази. У сечі: позитивна реакція на білірубін і негативна на уробіліноген. Де розташований первинний процес, який призвів до зазначених змін?

+Підшлункова залоза

-Загальна жовчна протока

-Печінка

-Дванадцятипала кишка

-Жовчний міхур

Хворий страждає на хронічний рецидивний панкреатит з вираженим порушенням зовнішньосекреторної функції. Після вживання жирної гострої їжі, алкоголю, з'являється "масний" кал. Зниження продукції якого фактору є найбільш вірогідною причиною стеатореї?

+Ліпаза

-Трипсин

-Кислотність шлункового соку

-Амілаза

-Лужна фосфатаза

?

У 60-ти річного чоловіка розвинулась дисфагія, яка швидко прогресує протягом декількох тижнів. Відмічені втрата ваги, анемія. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Рак стравоходу
- Стороннє тіло стравоходу
- Ахалазія кардії
- Дивертикул стравоходу
- Грижа стравохідного отвору діафрагми

?

Чоловік 35 років скаржиться на біль у грудній клітці протягом декількох місяців, епізодично наявний гіркий присмак у роті. Біль локалізований за грудниною, виникає у спокої та іноді іррадіює в ший, не посилюється при фізичному навантаженні, може посилюватися після прийому алкоголю та великої кількості їжі. Стан погіршується вночі. Ковтання не порушене, маса тіла підвищена. Під час огляду змін не виявлено. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба
- Ахалазія стравоходу
- Пухлина стравоходу
- Діафрагмальна грижа
- Globus hystericus

?

Чоловік 76 років скаржиться на біль в епігастральній ділянці з періодичним блюванням протягом останніх 2 місяців. Дисфагії та блювання "кавовою гущею" не відзначалося. За цей період схуд на 5 кг, апетит знижений. Не палить, алкоголем не зловживає. Раніше у зв'язку з шлунковою диспепсією приймав антациди та інгібітори протонної помпи, в останній час ці препарати полегшення не приносять. Об'єктивно: зниженого харчування, у лівій надключичній ямці пальпується лімфатичний вузол. Печінка не збільшена. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Карцинома шлунка
- Виразка шлунка
- Пухлина стравоходу
- Пілоростеноз
- Діафрагмальна грижа

?

Жінка 76 років скаржиться на прогресуюче порушення ковтання, переважно твердої їжі, протягом останніх 6 тижнів. Іноді відзначає зригування твердими масами. Болю під час ковтання не відзначає. Схудла на 6 кг. 10 років тому перенесла інфаркт міокарда, постійно приймає аспірин та пролонговані нітрати. Алкоголь вживає помірно, палить. Об'єктивно: шкіра іктерична, шия без особливостей, лімфатичні вузли не збільшені. Грудна клітка не змінена; з боку серцево - судинної системи виражених змін немає. Печінка +3 см. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Рак стравоходу

-Діафрагмальна грижа

-Дифузне звуження стравоходу

-Міастенія

-Ахалазія стравоходу

?

Чоловік 38 років скаржиться на періодичне утруднення ковтання як твердої, так і рідкої їжі протягом багатьох місяців. Іноді виникає сильний біль за грудниною, особливо після гарячого пиття. Відзначаються напади задухи в нічний час. Вагу не втрачав. Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви звичайного забарвлення. З боку шлунково - кишкового тракту змін під час огляду не виявлено. На рентгенограмі органів грудної клітки - розширення стравоходу з рівнем рідини в ньому. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Ахалазія стравоходу

-Міастенія

-Рак стравоходу

-Кандидоз стравоходу

-Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба

?

Жінка 35 років звернулася зі скаргами на періодичний біль у навколопупковій та лівій клубовій ділянках, що зменшується після дефекації або відходження газів. Випорожнення до 6 разів на день, неоформлені, з домішками слизу. Апетит нормальний, вагу не втрачала. Схожі симптоми відзначає протягом 1,5 років, але за даними колоноскопії органічних змін не виявлено. Об'єктивно: живіт м'який, дещо болісний під час пальпації в лівій клубовій ділянці. У крові та сечі - норма. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Синдром подразненого кишечника

- Целіакія
- Хвороба Крона
- Псевдомембранозний коліт
- Диспанкреатизм

?

Жінка 46 років прокинулася о 3 годині ранку від різкого болю в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече. Неспокійна, двічі було блювання, відзначає жар та пітливість. Температура 39,0 °С. Об'єктивно: напруження м'язів живота в правому підребер'ї. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Гострий холецистит
- Виразкова хвороба
- Нестабільна стенокардія
- Жовчнокам'яна хвороба
- Доброякісна стриктура загальної жовчної протоки

?

У здорової жінки 75 років, що веде помірно активний спосіб життя, при профілактичному огляді виявлена сироваткова концентрація загального холестерину на рівні 5,1 ммоль/л (208 мг/дл) та холестерину ЛПВЩ - 70 мг/дл. ЕКГ без патології. Яка з перерахованих дієтичних рекомендацій найбільш прийнятна?

- +Ніяких змін у дієті
- Зменшення прийому холестерину
- Зменшення прийому насичених жирів
- Зменшення прийому простих вуглеводів
- Збільшення вживання клітковини

?

Хворий 20 років надійшов до клініки на 7 - й день хвороби із скаргами на жовтяничність шкіри та склер, темну сечу, одноразове блювання, зниження апетиту, підвищення температури тіла до 38,0 протягом 2-х днів. Три тижні тому на рибалці користувався одним посудом з друзями. Об'єктивно: млявий, t - 36,80, шкіра та склери жовтяничні, печінка виступає з - під краю реберної дуги на 3 см, чутлива під час пальпації; селезінка пальпаторно не визначається. Сечате м'ясна, кал частково ахолічний. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Вірусний гепатит А

-Лептоспіроз

-Інфекційний мононуклеоз

-Гемолітична анемія

-Кишковий ієрсиніоз

?

Жінка 36 років скаржиться на біль в надчеревній ділянці, що виникає після вживання їжі, нудоту, відрижку, послаблення випорожнень. Хвороба поступово прогресує біля 2 років. Об'єктивно: блідість та сухість шкіри, язик обкладений, вологий, з відбитками зубів по краях. Під час пальпації живота - розповсюджений біль у надчеревній ділянці. Який найбільш інформативний метод дослідження слід застосувати?

+Фіброгастроскопія з біопсією слизової шлунка

-Розгорнутий клінічний аналіз крові

-Рентгенологічне дослідження шлунка та кишечника

-Фракційне дослідження шлункової секреції

-Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини

?

Жінка 51 року протягом 2 років відзначає тупий, періодично гострий біль у правому підребер'ї, пов'язаний з вживанням жирної їжі, гіркоту в роті вранці, закрепи, метеоризм. Об'єктивно: надмірного харчування, $t - 36,9^{\circ}\text{C}$, язикобкладений біля кореня, живіт помірно здутий, болючий у точці проєкції жовчного міхура. Яке дослідження найбільш доцільно провести для встановлення діагнозу?

+УЗД

-Дуоденальне зондування

-Холецистографія

-Дуоденоскопія

-Сканування печінки

?

У чоловіка 42 років, що протягом 20 років хворіє на виразку дванадцятипалої кишки, з'явилося постійне відчуття важкості в шлунку після їжі, відрижка тухлим, блювання вжитою напередодні їжею, схуднення. Об'єктивно: стан відносно задовільний, тургор тканин знижений. Живіт під

час пальпації м'який, симптомів подразнення очеревини немає, "шум плеску" в епігастрії. Випорожнення 1 раз на 3 дні. Яке ускладнення найбільш відповідає стану хворого та зазначеній клініці?

+Виразковий стеноз вихідного відділу шлунка

-Прикрита перфорація виразки

-Рак шлунка

-Пенетрація виразки

-Хронічний панкреатит

?

Хворий 32 років проживає в районі ендемічному на ехінококоз. Останні 6 місяців його турбує біль у правому підребер'ї, підвищення температури. Запідозрене ехінококове ураження печінки. Який вид дослідження найбільш інформативний у такому випадку?

+Ультразвукове дослідження

-Оглядова рентгенографія черевної порожнини

-Біохімічне лабораторне дослідження

-Ангіографія

-Сканування печінки

?

Жінка 63 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, відразу до м'ясних продуктів. Два тижні тому шлункова кровотеча. Об'єктивно: $t - 37,50^{\circ}\text{C}$, ЧДР - 20/хв, Рс - 96/хв, АТ - 110/75 мм рт. ст. Під час пальпації в епігастрії - біль та напруження м'язів. У крові: Hb 82 г/л, ШЗЕ - 35 мм/год. Яке дослідження найбільш достовірно надасть змогу встановити діагноз?

+Цитологічне

-Рентгенологічне

-Ендоскопічне

-Дослідження шлункового вмісту

-Копрологічне дослідження

?

При оглядовій рентгенографії черевної порожнини в хворого визначається декілька ділянок просвітлення напівсферичної форми, розміщених над

чіткими горизонтальними рівнями. Чим зумовлена така рентгенологічна картина?

+Кишкова непрохідність

-Перфоративна виразка

-Метеоризм

-Рак товстого кишечника

-Хвороба Прайса

?

Хворий 54 років, що 4 роки тому переніс вірусний гепатит В та зловживає алкоголем, останні два місяці відзначає печію, пекучий біль за грудниною. Вранці після прийняття їжі та підняття важкості з'явилося блювання свіжою темною кров'ю. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі, Рс - 92/хв, АТ

90/60 мм рт. ст. Склери жовтяничні, живіт збільшений у розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Назвіть найбільш вірогідну причину кровотечі:

+Розрив варикозних вен стравоходу

-Синдром Малорі-Вейса

-Синдром Бадда-Кіарі

-Ахалазія стравоходу

-Виразкова хвороба 12-ти палої кишки

?

Хворий 40 років з клінічними ознаками виразкової хвороби у сполученні з важкою діареєю. В анамнезі - три виразки дванадцятипалої кишки, які часто рецидивують. Одна з виразок локалізується близько до тонкої кишки. Гастрин сироватки 200 пг/мл. Яке дослідження буде найбільш інформативним у цьому випадку?

+Тест з ін'єкцією секретину

-Колоноскопія

-Ендоскопічна ретроградна холангіографія

-КТ живота

-Рентгенографія ОЧП

?

Чоловік 60 років був доставлений до лікарні з приводу гострого панкреатиту. Лабораторні показники: Ht– 42%, лейкоц. – $14,0 \times 10^9/\text{л}$, кальцій – 2,1 ммоль/л, сечовина – 5 мг/дл, амілаза – 1000 од/л. Лабораторні аналізи, які віддзеркалюють функцію печінки, у межах норми. Після 48 годин інфузійної терапії та спостереження, який з перелічених показників має свідчити про несприятливий прогноз?

+Кальцій 1,8 ммоль/л

-АЛТ 0,72 ммоль/(год.л)

-Амілаза 2000 од/л

-Білірубін 42 мкмоль/л

-Глюкоза 12,0 ммоль/л

?

Жінка 60 років скаржиться на нестерпний біль у правому підребер'ї. В анамнезі-гострий панкреатит. Температура - 38,20. Об'єктивно: жовтяничність склер. Симптомів подразнення очеревини немає. Позитивні симптоми Ортнера, Губергриця-Скульського. Діастаза сечі - 320 г/год. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Хронічний панкреатит

-Гострий холангіт

-Хронічний холецистит

-Гострий холецистит

-Рак підшлункової залози

?

Хвора 41 року протягом 5 років страждає на неспецифічний виразковий коліт. Під час ректороманоскопії знайдено виражений запальний процес нижніх відділів кишечника, псевдополіпозні зміни слизової оболонки. У крові: лейкоц. - $9,8 \times 10^9/\text{л}$, ер. - $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, ШЗЕ - 52 мм/год. Який препарат є патогенетичним при лікуванні цієї хвороби?

+Сульфосалазин

-Мотиліум

-Вікасол

-Лінекс

-Креон

Хвора 55-ти років скаржиться на ниючий біль у епігастральній ділянці, нудоту, печію. Зазначені прояви з'явилися після лікування індометацином. Об'єктивно: живіт м'який, болючий в епігастральній ділянці. Печінка, селезінка збільшені. Відділи кишечника безболісні. Що треба здійснити в даному випадку в першу чергу?

+Відмінити індометацин

-Призначити голод на 2 дні

-Промити шлунок

-Призначити антацидні засоби

-Призначити препарати, які впливають на *Helicobacter pylori*

?

Хвора 49-ти років госпіталізована зі скаргами на слабкість, жовтяницю, свербіж шкіри. Захворіла 2,5 місяці тому. При госпіталізації значна жовтяниця. Печінка не пальпується. Жовчний міхур збільшений, безболісний. Білірубін крові - 190 мкмоль/л, за рахунок прямого. Кал ахолічний. Яка найбільш імовірна причина жовтяниці?

+Механічна жовтяниця

-Гемолітична жовтяниця

-Хвороба Жильбера

-Паренхіматозна жовтяниця

-Синдром Каролі

?

Хворий 38-ми років скаржиться на утруднене ковтання твердої їжі, яке з'явилося біля місяця тому, а в останній час і напіврідкої. Відмічає також слабкість, погіршення загального стану, зниження апетиту, втрату маси тіла, підвищення температури. Об'єктивно: шкіра суха, бліда, язик обкладений, інших відхилень не виявлено. У крові: гіпохромна анемія, підвищення ШЗЕ. Який попередній діагноз?

+Рак стравоходу

-Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба

-Склеродермія

-Рак шлунку

-Езофагіт

?

Хвора 28-ми років скаржиться на біль в правому підребер'ї та суглобах, жовтяничний колір шкіри, зниження маси ваги на 10 кг за рік, підвищення температури до 38° С. Захворювання розпочалося після пологів півроку тому. Об'єктивно: іктеричність шкіри та склер, на повіках ксантоми. Печінка +4 см, щільна, болісна, край загострений. Селезінка +2 см. У крові: АсАТ - 280 ОД/л, АлАТ - 340 ОД/л, загальний білірубін 97,6 мкмоль/л, вільний 54,6 мкмоль/л, HbsAg - не виявлений. Назвіть основний механізм патогенезу захворювання:

+Автоімунний

-Токсичне ушкодження гепатоцитів

-Жирова дистрофія печінки

-Порушення відтоку жовчі

-Вірусна інфекція

?

Хворий 47-ми років скаржиться на рецидивуючі болі у лівому підребер'ї, які можуть бути спровоковані прийомом гострої їжі. Біль віддає у спину. Відзначається втрата ваги до 3 - 5 кг у період загострення. Випорожнення нестійкі: закріп змінюється кашкоподібними випорожненнями з домішкою жирудо 3 - 5 разів на добу. Живіт болісний в епігастрії та лівому підребер'ї. Рубець після холецистектомії. Відрізки товстої кишки під час пальпації чутливі. Амілаза сечі у день госпіталізації 1024 ОД. Патогенетичне лікування хворого має включати:

+Антиферментні препарати (контрикал)

-Антибіотики для ерадикації хелікобактеріозу

-Спазмолітики (но-шпа)

-Прокінетики (метоклопрамід - церукал)

-Протизапальні засоби (аспірин)

?

Хворий 37-ми років скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який посилюється після приймання їжі, нагинанні тулуба. Два роки тому переніс операцію з приводу деструктивного панкреатиту. Об'єктивно: дефіцит маси тіла 15 кг. Рс - 80/хв. Живіт не здутий. У лівій підреберній ділянці пальпується утворення щільної консистенції, не рухоме, трохи болюче. Розміри 15x20 см, контури чіткі. В крові відхилень від норми немає. Запідозрена кіста підшлункової залози. Назвіть інструментальний метод обстеження, що дозволить встановити діагноз:

+Діагностична лапароскопія і біопсія

-УЗД

-Оглядова рентгенографія черевної порожнини

-Комп'ютерна томографія

-Поєднання УЗД та КІТ

?

Хворий 48-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на утруднене ковтання їжі, осиплість голосу, схуднення. Вказані симптоми турбують хворого протягом останніх 3-х місяців, поступово прогресують. Об'єктивно: хворий виснажений, наявні збільшені надключичні лімфовузли. Під час езофагоскопії патології стравоходу не виявлено. Яке з перелічених досліджень є найдоцільнішим в даному випадку?

+Комп'ютерна томографія органів грудної порожнини та середостіння

-Рентгенографія легень

-Поліпозиційна рентгеноскопія стравоходу

-Радіоізотопне дослідження органів грудної порожнини та середостіння

-Ультразвукове дослідження органів середостіння

?

Хворий 77-ми років близько півроку скаржиться на утруднення при проходженні їжі, різке схуднення. Останній місяць їжа проходить вільно, але з'явилася охриплість голосу, а потім потужний кашель під час приймання їжі, особливо рідкої. Підвищилась температура тіла. Госпіталізований в тяжкому стані. При рентгеноскопії грудної клітки діагностована нижньочасткова пневмонія. Який попередній діагноз?

+Рак стравоходу, стравохідно - бронхіальна нориця

-Гіпостатична пневмонія

-Рак легень з метастазами у лімфовузли середостіння

-Рак стравоходу з розповсюдженням на зворотний нерв

-Абсцедуюча нижньочасточкова пневмонія

?

Хвора 24-х років скаржиться на ниючі болі, відчуття важкості, розпирання в епігастрії після їди, раннього насичення. Описані скарги непокоять протягом 3-х років (по декілька місяців на рік), іноді пов'язані зі стресовою ситуацією. В анамнезі вегето - судинна дистонія. На ФГДС і УЗД органів черевної

порожнини органічної патології не виявлено. Провідним у патогенезі даного захворювання є:

- +Порушення моторики шлунка і 12-палої кишки
- Автоімунне запалення слизової оболонки шлунка
- Інфекційне запалення слизової оболонки шлунка
- Низький рівень шлункової секреції
- Високий рівень шлункової секреції

?

До дільничного терапевта звернувся пацієнт 45-ти років із скаргами на печію, відрижку кислим, прояви болю під час ковтання їжі, а також неможливість вживати тверду їжу. Хворий повідомив, що печія та відрижка кислим у нього спостерігаються протягом 8-ми років. Погіршення свого стану відзначає останні 3 місяці. Яке обстеження потрібно пройти пацієнту в першу чергу?

- +Фіброезофагогастродуоденоскопія
- Тест з інгібітором протонної помпи
- Добовий езофаго - рН-моніторинг
- Багатогодинний езофаго - рН-моніторинг
- Комп'ютерна томографія органів грудної клітки

?

Хворий 73-х років звернувся до лікаря зі скаргами на зростаючу слабкість, запаморочення, больові відчуття в епігастральній ділянці, відрижку. В крові: гіперхромія, помірна цитопенія. Після обстеження встановлено діагноз: В12-дефіцитна анемія. Які зміни при обстеженні шлунка з найбільшою імовірністю виявив лікар?

- +Атрофічний гастрит
- Недостатність кардії, ерозивний рефлюкс - езофагіт
- Множинні ерозії шлунка
- Поліп антрального відділу шлунка
- Гіпертрофічний гастрит

?

Чоловік 29-ти років скаржиться на щоденну печію, що виникає після їди, при нахилах вперед, в положенні лежачи, відрижку кислим, покашлювання. Вказані скарги непокоять протягом 4-х років. Об'єктивний статус і

лабораторні показники в нормі. При ФГДС виявлений катаральний езофагіт. Провідним у виникненні даного захворювання є:

+Недостатність нижнього стравохідного сфінктера

-Гіперсекреція хлоридної кислоти

Дуодено-гастральний рефлюкс

-Гіпергастринемія

-Хелікобактерна інфекція

?

Хвора скаржиться на нападоподібні болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече, які виникають після вживання смаженої їжі. Періодично відмічає підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Хворіє близько 5 років. Які обстеження необхідно провести хворій в першу чергу?

+УЗД органів черевної порожнини

-Холецистографія

-Дуоденальне зондування

-Оглядова рентгенографія

-Фіброгастродуоденоскопія

?

Хворий 28-ми років скаржиться на біль у животі ріжучого характеру. Захворів різко 1,5 години тому, коли відчув гострий біль під грудьми. До цього нічим не хворів. Об'єктивно: шкіра бліда, хворий лежить на спині. При зміні положення тіла біль загострюється. Рс70/хв, ритмічний, АТ100/60 мм рт. ст. З боку серця та легень патології немає. Язик сухий, чистий. Живіт втягнутий, не бере участі в диханні, під час пальпації різко напружений та болісний у всіх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Який найбільш імовірний діагноз?

+Перфоративна виразка шлунка

-Гострий панкреатит

-Гострий холецистит

-Гостра кишкова непрохідність

-Гострий апендицит

?

У хворої 50-ти років впродовж півтора місяця відзначається стабільне наростання жовтяниці, анемії з періодичними підйомами температури тіла.

Підчас пальпації виявлено збільшений і безболісний жовчний міхур.
Розвиток якого захворювання можна припустити?

- +Рак головки підшлункової залози
- Рак жовчного міхура
- Жовчнокам'яна хвороба
- Ехінококоз печінки
- Первинний склерозуючий холангіт

?

Хворий на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу впродовж 5-ти років періодично, за рекомендацією фармацевта, приймає препарат "що знижує кислотність". Виникли наступні побічні ефекти: остеопороз, м'язова слабкість, нездужання. Який препарат має такий побічний ефект?

- +Алюмінійвміщуючий антацид
- Інгібітор протонної помпи
- H₂-блокатор
- Метоклопрамід
- Гастроцепін

?

Хворий 52 років скаржиться на утруднення проходження їжі. Вперше дисфагічні явища помітив 6 місяців тому. За останні два місяці вони підсилились. У момент затримки у стравоході щільної їжі виникають болі за грудиною. При огляді змін у внутрішніх органах не виявлено. В аналізі крові: лейкоцитоз $11 \times 10^9/\text{л}$ без змін у формулі, ШЗЕ 57 мм/год. У сечі – сліди білка. Під час рентгенологічного дослідження стравоходу у фазі „тугого наповнення” визначається звуження просвіту стравоходу у середній третині протягом 6 см. На передній стінці виявляється дефект наповнення з нерівними контурами, задня стінка на цьому рівні нерівна. Верхня третина грудного відділу незначно розширена, має чіткі контури. Нижня третина стравоходу не змінена. Клініко - рентгенологічний діагноз?

- +Рак стравоходу
- Варикозне розширення вен стравоходу
- Рубцове звуження стравоходу
- Ахалазія стравоходу
- Спазм стравоходу

?

Хворий В., 23 роки. Об'єктивно: шкірні покрови жовті, склери іктеричні. Пульс - 66 удари за хв. АТ 120/80 мм. рт. ст. АЛТ, АСТ, тимолова проба – N. Загальний білірубін – 34 мкмоль/л за рахунок непрямого. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- +Хронічний вірусний гепатит С
- Хронічний криптогенний гепатит
- Хронічний медикаментозний гепатит
- Хронічний персистуючий гепатит
- Синдром Жильбера

?

Хворий З., 35 років, скаржиться на давлючий біль в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена помірна болісність у пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

- +Виявлення хеликобактерної інфекції в слизовій шлунку
- Виявлення автоантитіл до парієтальної клітини.
- Визначення рівня гастрину крові
- Дослідження шлункової секреції.
- Дослідження моторної функції шлунку

?

Хворий З., 55 років страждає на виразкову хворобу шлунку протягом 10 років. За останні 6 місяців схуд на 15 кг, посилилась слабкість, з'явилась анорексія, відразу до м'ясної їжі, блювота, відчуття порушення прохідності їжі. Яке найбільш вірогідне ускладнення протягом хвороби розвинулось у хворого?

- +Малігнізація
- Стеноз воротаря
- Перфорація
- Пенетрація
- Кровотеча

?

Хвору 54 років турбує біль у животі після прийому їжі, вночі, який зменшується після дефекації, проноси, які з'являються після вживання цільного молока. Об - но: живіт м'який, здутий, чутливий при пальпації в зоні Поргеса. Печінка, селезінка не збільшені. При колоноскопії - гіперемія слизової оболонки товстої кишки. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Лактазна недостатність

-Неспецифічний виразковий коліт

-Хронічний гастрит

-Функціональна діарея

-Целіакія

?

Хвора П., 20 р. Звернулась до лікаря зі скаргами на: лихоманку, біль в ділянці серця, виражену загальну слабкість, втомлюваність, біль в суглобах, появу висипки на шкірі, біль і відчуття важкості в правому підребер'ї. Скарги з'явилися після повернення з відпочинку. Об'єктивно: шкіра незначно жовтушна, геморагічна екзантема, "метелик" на обличчі. Імунологічний аналіз крові: зниження кількості Т - супресорів, вовчакові клітини, високі титри антинуклеарних антитіл, антитіла до гладкої мускулатури. Встановіть діагноз.

+Аутоімунний гепатит, тип 1

-Системний червоний вовчак

-Ревматизм

-Аутоімунний гепатит, тип 2

-Ревматоїдний артрит

?

У хворого 18 р. скарги на переймоподібний біль в животі, рідкі випорожнення до 6 разів/добу з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє впродовж року. Схуд на 10 кг. Об - но: Живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки, особливо зліва. Сигмовидна кишка спазмована. В крові: ер. – $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб – 92 г/л, лейкоц. – $10,6 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 34 мм/год. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нечіткі, симптом "водопровідної труби". Який найбільш ймовірний діагноз?

+Неспецифічний виразковий коліт

-Амебна дизентерія

-Хронічний ентероколіт

-Туберкульоз кишечника

-Хвороба Крона

?

Хвора 22 р. скаржиться на біль по всьому животу, дефекацію до 20 разів на день з домішками крові, тенезми. Об - но: схуднення, болючість по ходу товстої кишки, помірна гепато- та спленомегалія. Нь – 98 г/л, ШЗЕ – 24 мм/год, АлТ – 1,8 мкмоль/л, у калі – еритроцити, слиз у великій кількості. Який діагнозе найбільш ймовірним?

+Неспецифічний виразковий коліт

-Бацилярна дизентерія

-Амебіаз.

-Гранульоматозний коліт

-Хвороба Крона

?

Хворий, 54 років, з декомпенсованим цирозом печінки, під час обходу лікаря скаржиться на появу запаморочення, серцебиття, мерехтіння “мушок” перед очима, загальну квалість. Шкіра бліда, пульс 110/хв, АТ 90/50 мм рт. ст.. Яке ускладнення вірогідніше всього має місце у пацієнта?

+Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу

-Гепатоцелюлярна недостатність

-Печінкова енцефалопатія

-Гострий коронарний синдром

-Пароксизмальна тахікардія

?

У хворого 34 років на 3 добу лікування гострого отиту цефтріаксоном у добовій дозі 2 грами з'явився рідкий стілець 5 - 6 разів на добу. Калові маси бездомішок крові, слизу. Температура тіла 36,6 °С. Реакція Грегерсена негативна. Бактеріологічне дослідження калу не виявило патогенних мікроорганізмів. Яка найбільш характерна причина діареї?

+Антибіотикоасоційована діарея

-Дисбіоз кишківника

-Синдром надмірного бактеріального росту

-Виразковий коліт

-Хвороба Крона

?

Хворий 46 років, поступив у хірургічне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці одразу після прийому їжі. При рентгенологічному обстеженні підвищена кількість шлункового вмісту, в середній третині тіла по малій кривизні визначається "ніша" розмірами 0,4х0,6 см, оточена запальним валом, біль при пальпації черевної стінки в проекції "ніші". Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика прискорена, евакуація вмісту шлунка не змінена. Який найбільш імовірний діагноз?

+Виразкова хвороба шлунка.

-Рак тіла шлунка.

-Дивертикул шлунка.

-Хронічний ерозивний гастрит.

-Компенсований стеноз воротаря.

?

У хворого 35 років після 4-х місячного лікування тубазидом з'явилися: адинамія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї. Печінка збільшена. В крові підвищена активність ферментів АЛТ - в три рази, АСТ - в два рази. Білірубін крові - 122мкмоль/л (кон'югований - 82, некон'югований - 40). HBs - антиген не виявлений. Про яке захворювання іде мова?

+Гострий медикаментозний гепатит

-Цироз печінки (біліарний)

-Гострий вірусний гепатит

-Хронічний автоімунний гепатит

-Калькульозний холецистит

?

Хворий 35 років скаржиться на ниючий біль в правому підребер'ї, нудоту, зниження апетиту. Початок захворювання пов'язує з апендектомією. Після неї через 2 місяці вперше з'явилася жовтяниця. Лікувався в інфекційному відділенні. Через рік став помічати ниючий біль в правому підребер'ї, в аналізах підвищення рівню білірубіну. Ваш діагноз?

+Хронічний вірусний гепатит

-Калькульозний холецистит

-Хвороба Жильбера

-Гострий вірусний гепатит

-Хронічний холангіт

?

Хвора 42 років скаржиться на різку слабкість, значне схуднення, посилене випадіння волосся, кровоточивість ясен, порушення менструального циклу, біль в кістках та м'язах, рідкий стілець (5 - 10 раз на добу), здуття живота, бурчання. Хворіє з дитинства. Об - но: язик вологий, сосочки згладжені, живіт помірно роздутий, більше навколо пупка. Дані копрограми: виявлено багато жирних кислот, сполучнотканинні волокна, клітковина. Діагноз:

+Хронічний ентерит

-Хронічний коліт

-Хвороба Кона

-Синдром подразненої товстої кишки

-Неспецифічний виразковий коліт

?

Хворий 52 р. скаржиться на кроваве блювання, важкість в правому підребер'ї, відсутність апетиту, слабкість. Зловживає алкоголем. Об - но: пониженого відживлення, іктеричність склер, шкіри, на шкірі обличчя - судинні "зірочки", асцит розширення вен передньої черевної стінки. Печінка виступає на 4 см, селезінка – на 3 см з під реберної дуги. Що є ймовірною причиною кровотечі?

+Цироз печінки.

-Ерозивний езофагіт

-Пухлина стравоходу

-Синдром Мерфі - Вейса

-Тромбоз воротної вени

?

Хворий, 46 років, скаржиться на блювоту свіжою кров'ю. В анамнезі алкогольний цироз печінки. Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита холодним потом. АТ – 80/40 мм. рт. ст. ЧСС – 120/хв. Терапевтична тактика.

+Гемостатична терапія

-Призначення кордіаміну

-Введення серцевих глікозидів

-Введення осмотичних діуретиків

-Введення глюкокортикоїдів

?

Хворий, 47 років, скаржиться на виражену загальну слабкість, пітливість, серцебиття, які виникають через 10 хвилин після вживання їжі. В анамнезі 2 роки тому резекція шлунку за Більрот II. Яке ускладнення найбільш вірогідно виникло у хворого?

+Демпінг - синдром

-Гастрит кукси шлунка

-Пептична виразка анастомозу

-Хронічний панкреатит

-Агастральна астенія

?

Хвора Н., 32 р., скаржиться на біль в епігастрії, що виникає вночі і зранку натще, та через 2 год. після прийому їжі, блювоту „кавовою гущею”, печію, періодичні запаморочення, загальну слабкість. Об - но: болючість в гастродуоденальній зоні, позитивний с - м Менделя. ЗАК: Hb - 90 г/л; Le - $8,0 \times 10^9$ /л; ШЗЕ - 20 мм/год; Чим ускладнився перебіг захворювання?

+Шлунково - кишкова кровотеча

-Пенетрація

-Перфорація

-Стеноз

-Малігнізація

?

Пацієнту 42 років з приводу гострої пневмонії був призначений ампіцилін. На 10 день лікування з'явилися рідкі випорожнення 5 - 6 разів на добу з домішками слизу та крові, біль в животі спастичного характеру. Об'єктивно: температура 38,2 °C, метеоризм і бурчання в животі, спазм сигмовидної кишки. Який збудник викликав діарею:

+Clostridium difficile

-Antamoeba hystlitica

-Shigella flexneri

-Clostridium botulini

-Salmonella enteritidis

?

Хворий М, 34 років, поступив до лікарні зі скаргами на водянисті випорожнення до 10 разів на добу з домішками слизу та крові, болі постійного та переймоподібного характеру в животі, температуру 39 оС, загальну слабкість. На протязі місяця отримував кліндаміцин з приводу остеомієліту. При проведенні ректороманоскопії виявлені біло - жовтого кольору нальоти на тлі набряку та гіперемії слизової оболонки сигмоподібної та прямої кишок.

+Псевдомембранозний коліт

-Кишковий амебіаз

-Неспецифічний виразковий коліт

-Гострий шигельоз

-Хвороба Крона

?

Хворий В., 51 року, скаржиться на відрижку, зригування шлунковим вмістом, печію, яка посилюється при нахилі тулуба або у горизонтальному положенні, а також за грудиною болі. 5 років тому діагностована жовчо - кам'яна хвороба, 4 роки тому - з'явилися зригування, відчуття кислого в роті, яке посилювалося при нахилах. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Живіт м'який, чутливий у зоні проекції жовчного міхура. Печінка, селезінка – фізіологічна норма. Який Ваш попередній діагноз ?

+Грижа стравохідного отвору діафрагми

-Хронічний гастрит С

-Хронічний панкреатит

-Виразкова хвороба шлунка

-Дискінезія жовчовивідної системи

?

Хворий Б., 54 років, скаржиться на напади загальної слабкості, запаморочення, сонливість, непереборне бажання лягти відразу після ситної їжі. Дані скарги з'явилися після резекції шлунка. Об'єктивно: шкірні покрови блідні, вологі. Відмічається тахікардія та зниження артеріального тиску. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

+Демпінг - синдром

-Пострезекційний рефлюкс - гастрит

-Синдром петлі, що приводить

-Синдром петлі, що відводить

- Постгастрорезекційний рефлюкс - езофагіт

?

Хвора Р., скаржиться на приступоподібні болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече, які виникають після вживання, смаженої їжі.Періодично відмічає підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Хворіє біля 5 років. Які обстеження необхідно провести хворій в першу чергу?

+УЗД органів черевної порожнини

-Холецистографію

-Дуоденальне зондування

-Оглядову рентгенограму

-Фіброгастродуоденоскопія

?

Хворий Т. 60 років, скаржився в анамнезі на біль у надчеревній ділянці і в правому підребер'ї, не пов'язаний з прийманням їжі, свербіння шкіри, носові кровотечі, кровоточивість ясен, поступив в реанімаційне відділення з кровотечею з стравоходу. Яка найбільш вірогідна причина кровотечі?

+Цироз печінки

-Ерозивний езофагіт

-Рак стравоходу

-Виразкова хвороба

-Ахалазія стравоходу

?

Пацієнт 58-ми років, працював вантажником, періодично скаржиться на печію, регургітацію, пекучий біль в нижній частині грудни, здуття живота. 2 тижні тому після фізичного навантаження появилось відчуття стороннього тіла і посиленого тиску в животі в положенні лежачи, а також при нахилах і після їди. Ваш попередній діагноз?

+Кила стравохідного отвору діафрагми

-Дивертикул стравоходу

-Рефлюкс - езофагіт

-Дискінезія стравоходу

-Ахалазія стравоходу

?

Хворий С. 51 р., скаржиться на блювання з домішками крові,. Зловживав алкоголем. Хворіє з 40 років, коли вперше виникла жовтяниця. При огляді: шкіра та видимі слизові жовтушні, "судинні зірочки". Зниженого живлення. Живіт збільшений в об'ємі, пупочна кила, асцит. Край печінки гострий, неболючий, + 3 см в, селезінка + 2 см.. Ан. крові: Hb – 80 г/л, лейкоц. – 3×10^9 /г, тромбоц. – 85×10^9 /г. Причиною портальної гіпертензії у хворого є:

+Цироз печінки

-Тромбоз вени селезінки

-Гемохроматоз

-Констриктивний перикардит

-Синдром Бадда - Кіарі

?

Хворий С. 30 років, лікувався з приводу пневмонії антибіотиками. Через тиждень появився головний біль, відсутність апетиту, стілець до 10 - 15 разів на добу, переважно вранці, з виділенням рідких випорожнень та слизу, щосупроводжуються переймоподібним болем в животі. Об'єктивно: живіт здутий, чутливий при пальпації по ходу товстої кишки. Колоноскопія: слизова оболонка гіперемована, набрякла, вкрита слизом, місцями кишка спазмована. Вкажіть попередній діагноз.

+Псевдомембранозний коліт

-Синдром подразненої товстої кишки

-Неспецифічний виразковий коліт

-Хвороба Крона

-Дизентерія

?

Хворий 27 років, страждає виразковою хворобою 5 років. Останній місяць скаржився на біль в епігастральній ділянці, який виникає через 1 годину після їжі, печію, закрепи. В останні дні з'явилась загальна слабкість, головокружіння., потемніння калу. Об'єктивно: блідість шкіри, обкладений язик, вологий. Пульс 86 ударів за хвилину, АТ - 100/60 мм. рт. ст. Живіт м'який, незначно болючий в пілородуоденальній ділянці. Тактика дільничного лікаря?

+Госпіталізація в хірургічне відділення стаціонару.

- Спостереження. Не призначати лікування.
- Госпіталізація в терапевтичне відділення
- Направлення на консультацію до гастроентеролога
- Амбулаторне лікування

?

Чоловік 52 років знаходився на лікуванні у стаціонарі з приводу загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, яка ускладнилась кровотечею. Який препарат доцільно використати для вторинної профілактики рецидивів виразкової хвороби після виписки хворого з стаціонару?

- +Ранітидин
- Альмагель
- Платифілін
- Атропін
- Солкосеріл

?

Чоловік 38 років скаржиться на схваткоподібний біль у лівій здухвинній ділянці й часте рідке випорожнення 6 - 10 разів на добу з кров'ю та гноєм, загальну слабкість, втрату маси тіла, високу температуру. Хворіє понад 5 років. Об'єктивно: температура - 37,4 °С, ЧДР - 20/хв., пульс - 108/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Тони серця приглушені, над верхівкою - систолічний шум. Живіт при пальпації болючий у лівій здухвинній ділянці. Печінка +2 см. В крові: Нb - 80г/л; еритроцити - $3,5 \times 10^{12}$ /л; ШЗЕ - 34 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

- +Неспецифічний виразковий коліт
- Хронічний ентерит
- Хвороба Крона
- Поліпоз кишечника
- Рак кишечника

?

У хворої 23 років ниючий біль в правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, пониження апетиту. 3 роки тому була апендектомія. Через 2 місяці після неї вперше появилась жовтяниця з приводу якої лікувалася в інфекційній лікарні. В даний час при обстеженні збільшена на 2 см печінка

В крові: прямий білірубін 36 мкмоль/л., АЛТ 135 Од. Яке захворювання у хворої?

- +Хронічний гепатит В
- Хронічний холангіт
- Хронічний холецистит
- Доброякісна жовтуха Жильбера
- Цироз печінки

?

У хворого 45 років діарея 6 - 8 раз на добу з виділенням несформованих фекалій з вмістом слизу, крові та гною, Т - 37,6 °С, болі при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх і внутрішніх нориць. Виставлений діагноз хвороба Крона. Яка ознака відрізняє дану хворобу від неспецифічного виразкового коліту?

- +Нориці
- Діарея
- Болі при пальпації
- Кров у калі
- Лихоманка

?

У чоловіка 26 років скарги на переймистий біль у животі, часте рідке випорожнення з домішками слизу та крові. Хворіє протягом 3 років, схуд на 14 кг. Об - но: Пульс – 96/хв, АТ - 110/70 мм. рт. ст., t – 37,6 °С. Живіт м'який, болючий при пальпації по ходу товстого кишечника, особливо зліва. Іригоскопія

– товста кишка звужена, гаус три відсутні, контури нерівні, нечіткі. Який діагнознайбільш імовірний?

- +Неспецифічний виразковий коліт
- Туберкульоз кишечника
- Амебна дизентерія
- Хвороба Крона
- Синдром подразненої товстої кишки

?

У пацієнта П., 37 років після приймання жирної їжі, раптово з'явився різкий біль у правому підребер'ї. Заподозрено гострий холецистит. Назвіть основний метод первинного обстеження пацієнтів

+Ультразвуковий

-Рентгенологічний

-Радіонуклідний

-Магнітно - резонансний

-Термографічний

?

Жінка 32 роки, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який з'являється через 2 години після їжі, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. Об'єктивно: Субіктеричність склер. Живіт болючий при пальпації точці Губергриця-Скульського. Печінка біля краю реберної дуги У крові амілаза 288 ммоль/л, загальний білірубін – 20 мкмоль/л. Яке захворювання найбільш ймовірно?

+Хронічний панкреатит

-Хронічний гепатит

-Хронічний ентероколіт

-Хронічний холецистит

-Хронічний гастрит

?

Жінка 32 років перенесла гостру форму вірусного гепатиту В. Протягом двох місяців при проведенні контролю виявляється висока концентрація HBV - ДНК. Яка тактика ведення хворої?

+Призначити препарати інтерферону

-Призначити гепатопротектори

-Призначити глюкокортикоїди

-Призначити жовчогінні препарати

-Призначити вітаміни групи В

?

Хвора 41 року скаржиться на часте рідке випорожнення (10 - 12 раз на добу) з домішками слизу і крові, біль у нижній частині живота, схуднення. Хворіє 2 роки. Діагнози гострих інфекційних захворювань виключені. Шкіра

брезкла, суха. Язик червоний, живіт м'який, пальпація сигмовидної кишки болюча. Фіброкопоскопія: в ділянці сигмовидної кишки слизова оболонка бліда, з ділянками псевдополіпозних розростань, плоскі, поверхневі виразки. Який попередній діагноз?

+Неспецифічний виразковий коліт

-Хронічний коліт

-Хронічний панкреатит

-Хвороба Крона

-Поліпоз кишечника

?

Хвора 35 років прокинулася вночі від раптового, різкого болю в правому підребер'ї, що іррадіював в праву лопатку. Біль супроводжувався нудотою та повторним блюванням. Симптоми Кера та Мерфі позитивні. Що з переліченого є найбільш ефективним для купіювання нападу?

+Морфін

-Анестезин

-Метоклопрамід

-Папаверин

-Атропін

?

Чоловік 55 років протягом 1,5 років спостерігається з приводу вірусного цирозу печінки з явищами портальної гіпертензії. За останній місяць посилилась слабкість, з'явилася блювота кольору кавової гущі. При фіброгастроудоденоскопії виявлена кровотеча з розширених вен стравоходу. Який препарат необхідно використати для зниження тиску у воротній вені?

+Вазопресин

-Резерпин

-Глюконат кальцію

-Дицинон

-Фуросемід

?

Жінка 37 років звернулася до лікаря з приводу загострення хронічного гепатиту. В крові знайдено підвищення рівня непрямого білірубіну, АСТ, АЛТ

та зниження рівня альбуміна і протромбіну. Який з патологічних процесів найбільш ймовірно обумовив ці зміни?

- +Цитоліз
- Холестаз
- Портальна гіпертензія
- Гіперспленізм
- Порушення гемостазу
- ?

Жінка 57 років скаржиться на відчуття здавлення у стравоході, серцебиття, утруднення дихання при прийомі твердої їжі; іноді з'являється блювота повним ротом, вночі – симптом „микрої подушки”. Хворіє біля 6 місяців. Об'єктивно: Т – 36,5 °С, зріст – 168 см, вага – 72 кг, пульс – 76 уд./хв., АТ – 120/80 мм рт. ст. Рентгенологічно: стравохід значно розширений, у кардіальній частині – звужений. Яка патологія найбільш імовірно викликала дисфагію у хворої?

- +Ахалазія кардії
- Первинний езофагоспазм
- Грижа стравохідного отвору діафрагми
- Рак стравоходу
- Рефлюкс – езофагіт
- ?

Хворий 42 років скаржиться на постійний біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в спину, нудоту, блювання, печію. Хворіє на виразкову хворобу duodenum протягом 20 років. Об - но: пониженого харчування, язик обкладений, вологий. Живіт напружений, болючий при пальпації в пілородуоденальній зоні. (+) с - м Образцова. Субфебрилітет. Ан. крові: лейкоц - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 24 мм/год. Рентгенологічно: в цибулині duodenum занурена трьохшарова ніша 0,7х1,0 см. Реакція Грегерсена (-). Яке ускладнення має місцев даному випадку?

- +Пенетрація
- Перфорація
- Кровотеча
- Малігнізація
- Стеноз воротаря

?

Хвора 41 р. скаржиться на біль у епігастрії після фізичного навантаження, печію, тривалу гикавку, посилену саливацію. Об - но: ознаки гіпохромної анемії, позитивна реакція на приховану кров. Рентгенографія шлунка у положенні хворого вниз головою - йде поступлення барієвої суміші у кардіальний відділ шлунка. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- +Кила стравохідного отвору діафрагми
- Гастрит із зниженою кислотоутворюючою функцією шлунка
- Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба
- Виразкова хвороба
- Дуодено-гастральний рефлюкс

?

Хворий страждає на виразкову хворобу шлунка більше 15 років, неодноразово лікувався з приводу загострень. Упродовж року відмічає відчуття важкості у шлунку, відрижку з неприємним запахом. За останні три дні декількараз було блювання з'їденою неперевареною їжею. Який з наведених методів дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

- +Рентгенологічне дослідження
- Ультразвукове дослідження
- рН-метрія
- Багатоетапне дуоденальне зондування
- Дослідження на наявність *Helicobacter pylori*

?

Хворий 68-ми років впродовж 35-ти років страждає на хронічний панкреатит. В останні 5 років відмічає зменшення больового синдрому, здуття живота, часті випорожнення (сіруватого кольору, блискучі, з домішками неперетравленої їжі) до 3 - 4 разів на добу, прогресуючу втрату ваги тіла. Зміна симптоматики в хворого обумовлена приєднанням:

- +Зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози
- Внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози
- Синдрому лактазної недостатності
- Синдрому подразненого кишківника
- Хронічного ентероколіту

?

Хворий скаржиться на відчуття важкості за грудниною та періодичне відчуття зупинки їжі, дисфагію. При рентгенологічному обстеженні барієвий контраст виявляє поодинокі мішкоподібне випинання передньоправої стінки стравоходу з рівними контурами та чітко окресленою шийкою. Ваш діагноз.

+Дивертикул стравоходу

-Рак стравоходу

-Кила стравохідного отвору діафрагми

-Варикозне розширення вен стравоходу

-Поліп стравоходу

?

У хворого 18 років розвинулася жовтяниця. Після обстеження діагностовано синдром Жільбера-Мейленграхта. З чим пов'язаний механізм розвитку жовтяниці у хворого?

+Недостатністю глюкуронілтрансфери

-Недостатністю глютаматтрансфери

-Внутрішньосудинним гемолізом

-Обтурацією загальної жовчної протоки

-Недостатністю тирозинсульфотрансфери

?

Хворий 43-х років, слюсар - сантехнік, скаржиться на блювоту згустками крові, слабкість, запаморочення. Об - но: шкіра бліда, тони серця приглушені, ЧСС - 104 за хв, АТ - 100/50 мм. рт. ст. Живіт роздутий, печінка +5см з щільним загостреним краєм, безболісна, селезінка на 2 см виступає з - під краю реберної дуги. ФГДС - розширення вен нижньої третини стравоходу зі згустками крові. Для профілактики розвинувся ускладнення хворому було необхідно тривало застосовувати:

+Нітрати пролонгованої дії (нітросорбід)

-Гепатопротектори (силімарин)

-Глюкокортикостероїди (преднізолон)

-Антиоксиданти (вітамін Е)

-Антациди (альмагель)

?

У хворого 40 років із гострим вірусним гепатитом В на 10 день стаціонарного лікування різко погіршився загальний стан - з'явилися нудота, повторне блювання, посилився біль у правому підребер'ї, наросли жовтяниця склер та шкіри. В крові лейкоцитоз, гіпербілірубінемія з переважанням непрямой фракції. Яке ускладнення розвинулося?

- +Печінкова енцефалопатія
- Загострення холециститу
- Ниркова недостатність
- Обтураційна жовтяниця
- Внутрішньопечінковий холестаза

?

Хворий 54-х років скаржиться на постійний тупий біль у мезогастральній ділянці, втрату ваги, домішки темної крові в калі, закрепи. Протягом року втрата ваги до 10 кг. В крові: ер. - $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 87г/л, лейкоц. - $12,6 \times 10^9/л$, паличко - ядерний зсув, ШЗЕ - 43 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Рак поперечно - ободової кишки
- Виразкова хвороба шлунка
- Хронічний коліт
- Хронічний панкреатит
- Рак шлунку

?

Хворий М. 40 років поступив в гастроентерологічне відділення зі скаргами на свербіння шкірних покривів, жовтяницю, важкість у правому підребер'ї, слабкість. Об'єктивно: шкірні покриви жовтяничним, сліди розчісувань, печінка + 5 см, селезінка 6х8 см. У крові: лужна фосфатаза - 2,0 ммоль/год • л, загальний білірубін 60 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Який провідний синдром можна виділити у хворого?

- +Холестатичний
- Цитолітичним
- Мезенхімально - запальний
- Астенічний
- Печінково - клітинної недостатності

?

У хворого 25-ти років восени з'явилися болі в епігастрії, що виникають через 1,5 - 2 год. після їди, і вночі, печію, закрепи. Болі посилюються при прийомі гострої, соленої і кислої їжі, зменшуються - після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Язик не обкладений, вологий. При пальпації живота - болючість в епігастрії справа, в цій же ділянці - резистентність м'язів черевного пресу. Яке захворювання найбільш ймовірно?

+Виразкова хвороба 12-палої кишки

-Хронічний холецистит

-Діафрагмальна грижа

-Виразкова хвороба шлунка

-Хронічний панкреатит

?

Хвора 50-ти років протягом року страждає приступами болів в правому підребер'ї, які виникають переважно після жирної їжі. Останній тиждень приступи повторювались щодня, стали більш болючими. На 3 - й день перебування в стаціонарі з'явилися жовтушність склер та шкіри, світлий стілець і темна сеча. Аналіз крові: Hb - 128 г/л, ретикулоцити - 2%, нейтрофільний лейкоцитоз ($13,1 \times 10^9/\text{л}$), ШЗЕ - 28 мм/г. Що є найбільш ймовірною причиною жовтяниці?

+Жовчо - кам'яна хвороба.

-Хронічний панкреатит

-Хронічний холестатичний гепатит.

-Гемолітична анемія.

-Гострий вірусний гепатит

?

Хвора С., 51 року, скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї та епігастрії, нудоту, зниження апетиту протягом останніх 6 місяців. В анамнезі виразкова хвороба шлунку. Об - но: вага знижена. Пульс – 70 на хвилину. АТ – 120/70 мм. рт. ст. Розлита болючість та резистентність м'язів в епігастрії при пальпації. Над лівою ключицею пальпується щільний лімфатичний вузол розміром 1х1 см. Який метод дослідження буде найбільш доцільним?

+Езофагогастродуоденоскопія з біопсією

-Ультразвукове органів черевної порожнини

-рН-метрія

-Уреазний тест

-Рентгенографія шлунку

?

Чоловік 32-х років скаржиться на печію та ниючий біль в надчерев'ї через 2 - 3 години після прийому їжі. Загострення - весною та восени. Харчова непереносимість яєць та риби. Об'єктивно: при пальпації живота - болісність у гастродуоденальній ділянці. ЕФГДС: виразка 5 мм на передній стінці дванадцятипалої кишки. Позитивний уреазний тест. Який найбільш вірогідний ведучий механізм розвитку захворювання?

+Хелікобактерна інфекція

-Харчова алергія

-Продукція ауто - антитіл

-Зниження синтезу простагландинів

-Порушення моторики шлунка

?

Хвора 37 років скаржиться на різкий біль, який виник раптово у правому підребер'ї, а потім швидко розповсюдився на весь живіт. Живіт втягнутий, пальпація його болюча, симптом Блюмберга-Щоткіна позитивний. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини, виконаній у вертикальному положенні хворої, визначається серповидне просвітлення під куполом діафрагми. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Перфорація виразки шлунка

-Гострий холецистит

-Гострий апендицит

-Печінкова коліка

-Гостра кишкова непрохідність

?

Хворий 55 років скаржився на здуття і бурчання в животі, підвищений відходження газів, рідкий стілець пінистого характеру з кислим запахом, які з'являються після вживання страв на молоці. Як іменується даний симптомокомплекс?

+Синдром бродильної диспепсії

-Синдром гнильної диспепсії

-Синдром жирової диспепсії

-Синдром дискінезії

-Синдром мальабсорбції

?

Хворий страждає на хронічний рецидивуючий панкреатит з вираженим порушенням зовнішньосекреторної функції. Після вживання жирної гострої їжі, алкоголю, з'являється "масний" кал. Зниження продукції якого фактору є найбільш вірогідною причиною стеатореї?

+Ліпази

-Трипсину

-Кислотності шлункового соку

-Амілази

-Лужної фосфатази

?

Підліток 16 років скаржиться на періодично виникаючі слабкість, запаморочення, відчуття тяжкості в лівому підребер'ї. Шкірні покриви і видимі слизові жовтяничним. Баштовий череп. Печінка + 2 см, нижній полюс селезінки на рівні пупка. У крові: ер. - $2,7 \times 10^{12}/л$, Нb - 88г/л, лейкоц. - $5,6 \times 10^9/л$, ШЗЕ - 15мм/ч. Вкажіть найбільш ймовірне зміна рівня білірубіну у даного хворого.

+Підвищення вільного білірубіну

-Підвищення зв'язаного білірубіну

-Підвищення пов'язаного і вільного білірубіну

-Зниження зв'язаного білірубіну

-Зниження вільного білірубіну

?

Жінка 41 року протягом 8 років хворіє на хронічний холецистит. Турбує майже постійний монотонний ниючий біль або відчуття тяжкості у правому підребер'ї, гіркота у роті зранку, закреп. Під час пальпації живота відмічається невелика болючість у точці проекції жовчного міхура. Об'єм міхура після жовчогінного сніданку зменшився лише на 15 % (за даними УЗД). Призначення яких лікарських засобів найбільш доцільне?

+Холекінетиків

-Периферичних М-холінолітиків

-Міотропних спазмолітиків

-Ненаркотичних анальгетиків

-Холеретиків

?

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

+Копрограма

-Пероральна холецистографія

-Ретроградна панкреатографія

-ЕФГДС

-УЗД органів черевної порожнини

?

У хворого з явищами порушеного харчування, стеатореї, через 4 години після їжі виникають болі в животі, особливо вище пупка і лівіше. Проноси можуть змінитися запором по 3 - 5 днів. Пальпаторно - помірна болючість в холедохопанкреатичній зоні. Рівень амілази в крові не підвищується. Рентгенологічно виявлено кальцинати, розташована вище пупка. Який попередній діагноз?

+Хронічний панкреатит

-Хронічний гастродуоденіт

-Виразка 12-ти палої кишки

-Синдром Цоллінгер-Еллісона

-Хронічний калькульозний холецистит

?

Жінка 32 років протягом 2-х років відмічає періодичний приступоподібний біль у правому підребер'ї, який знімався но-шпою. Біль не завжди пов'язаний з прийняттям їжі, іноді він з'являється при хвилюванні, супроводжується болем в серці, серцебиттям. Об'єктивно: емоційно лабільна, при пальпації живота відмічається невелика болючість у ділянці жовчного міхура. Яка найбільш вірогідна патологія зумовлює таку картину?

+Дискінезія жовчних шляхів

-Хронічний холецистит

-Хронічний холангіт

-Хронічний панкреатит

-Дуоденіт

?

Жінка 52 років протягом 2 років відмічає тупий, періодично гострий біль у правому підребер'ї, пов'язаний з прийомом жирної їжі, гіркоту в роті вранці, закрепи, метеоризм. Об'єктивно: надмірного харчування, температура тіла - 36,9°C, язик при корені обкладений, живіт помірно здутий, болючий у точці проекції жовчного міхура. Яке дослідження найбільш доцільно провести для встановлення діагнозу?

+УЗД

-Дуоденальне зондування

-Холецистографію

-Дуоденоскопію

-Сканування печінки

?

У юнака 18 років вперше діагностовано виразку цибулини ДПК. Тест на *Helicobacter pylori* – позитивний. рН шлункового соку – 1,0. Яка схема лікування є найбільш доцільною в даному випадку ?

+Кларітроміцин+омепразол

-Квамател+амоксацилін

-Денол+трихопол

-Омепразол+оксацилін

-Денол+циметидин

?

Жінка 35 років поступила в клініку зі скаргами на болі в епігастрії, які виникають через 1 - 1,5 год після прийому їжі, печію, блювання, яке приносить полегшення. Об'єктивно: язик обкладений білим нашаруванням, живіт м'який, болючий в епігастральній ділянці. Спостерігаються позитивні симптоми Менделя, Образцова - Стражеска. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним для встановлення діагнозу ?

+Езофагогастродуоденоскопія

-РН - метрія

-Ультразвукове дослідження

-Рентгеноскопія шлунка

-Колоноскопія

?

Хворий 24 роки звернувся в поліклініку зі скаргами на болі в епігастрії через 1 - 1,5 год після їжі, нічні болі, часту блювоту, яка дає полегшення. Багато курить, випиває. Об'єктивно: язик чистий. При поверхневій пальпації черева виявлений м'язовий дефанс, болі справа вище пупка. Лабораторно: реакція на приховану кров у калі позитивна. Який найбільш імовірний діагноз?

+Виразкова хвороба

-Хронічний гастрит

-Хронічний холецистит

-Хронічний ентерит

-Хронічний коліт

?

Хворий С., 23 років скаржиться на тупий біль, відчуття важкості та розпирання в епігастрії одразу після їжі, відрижку тухлим, сухість у роті, нудоту, більш натщесерце, проноси. Об'єктивно: шкіра бліда, в міру схудлий. Живіт під час пальпації м'який, відмічається біль в епігастрії. Печінка не виступає з – під краю реберної дуги. В крові - Hb - 110 г/л, еритроц. - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоцитарна формула - без змін. ШЗЕ - 16 мм/год. Яке найбільш інформативне дослідження допоможе встановити діагноз?

+Езофагогастродуоденоскопія

-Рентгенографія органів травлення

-Дослідження шлункового соку

-рН-метрія

-Дуоденальне зондування

?

Хворий П., 36 років скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювоту, яка не приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато курить. Об'єктивно: зниженого харчування. Шкіра бліда і суха. Язик з білим на шаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шофара, Губергриця - Скульського, точках

Дежардена, Мейо - Робсона. Про яке захворювання можна подумати в першу чергу?

+Хронічний панкреатит

-Хронічний холецистит

-Виразкова хвороба

-Хронічний гастродуоденіт

-Хронічний ентероколіт

?

Хвора К., 34 роки, скаржиться на ниючий біль у правому підребер'ї, який посилюється після прийому жирної і смаженої їжі, гіркоту у роті, відрижку гірким. Хворіє 9 років. Об'єктивно: підвищене харчування, шкіра звичайного кольору. Відзначається помірний біль у правому підребер'ї, позитивний симптом Мюсі, Георгієвського. Печінка не збільшена. Багатомоментне фракційне дуоденальне зондування: видобута жовч з міхура кількістю 85 мл на протязі 55 хвилин, при мікроскопії - лейкоцити. Назвіть найбільш вірогідний діагноз:

+Хронічний холецистит з дискінезією по гіпомоторному типу

-Жовчнокам'яна хвороба

-Дискінезія жовчного міхура

-Хронічний холецистит з дискінезією по гіпермоторному типу

-Рак жовчного міхура

?

Хворий К., 49 років, скаржиться на порушення ковтання особливо твердої їжі, ікоту, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15 кг за 2,5 місяці) Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. Легені - дихання везикулярне, тони серця достатньої звучності, діяльність ритмічна. Живіт м'який, при пальпації болю нема. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?

+Езофагодуоденоскопія з біопсією

-Клінічний аналіз крові

-Рентгенографія органів шлункового тракту

-Рентгенографія по Тределенбургу

-Дослідження шлункової секреції

?

Хворого Н., 35 років, доставили до стаціонару у тяжкому стані. Адинамія, дезорієнтація, інверсія сну. Інтенсивна жовтяниця склер, шкіри, геморагії на шкірі, скорочення розмірів печінки. У хворого сильна нудота, повторні блювання, другу добу біль животі. Анорексія. Хворіє 6 - й день.

Захворювання почалося гостро з підвищення температури до 38°C, болю в суглобах, слабкості, зниження апетиту. Приймав анальгетики. На другий день потемніла сеча, на третій - з'явилася жовтяниця склер, потім шкіри. Останні 2 доби - біль у животі, наросла слабкість. Протромбіновий індекс - 45 %. В анамнезі - 4 місяці тому оперували прободну виразку шлунку з гемотрансфузією. Що обумовлює описаний стан?

+Гостра печінкова енцефалопатія

-Перфорація кишки

-Інфекційно - токсичний шок

-Гостра судинна недостатність

-Побічна дія медикаментів

?

Чоловік 37 років надійшов до лікарні зі скаргами на біль в епігастральній ділянці через 2 години після їжі. Об'єктивно: АТ - 110/70 мм рт. ст. Язик вологий, у кореня покритий білуватим нашаруванням. В епігастрії визначається локальна болючість і напруження м'язів. Ендоскопічно - хронічна виразка з локалізацією на цибулинні дванадцятипалої кишки. Лікар призначив хворому фамотидін - 40 мг/добу. З якою метою призначається фамотидін ?

+Антисекреторна дія

-Стимуляція репаративних процесів

-Зменшення запальних і дистрофічних змін

-Бактерицидний ефект

-Посилення синтезу простагландинів

?

40 - річний хворий скаржиться на нудоту, напади болю в животі, перед актом дефекації, проноси, часте здуття живота. В анамнезі: систематичне вживання алкоголю. Вважає себе хворим 6 років. Об'єктивно: зниженого живлення, пульс - 98/хв, ритмічний. Язик обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, чутливий при пальпації в навколопупкової ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В аналізі калу: стеаторея, креаторея. В сечі: активність діастази - 180 г/л. Який з перерахованих діагнозів найбільш ймовірний ?

+Хронічний рецидивуючий панкреатит

-Хронічний гепатит

-Хронічний ентероколіт

-Хронічний холецистит

-Гельмінтоз

?

Чоловік 40 - ка років хворіє на автоімунний гепатит. В крові: А/Г коефіцієнт - 0,8, білірубін - 42 мкмоль/л, трансамінази - АЛТ - 2,3 ммоль·г/л, АСТ - 1,8 ммоль·г/л. Що із перерахованого є найбільш ефективним в лікуванні?

+Глюкокортикоїди, цитостатики

-Антибактеріальні засоби

-Гепатопротектори

-Противірусні препарати

-Гемосорбція, вітамінотерапія

?

Хвора 44 років скаржиться на інтенсивний біль у верхній половині живота з іррадіацією у ліве підребер'я, зниження апетиту, відрижку. У дитинстві хворіла на вірусний гепатит В. Чотири роки тому прооперовано з приводу жовчнокам'яної хвороби. Об'єктивно: жовтий колір склер, болісність при пальпації над пупком та в т. Мейо - Робсона. В крові: лейкоцитів - 9,7г/л, формула не змінена, ШЗЕ—18 мм/год. Діастаза - 320 год/л. Загострення якого захворювання має місце?

+Хронічного панкреатиту

-Хронічного гепатиту

-Хронічного холангіту

-Хронічного коліту

-Хронічного гастриту

?

Хвора 30-ти років скаржиться на переймоподібний короткочасний біль в правому підребер'ї, спостерігається зв'язок з порушенням дієти, нервово - психічним перевантаженням. Больові точки і зони шкірної гіперестезії слабо виражені. Дані фракційного дуоденального зондування: подовження часу другої та третьої фази, скорочення часу виділення міхурової жовчі, при

збереженні об'єму міхурової жовчі. Дослідження супроводжувалось болями у правому підребер'ї. Який найбільш імовірний діагноз?

+Гіперкінетична дискінезія жовчного міхура

-Хронічний холецистит в стадії загострення

-Гіпокінетична дискінезія жовчного міхура

-Жовчно – кам'яна хвороба

-Холангіт

?

У чоловіка 42 років, що хворіє протягом 20 років на виразку 12-палої кишки, з'явилося постійне почуття важкості у шлунку після їжі, відрижка тухлим, блювання вжитою напередодні їжею, схуднення. Об'єктивно : стан відносно задовільний, тургор тканин знижений. Живіт при пальпації м'який, симптомів подразнення очеревини немає, "шум плеску " в епігастрії. Випорожнення 1 раз на 3 дні. Яке ускладнення найбільш відповідає стану хворого і даній клініці ?

+Виразковий стеноз вихідного відділу шлунка

-Прикрита перфорація виразки

-Ракова пухлина шлунку

-Пенетрація виразки

-Хронічний панкреатит

?

Хвора 50-ти років протягом року скаржиться на напади болю в правому підребер'ї, який виникає переважно після вживання жирної їжі. Останній тиждень напади повторювалися щодня, стали більш болючими. На 3 -й день перебування в стаціонарі з'явилися жовтушність склер і шкірних покривів, випорожнення знебарвилися, сеча набула темного кольору. У крові: нейтрофільний лейкоцитоз - $13,1 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 28 мм/г. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Хронічний калькульозний холецистит

-Хронічний панкреатит, рецидивна форма

-Жирова дистрофія печінки

-Хронічний холангіт в стадії загострення

-Гіпертонічна дискінезія жовчного міхура

?

У хворого 25 років восени з'явилися печія, закрепи, болі в епігастрії, що виникають через 1,5 - 2 год. після їжі, інколи і вночі. Болі посилюються при прийомі гострої, соленої і кислої їжі, зменшуються - після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Хворий пониженого живлення, язик не обкладений, вологий. При перкусії і пальпації живота: болючість в мезогастрії, в цій же ділянці - резистентність м'язів черевного пресу. Який діагноз найбільш ймовірний?

+Виразкова хвороба 12-палої кишки

-Аутоімунний гастрит

-Діафрагмальна грижа

-Жовчнокам'яна хвороба

-Хронічний панкреатит

?

Хворий 54 років скаржиться на загальну слабкість, здуття живота, схуднення. Об'єктивно: пониженого живлення, іктеричність склер, шкіра суха, "судинні зірочки" на обличчі і верхніх кінцівках, гіперемія долонь, збільшення молочних залоз. Язик малиновий. Живіт збільшений, нижній край печінки загострений, щільний, виступає на 4 см з - під краю реберної дуги. Селезінка на 6 - 7 см виступає з підреберної дуги. ШЗЕ - 14 мм/год, тимолова проба - 8 од. Який попередній діагноз?

+Криптогенний цироз печінки

-Хронічний гепатит

-Жировий гепатоз

-Доброякісне гіпербілірубінемія

-Ехінокок печінки

?

Хворий 60 років скаржиться на відсутність апетиту, переважно до м'ясної їжі, важкість в епігастральній ділянці, нудоту, загальну слабкість. Хворіє останні 2 місяці; втратив у вазі 4 - 5 кг. Блідий, язик обкладений, сухий надчеревна ділянка болюча, черевна стінка резистентна. В калі позитивна реакція на приховану кров. В крові: Нb - 96 г/л; лейкоц. - 11×10^9 /л; ШЗЕ - 48 мм/год. Який метод дослідження найбільш доцільний ?

+ЕГДС з біопсією

-Ретроградна холангіографія

-Колоноскопія з біопсією

-Пункційна біопсія печінки

-Ректороманоскопія з біопсією

?

У чоловіка 56 років, регулярно вживає алкоголь, протягом 20 років неодноразово виникали інтенсивні болі в животі. Останні 2 роки з'явився неоформлений рясний стілець, 2 - 3 рази на добу. Схуд на 8 кг за 2 роки. Об'єктивно: живіт м'який безболісний. Амілаза крові - 12 г/год.л. В аналізі калу нейтральний жир 15 г на добу, зерна крохмалю. Що найбільш доцільно призначити для лікування хворого на даному етапі?

+Панкреатин

-Контрикал

-Амінокапронова кислота

-Левоміцетин

-Імодіум

?

У хворого 36 років визначається асцит, спленомегалія, розміри печінки по Курлову 11х9х8 см, варикозне розширення вен стравоходу. В анамнезі: травма живота, шлункова кровотеча. АСТ – 0,46 ммоль/л.год; АЛТ – 0,68 ммоль/л.год; білірубін загальний – 21 мкмоль/л, вільний – 17,1 мкмоль/л. Який попередній діагноз?

+Тромбоз ворітної вени

-Тромбоз печінкової вени

-Конструктивний перикардит

-Тромбоз нижньої порожнистої вени

-Пухлина очеревини (мезотеліома)

?

Жінка 60 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, нудоту, відразу до м'ясних продуктів. За останній місяць двічі спостерігались шлункові кровотечі. В анамнезі: хронічний атрофічний гастрит. Об'єктивно: температура - 37,4 С. Шкіра бліда. При пальпації в епігастрії - болісність. В крові: Hb - 80 г/л, ШЗЕ - 32 мм/год. Яке захворювання у пацієнтки необхідно виключити в першу чергу?

+Рак шлунка

-Поліпоз шлунка

- Виразкову хворобу шлунка
- Виразкову хворобу дванадцятипалої кишки
- Хронічний панкреатит

?

Чоловік 45 років скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії через 1,5 - 2 години після прийому їжі. Протягом 11 років страждає виразковою хворобою. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 16/хв, пульс - 70/хв, АТ - 120/80 мм рт. ст. Пальпаторно - локальна болісність в правій епігастральній ділянці. Які показники внутрішньошлункової рН-метрії в області тіла шлунка найхарактерніші для захворювання пацієнта?

- + рН = 1,0 - 2,0
- рН = 3,0 - 4,0
- рН = 4,0 - 5,0
- рН = 5,0 - 6,0
- рН = 6,0 - 7,0

?

Жінка 24 років відзначає тяжкість у правому підребер'ї, нудоту, субфебрильна температура. Об'єктивно: пульс - 84/мін, АТ - 110/70 мм рт. ст. Печінка +2 см, чутлива при пальпації, край закруглений. У крові: лейкоцити - 9,6 г/л, ШЗЕ - 16 мм/год, білірубін - 10,2 мкмоль/л, АлАТ - 0,35 ммоль/л. ч. АсАТ 0,25 ммоль/л. ч. Який найбільш інформативний метод діагностики в даному випадку?

- +Холецистографія
- Сцинтиграфія печінки
- Ангіографія печінки
- Дуоденальне зондування
- Ретроградна холецистографія

?

У хворого на фоні цирозу печінки після вживання алкоголю з'явилися: головний біль, блювання, відраза до їжі, безсоння, жовтяниця, "печінковий" запах з рота, здуття живота. Про яке ускладнення цирозу печінки можна подумати?

- +Печінково - клітинна недостатність
- Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу

- Портальна гіпертензія
- Гостра виразка шлунка
- Тромбоз мезентеріальних судин
- ?

У відділення поступив хворий 30 років зі скаргами на частий рідкий стілець з кров'ю і слизом, підвищення температури до 37,7 °С, спазмові біль у животі. При огляді хворий блідий. Пальпаторно відзначається болючість по ходу товстої кишки. При ректороманоскопії: стінка кишечника набрякла, легко ранима. У просвіті кишки ерозії і виразки, а також значну кількість крові і слизу. Ваш попередній діагноз

- +Неспецифічний виразковий коліт
- Поліпоз товстої кишки
- Хронічний ентерит
- Дизентерія
- Хвороба Крона
- ?

Хворий 47-ми років скаржиться на розлитий тупий біль у животі, який посилюється перед дефекацією і стихає після неї; стілець до 10 разів на добу, що містить кров; підвищення температури, загальну слабкість. Хворіє на протязі 2-х місяців. Об'єктивно: шкіра бліда, суха. Пальпація товстої кишки болюча. Сліпа кишка пальпується у вигляді тяжу. Яке обстеження найбільш інформативне для встановлення діагнозу?

- +Колоноскопія
- Ректороманоскопія
- Іригоскопія
- Фіброгастроскопія
- Оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини
- ?

В клініку поступив хворий 60-ти років зі скаргами на загальну слабкість, головокружіння, нудоту. З анамнезу відомо, що хворіє на виразкову хворобу. Об'єктивно: блідість шкірних покривів. АТ 90/60 мм рт. ст. Пульс 120 за хвилину, ритмічний, слабого наповнення і напруження. В епігастральній ділянці пальпується пухлиноподібний утвір. Стілець 1 раз, чорного кольору. Яке обстеження необхідно провести хворому першочергово?

+ЕФГДС

-Ро-скопія кишково - шлункового тракту

-УЗД

-Аналіз калу на приховану кров

-Загальний аналіз крові з коагулограмою

?

Хворий К, 54 років переніс 4 роки тому вірусний гепатит В. Останні два місяці відчуває печію, пекучий біль за грудиною. Вранці після їжі та підняття важкості з'явилася блювота свіжою темною кров'ю. При огляді— шкіряні покрови бліді, вологі, пульс 92 уд. на хвилину, АТ - 90/60 мм рт. ст. Склери жовтушні, живіт збільшений у розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Назвіть найбільш вірогідну причину кровотечі:

+Розрив варикозних він стравоходу.

-Синдром Малорі-Вейса

-Синдром Бадда-Кіарі

-Ахалазія стравоходу

-Виразкова хвороба 12-ти палої кишки

?

Хвора скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, печію, гіркоту, нудоту. Хворіє біля 5 років. Скарги з'явилися під час другої вагітності. Об'єктивно: надмірна маса тіла. При глибокій пальпації живота з'являється біль в правому підребер'ї в зоні проекції жовчного міхура. На УЗД органів черевної порожнини - товщина стінки жовчного міхура 4 мм, стінка ущільнена. Яке ще обстеження необхідно зробити хворій в першу чергу?

+Дуоденальне зондування

-Комп'ютерну томографію

-Холецистографію

-Холангіографію

-Дослідження панкреатичного соку

?

У хворого скарги на печію, що посилюється при нахилі тулуба, біль за грудиною при ковтанні. При рентгенологічному обстеженні виявлена грижа стравохідного отвору діафрагми. Які зміни будуть найбільш ймовірно виявлені під час гастроскопії?

+Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба

-Хронічний гастрит

-Виразкова хвороба шлунку

-Гострий ерозивний гастрит

-Виразкова хвороба 12-палої кишки

?

У хворої 46-ти років діарея з виділенням великої кількості кашкоподібного калу неприємного запаху без домішки крові й без тенезмів, здуття живота, втрата ваги тіла. При об'єктивному обстеженні помірна болісність у мезогастрії та лівому фланку живота. При копрологічному дослідженні - стеаторея за рахунок нейтрального жиру, креаторея. Найбільш раціональним є призначення:

+Поліферментних препаратів

-Холінолітиків

-Метронидазолу та лоперамиду

-Антацидів та спазмолітиків

-Холінолітиків та антибактеріальних препаратів

?

Хворий 28-ми років, через 2 години після вживання невідомих грибів, відчув зниження рухливості та зосередженості, зазначений стан змінився потім на збудженість та агресію. Під час огляду: порушення орієнтації, незрозуміла мова. Через 4 години печінковий запах з рота, непритомність. Який синдром спостерігається у хворого?

+Гострої печінкової недостатності

-Гепатолієнальний синдром

-портальної гіпертензії

-Холестатичний синдром

-Іктеричний синдром

?

Хворий 68 років приймав близько року диклофенак з приводу болюв колінних суглобах. Напередодні ввечері після ситної вечері несподівано з'явився рідкий стілець чорного кольору, різка слабкість, однократна блювота, після якої він втратив свідомість. Бригадою швидкої допомоги доставлений в клініку. Об'єктивно у свідомості, дещо загальмований,

блідий, дихання 20 на хвилину, пульс 102, АТ 110/70. Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз:

- +Шлунково - кишкова кровотеча
- Харчове отруєння
- Інфаркт міокарда
- Гостре порушення мозкового кровообігу
- Тромбоз мезентеріальних артерій
- ?

Чоловіка 48-ми років доставлено до лікаря у непритомному стані. В анамнезі зловживання алкоголем. При обстеженні шкіра бліда, на тулубі "судинні зірочки", печінковий запах з рота, язик обкладений коричневим нальотом. Підшкірні вени передньої стінки живота розширені у вигляді (caput medusae). При пальпації органів черевної порожнини позитивний симптом флюктуації, гепатомегалія, спленомегалія. Набряки нижніх кінцівок. Який стан у хворого є найбільш імовірним?

- +Гостра печінкова недостатність
- Гіпоглікемічна кома
- Гіперглікемічна кома
- Перфоративна виразка шлунка
- Гостра шлунково-кишкова кровотеча
- ?

Підліток 16-ти років скаржиться на періодичне виникнення слабкості, запаморочення, відчуття важкості у лівому підребер'ї. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки жовтяничні. Баштовий череп. Печінка +2 см, нижній полюс селезінки на рівні пупка. У крові: еритроцити - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Hb- 88 г/л, лейкоцити - $5,6 \cdot 10^9$ г/л, швидкість осідання еритроцитів - 15 мм/год. Вкажіть найбільш імовірну зміну рівня білірубіну у даного хворого:

- +Підвищення вільного білірубіну
- Підвищення зв'язаного білірубіну
- Підвищення обох фракцій білірубіну
- Зниження зв'язаного білірубіну
- Зниження вільного білірубіну
- ?

Хвора 50-ти років скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, впродовж 5-ти років турбував біль у епігастрії, нудота, порушення випорожнення. Об'єктивно: частота серцевих скорочень - 92/хв. Підвищеної повноти, язик обкладений, іктеричні склери. Живіт м'який, болючий у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В загальному аналізі крові: лейкоцити - 9, 6 10⁹/л, швидкість осідання еритроцитів - 14 мм/год. Яке дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?

+Ультразвукове дослідження жовчного міхура

-Ретроградну холангіопанкреатографію

-Сцинтиграфію печінки

-Бактеріологічне дослідження жовчі

-Холецистографію

?

Хвора 37-ми років скаржиться на постійний тупий біль в підребер'ях з іррадіацією в спину, який посилюється після їжі. Турбує здуття живота, часті випорожнення з домішками неперетравленої їжі. Хворіє понад 5 років, схудла на 15 кг. Об'єктивно: помірне здуття живота, болючість в зоні Шоффара, точках Дежарде- на, Мейо-Робсона. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози?

+Копрограма

-Пероральна холецистографія

-Ретроградна панкреатографія

-ЕФГДС

-Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини

?

До дільничного терапевта звернувся пацієнт 43-х років зі скаргами на печію, відрижку кислим, появу болю під час ковтання їжі, а також неможливістю вживати тверду їжу. Хворий повідомив, що печія та відрижка кислим у нього спостерігається впродовж 8-ми років. Погіршення свого стану спостерігає останні 3 місяці. Яке обстеження потрібно пройти пацієнту в першочергу?

+Фіброезофагогастродуоденоскопія

-Тест з інгібітором протонної помпи

- Добовий езофаго-рН-моніторинг
- Багатодинний езофаго-рН-моніторинг
- Комп'ютерна томографія органів грудної клітки

?

Хвора скаржиться на схуднення, біль в нижній частині живота, випорожнення з домішками слизу та крові до 15 разів на добу. Під час фіброколоноскопії в ділянці сигмовидної кишки виявлені локальні псевдополіпозні розростання, пласкі поверхневі виразкові ділянки неправильної форми, що не зливаються, вкриті слизом та фібрином; контактна кровоточивість. Який діагноз найбільш імовірний?

+Неспецифічний виразковий коліт

-Поліпоз кишківника

-Псевдомембранозний коліт

-Синдром подразненої кишки

-Хвороба Крона

?

Хвора 55-ти років скаржиться на випорожнення 3-4 рази протягом годин переважно вранці, після сніданку. Посилення діареї пов'язує з підвищеними вимогами з боку оточення, хвилюванням, очікуванням небезпеки. Об'єктивно: метушлива, багатомовна, збільшеної ваги. Шкіра без змін, тургор нормальний, живіт м'який безболісний. В аналізі крові змін не має; аналіз калу: несформований, незначна кількість крохмальних зерен та м'язових волокон, лейкоцити - 3-4 в п/з; колоноскопія без патології. З метою лікування слід призначити:

+Лоперамід

-Дротаверин

-Анаприлін

-Ампіцилін

-Бісакодил

?

Жінка 45-ти років скаржиться на колькоподібний біль у правому підребер'ї, що виникає після вживання жирної їжі, фізичного навантаження, іррадіює в праву лопатку та праве плече, зменшується при прийомі спазмолітиків. Хворіє впродовж року, періодично зазначає пожовтіння склер під час нападів

болю. Який метод обстеження слід призначити в першу чергу для встановлення діагнозу?

+Ультрасонографію

-Комп'ютерну томографію

-Рентгенографію органів черевної порожнини

-Дуоденальне зондування

-Фіброгастродуоденоскопію

?

Хвора 35-ти років скаржиться на виражену загальну слабкість, пожовтіння склер, важкість у правому підребер'ї, періодичну лихоманку, біль в суглобах, кровоточивість ясен. В крові: АлАТ- 1,98 ммоль/г л, АсАТ- 2,5 ммоль/г л, загальний білірубін - 105 мкмоль/л, прямий - 65 мкмоль/л, ANA у титрі 1:160, антитіла до гладеньких м'язів у титрі 1:40, збільшення IgG у 2 рази. HBV-ДНК(-), HCV-РНК(-). Який попередній діагноз?

+Аутоімунний гепатит

-Системний червоний вовчак

-Хвороба Жильбера

-Вірусний гепатит В

-Хвороба Вільсона-Коновалова

?

Чоловік 18-ти років звернувся до лікаря зі скаргами на переймоподібний біль в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та свіжої крові, що тривають 4 місяці. За цей час схуд на 10 кг. При фізикальному обстеженні живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки зліва, сигмоподібна кишка спазмована. При лабораторному дослідженні крові еритроцити $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін 92 г/л, лейкоцити $10,6 \cdot 10^9 /л$, ШЗЕ34 мм/год. Результат бак. посіву випорожнень негативний. На колоноскопії виявлено запалення із втратою судинного малюнку, ділянка підвищеної кровоточивості 25 см з чіткими межами починаючи від краю анусу. Яка лікувальна тактика буде найбільш доречною?

+Призначення преднізолону та месаламіну

-Призначення метронідазолу

-Хірургічне лікування

-Переливання еритроцитарної маси

-Повторний забір випорожнень на бактеріологічне дослідження

?

Хвора 50-ти років скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, впродовж 5-ти років турбував біль у епігастрії, нудота, порушення випорожнення. Об'єктивно: частота серцевих скорочень 92/хв. Підвищеної повноти, язик обкладений, іктеричні склери. Живіт м'який, болючий у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В загальному аналізі крові: лейкоцити $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів 14 мм/год. Яке дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?

+Ультразвукове дослідження жовчного міхура

-Сцинтиграфію печінки

-Бактеріологічне дослідження жовчі

-Холецистографію

-Ретроградну холангіопанкреатографію

?

Хворий 43-х років страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки протягом 8ми років. Під час роботи на садовій ділянці відчув різкий біль у епігастральній ділянці, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс 102/хв., слабкий, артеріальний тиск 100/60 мм рт.ст., живіт не приймає участі у акті дихання, напружений, болісний у епігастрії, печінкова тупість відсутня. Яке захворювання є найбільш імовірним?

+Перфорація виразки

-Шлункова кровотеча

-Кишкова непрохідність

-Загострення панкреатиту

-Інфаркт міокарда

?

Жінка 46-ти років доставлена до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на постійний, інтенсивний абдомінальний біль протягом 8 годин, нудоту та блювання. В анамнезі гіпертригліцеридемія, яку пацієнтка не лікувала. При фізикальному обстеженні температура тіла 38°C , артеріальний тиск 100/60 мм рт.ст., пульс 122/хв. Іктеричність кон'юнктив, при пальпації черевної стінки позитивний симптом флюктуації, позитивні симптоми Хвостека та Труссо. При лабораторному дослідженні в сироватці крові натрій 142 ммоль/л , калій $3,1 \text{ ммоль/л}$, бікарбонат 32 ммоль/л ,

креатинін 106 мкмоль/л, кальцій 0,9 ммоль/л. Який перший крок у веденні пацієнтки буде найбільш доречним?

+Натрію хлориду 0,9%, кальцію глюконат та фентаніл внутрішньовенно

-Визначення концентрації алкоголю в крові

-Ендоскопічна ретроградна холангіопан-креатографія (ЕРХПГ)

-Негайна літотрипсія

-Апротиніну 10 000 АТрОд (антитрипсинових одиниць) внутрішньовенно
?

У пацієнта 64-х років протягом останніх 2 місяців з'явилося відчуття утрудненого ковтання твердої їжі з затримкою її посередині стравоходу. Втрата ваги 4 кг. Батько хворого помер від раку шлунка. Запідозрено рак стравоходу. За допомогою якого дослідження найбільш імовірно можна верифікувати цю патологію?

+ФЕГДС з біопсією

-Дихальний уреазний тест

-Рентгенконтрастне дослідження стравоходу і шлунка

-Комп'ютерна томограма грудної клітки

-Внутрішньостравохідна рН-метрія

?

До лікаря звернувся чоловік 36-ти років зі скаргами на пекучий за грудинний біль, що зазвичай виникає через 1-1,5 години після вживання їжі. Зазначає, що біль підсилюється в горизонтальному положенні. При верхній ендоскопії виявлені 2 вогнищевих ураження нижньої третини слизової оболонки стравоходу до 5 мм в межах однієї складки. Яка тактика лікаря буде найбільш доречною?

+Призначення інгібіторів протонної помпи

-Призначення ненаркотичних анальгетиків

-Призначення кларитроміцину

-Хірургічне лікування

?

У хворого 56-ти років в ході ультразвукового обстеження встановлена наявність вегетаций на штучному мітральному клапані, який було імплантовано 3 роки тому, та підклапанних структурах з ознаками

деструкції вегетацій та розвитку недостатності штучного клапану. Яке лікування показане хворому?

- +Оперативне (репротезування)
- Призначення вазодилататорів
- Подальше спостереження
- Імплантація штучного водія ритму
- Обмеження фізичного навантаження
- ?

У хворого 67-ми років на 6-й день після планової операції раптово виникла гостра дихальна недостатність. Частота серцевих скорочень - 130/хв. Верхня половина тулуба, шия та обличчя ціанотичні, кашель, різкий біль за грудниною. Артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст., центральний венозний тиск 330 мм вод.ст. На ЕКГ інверсія зубця Т. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

- +Тромбоемболія легеневої артерії
- Повторна кровотеча
- Гостра недостатність коронарних артерій
- Гострий інфаркт міокарда
- Гіповолемічний шок
- ?

Емоційно лабільна 22-річна студентка медичного університету присутня під час хірургічної операції відчула слабкість, запаморочення, легку нудоту, втратила свідомість і впала. Такий стан тривав 2 хвилини. Об'єктивно: очі закриті шкіра бліда, дифузний гіпергідроз, пульс слабкий, артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., дихання поверхневе, реакція на світло уповільнена, сухожилкові рефлексі збережені, судом не має. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Синкопальний стан
- Істеричний невроз
- Вегето-судинний пароксизм
- Транзиторна ішемічна атака
- Епілептичний напад
- ?

Хворого після перенесеного Q-інфаркту міокарда турбує задишка при незначних навантаженнях, нічні напади сухого кашлю, відчуття хрипів у грудній клітці і ортопное. В ході огляду: акроціаноз, частота серцевих скорочень - 96/хв., тахікардія, ослаблення Іго тону над верхівкою, вислуховується ІІІ-й тон. В легенях в базальних відділах незвучні хрипи. Під час ехокардіоскопії дилатація лівого шлуночка, витончення і дискінезія міжшлуночкової перегородки, фракція викиду 39%. Визначити варіант дисфункції міокарда:

- +Систолічна дисфункція лівого шлуночка
- Діастолічна дисфункція лівого шлуночка
- Діастолічна дисфункція правого шлуночка
- Систолічна дисфункція правого шлуночка
- Змішана дисфункція обох шлуночків

?

У хворої 50-ти років, яка страждає на гіпертонічну хворобу понад 10 років, на тлі стресу раптово підвищився артеріальний тиск до 200/110 мм.рт.ст. Стан супроводжувався тремтінням тіла, головним болем, тахікардією, загальним збудженням, відчуттям жару та сухості в роті. Призначення яких препаратів є найбільш обґрунтованим?

- +β-адреноблокатори
- Антагоністи кальцію
- Сечогінні
- Інгібітори АПФ
- Блокатори рецепторів ангіотензину II

?

Хворий 39-ти років скаржиться на задишку та стискальний біль за грудниною у стані спокою. 10 днів тому переніс грип. Об'єктивно: поза вимушена - сидить, нахиливши тулуб уперед, обличчя здуте, ціанотичне, здуті шийні вени. Межі серця значно розширені в обидві сторони, тони глухі, ритмічні, частота серцевих скорочень - 104/хв., частота дихальних рухів - 28/хв. На ЕКГ: зниження вольтажу зубців, конкордантні зміни сегменту ST. На рентгенограмі: кулеподібна тінь серця, ознаки застою в легенях. В крові: швидкість осідання еритроцитів - 38 мм/год. Поставте діагноз:

- +Ексудативний перикардит
- Вірусний міокардит

- Ревматична гарячка
- Дилатаційна кардіоміопатія
- Нестабільна стенокардія

?

Хворий 43-х років через 2 місяці після перенесеного тонзиліту госпіталізований у терапевтичне відділення зі скаргами на задишку, біль в ділянці серця, запаморочення, серцебиття. Об'єктивно: загальний стан важкий. Частота дихання - 35/хв., пульс - 100/хв., пульс аритмічний, (екстрасистолія). Артеріальний тиск - 145/60 мм рт.ст. Тони серця аритмічні (екстрасистолія) послаблення I тону, систолічний шум над верхівкою. Печінка збільшена. ЕКГ: синусова тахікардія, поодинокі шлуночкові екстрасистолі. ЕхоКГ порожнини серця в межах норми, ФВ- 50%. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Інфекційний міокардит
- Синдром Дресслера
- Інфекційний перикардит
- Міокардитичний кардіофіброз
- Дилатаційна кардіоміопатія

?

Жінка 50-ти років скаржиться на підвищення артеріального тиску, головний біль, нудоту. З анамнезу відомо, що 15 років хворіє на ХОЗЛ. Об'єктивно: почервоніння обличчя, артеріальний тиск - 170/120 мм рт.ст. Тони серця підсилені. Пульс - 76/хв., ритмічний. В легенях на тлі жорсткого відтінку везикулярного дихання велика кількість сухих розсіяних хрипів. Який засіб контролю артеріального тиску буде найбільш показаним?

- +Амлодипін
- Пропранолол
- Фуросемід
- Клофелін
- Каптоприл

?

Хворий 70-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, короточасні періоди непритомності, біль в ділянці серця. Під час аускультатії серця: частота серцевих скорочень - 40/хв., тони ритмічні, I тон періодично значно

посилений, артеріальний тиск - 160/90 мм рт.ст. Яка найбільш імовірна причина гемодинамічних порушень?

+АВ блокада III ступеня

-АВ блокада I ступеня

-Брадисистолічна форма миготливої аритмії

-Синусова брадикардія

-Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса
?

54-річний чоловік звернувся до лікаря зі скаргами на гострий біль за грудниною та задишку. В положенні лежачи біль посилюється. В анамнезі гіперхолестеринемія протягом 4-х років (лікує симвастатином). Задишку пов'язує із нещодавнім захворюванням на грип. При фізикальному обстеженні пульс - 92/хв., частота дихання - 16/хв., артеріальний тиск - 140/80 мм рт.ст. Під час огляду помітно розширені шийні вени. Аускультативних змін в легенях та серці не виявлено. На ЕКГ у всіх відведеннях елевация сегменту ST. На рентгенограмі збільшення тіні серця. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Міокардит

-Перикардит

-Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

-Гострий інфаркт міокарда

?

Чоловік 27-ми років, спортсмен, під час тренування раптово втратив свідомість. Пульс і артеріальний тиск не визначаються. Дихання відсутнє. Тони серця не вислуховуються. Зіниці широкі. На ЕКГ: поліморфна шлуночкова тахікардія. Розпочато компресію грудної клітки. Який наступний крок буде найбільш доречним?

+Електрична дефібриляція

-Вагусні проби

-Черезстравохідна кардіостимуляція

-Внутрішньовенне введення лідокаїну

-Внутрішньовенне введення дигоксину

?

Хворий 60-ти років скаржиться на інтенсивні болі стискаючого характеру, локалізовані за грудниною з іррадіацією у ліву лопатку та нижню щелепу.

Біль тривалий, не знімається нітрогліцерином. Об'єктивно: холодний піт. Хворий збуджений. Аускультативно: тахікардія, приглушеність тонів. Артеріальний тиск - 100/70 мм рт.ст. ЕКГ- комплекси QS та підйом S-T вище ізолінії в I, aVL, V1, V2, V3, V4. Який діагноз є найбільш імовірним?

-Лівосторонній плеврит

-Стенокардія Принцметала

-Тромбоемболія легеневої артерії

?Інфаркт міокарда

-Міжреберна невралгія

?

Жінка 52-х років прийшла до свого лікаря на щорічний профілактичний огляд. Вона ніколи не госпіталізувалася до лікарні та виконує легкі аеробні вправи чотири рази на тиждень. У її батька було захворювання серцево-судинної системи. Її зріст - 172 см, вага - 77 кг, ІМТ- 26 кг/м². При фізикальному обстеженні температура - 36,8°C, пульс - 81/хв., частота дихання - 16/хв., артеріальний тиск сидячи - 160/100 мм рт.ст. на обох руках. Офтальмоскопія очного дна виявила звуження судин сітківки. Лабораторні показники без відхилень. Що з перерахованого буде найбільш доречним призначенням з метою зниження ризику смерті цієї пацієнтки від серцево-судинних захворювань?

-Варфарин

-Нітрогліцерин

-Дипіридамо́л

-Аспірин

+Еналаприл

?

Хлопчиків 14 років. Протягом 3-х років спостерігається підвищення артеріального тиску до 170/100 мм рт.ст. Лікування анти-гіпертензивними препаратами неефективне. ХолтерАТ: стабільна артеріальна гіпертензія. Доплер судин нирок: часткова візуалізація ниркових артерій зліва. Яким буде попередній діагноз?

Феохромоцитома

Первинна артеріальна гіпертензія

+Реноваскулярна гіпертензія

Адреногенітальний синдром

Гіпоталамічний синдром

?

27-річний хлопець вперше за останні декілька років звернувся до свого лікаря занепокоєний результатами ліпідограми. Він повідомив, що не хоче захворіти на атеросклероз та почав робити такий аналіз щорічно з 22-х років. Цього року у нього вперше зафіксовано показник (5,0 ммоль/л), що є вищим у порівнянні з попередніми чотирма роками (не більше 4,1 ммоль/л). Артеріальної гіпертензії, або ранньої ішемічної хвороби серця у сімейному анамнезі немає. Його бабуся хворіє на цукровий діабет II типу з 58-ми років. Його 64-річний дідусь переніс радикальну простатектомію з приводу раку простати. Окрім інформування щодо основних факторів ризику церебро-васкулярної патології та рекомендацій по збалансованому харчуванню, який наступний крок у веденні пацієнта буде найбільш доречним?

+Повторити визначення рівня загального холестерину через 5 років

-Розпочати терапію статинами

-

-Визначити рівень простатспецифічного антигену (ПСА-тест)

-Пройти глюкозотолерантний тест

?

Дівчинка 13-ти років скаржиться на головний біль, запаморочення, відчуття пульсації в голові, шум у вухах, носові кровотечі, серцебиття, біль в ділянці серця, задишку. При огляді блідість шкірних покривів. При пальпації виявлено ослаблення пульсу на стегнових артеріях. Артеріальний тиск на верхніх кінцівках - 125/60 мм рт.ст., на нижніх - 110/60 мм рт.ст.

Аускультативно гучний систолічний шум, що іррадіює у сонні артерії. Який з перерахованих діагнозів є найбільш імовірним?

-Відкрита артеріальна протока

-Стеноз устя легеневої артерії

-Дефект міжшлуночкової перетинки

+Коарктація аорти

-Стеноз устя аорти

?

Жінка 60-ти років надійшла до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на сильний головний біль у потиличній ділянці, нудоту, блювання, запаморочення. При огляді хвора трохи загальмована, обличчя

гіперемоване, артеріальний тиск - 220/130 мм рт.ст., пульс - 78/хв. При неврологічному обстеженні парезів не виявлено, рефлексів рівномірно жваві, м'язовий тонус не змінений, чутливість збережена. Менінгеальні симптоми відсутні. Який стан найбільш імовірно розвинувся у хворої?

+Гіпертонічний криз

-Ішемічний інсульт

-Субарахноїдальний крововилив

-Транзиторне порушення мозкового кровообігу

-Пухлина головного мозку

?

У хворого 56-ти років, що знаходиться в палаті інтенсивної терапії з приводу гострого інфаркту міокарда у ділянці передньої стінки лівого шлуночка, посилилась загальна слабкість та з'явилося відчуття 'завмирання' у роботі серця. При аналізі ЕКГ виявлено: ритм синусовий, частота серцевих скорочень - 76/хв. Періодично з'являються поширені шлуночкові комплекси тривалістю 0,22 с., неправильної форми, після яких виявляються повні компенсаторні паузи. Яке ускладнення виникло у даного хворого?

-Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

-Передсердна екстрасистолія

+Шлуночкова екстрасистолія

-Повна блокада правої ніжки пучка Гіса

-Атріовентрикулярна екстрасистолія

?

Молода жінка звернулася до лікаря зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні, інколи набряки на ногах, слабкість. В анамнезі часті запальні захворювання легень. Задишка вперше з'явилась у дитинстві та поступово зростала. При фізикальному обстеженні пульс - 78/хв., артеріальний тиск - 130/80 мм рт.ст., шкіра ціанотична, набряки на ногах. Аускультативно тони серця ритмічні, грубий систолічний шум уздовж лівого краю груднини, акцент та розщеплення II тону над легеневою артерією. Пальпаторно печінка збільшена. Вибір лікарем якого діагностичного методу буде найбільш доречним?

-Біопсія міокарда

-Електрокардіограма

-Коронароангіографія

+Ехокардіографія

-Катетеризація серця

?

Чоловік 33-х років прийшов до лікаря на профілактичний прийом. Скарг немає. При фізикальному обстеженні лікарем випадково виявлено грубий систолічний шум в точці Боткіна, який проводиться в точку аускультації верхівки та на судини шиї. Від подальшого обстеження пацієнт відмовився. Через 2 місяці на фоні грипу у пацієнта розвинулися симптоми серцевої недостатності. Яку ваду найбільш імовірно було виявлено лікарем?

-Аортальна недостатність

-Мітральна недостатність

-Мітральний стеноз

+Аортальний стеноз

-Вроджене ураження тристулкового клапана

?

Чоловік 72-х років звернувся до лікаря зі скаргами на задишку, кашель, набряки гомілок, збільшення живота. Хворіє більше ніж 20 років на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Останні 3 роки є інвалідом II групи у зв'язку з патологією серця. При фізикальному обстеженні пульс - 92/хв, артеріальний тиск - 120/70 мм рт.ст., частота дихання - 24/хв. Шкірні покриви ціанотичні, набряки гомілок, при пальпації органів черевної порожнини позитивний симптом флюктуації. При аускультації акцент II тону над легеневою артерією, сухі хрипи над всією поверхнею легень. Який механізм розвитку змін з боку серця у цього хворого є найбільш імовірним?

-Рефлекс Бейнбріджа

+Вторинна легенева гіпертензія

-Дихальний рефлекс

-Кардіоваскулярний рефлекс

-Рефлекс Китаєва

?

Хлопчик 12-ти років надійшов до клініки зі скаргами на відчуття серцебиття, перебої та біль у серці, задишку. Ці симптоми найчастіше виникали після фізичних навантажень і закінчувались синкопальними станами. Згодом лікарем було встановлено діагноз гіпертрофічної обструктивної

кардіоміопатії. Який препарат* ПРОТИПОКАЗАНИЙ при лікуванні цієї патології?

+Дигоксин

-Верапаміл

-Еналаприл

--

-Бісопролол

?

Чоловік 52-х років надійшов до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на раптову задишку та прискорене серцебиття. Протягом місяця лікувався у стаціонарі з приводу септичного шоку, що розвинувся після інфекції сечовивідних шляхів. При фізикальному обстеженні артеріальний тиск - 100/60 мм рт.ст., пульс - 128/хв., частота дихання - 28/хв.. SpO2- 89%. При лабораторному дослідженні у сироватці крові креатинін - 96 мкмоль/л, тропонін 1-1,0 нг/мл (норма <0,1 нг/мл). На рентгенограмі органів грудної порожнини незначний гідроторакс праворуч та субсегментарний ателектаз. На ЕКГ: синусова тахікардія, блокада правої ніжки пучка Гіса та інверсія зубців Т у відведеннях III та VI. Який перший крок у веденні пацієнта буде найбільш доречним?

+КТ-ангіографія

-Компресійна ультрасонографія вен

-Призначення аспірину та внутрішньовенне введення метопрололу

-Ехокардіографія

-Невідкладна катетеризація серця

?

Хворий 70-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, короточасні періоди непритомності, біль в ділянці серця. Під час аускультативного серця: частота серцевих скорочень - 40/хв., тони ритмічні, I тон періодично значно посилений, артеріальний тиск -160/90 мм рт.ст. Яка найбільш імовірна причина ге-модинамічних порушень?

-Брадистолічна форма миготливої аритмії

-Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

-Синусова брадикардія

-АВ блокада I ступеня

+АВ блокада III ступеня

?

Серед причин смертності населення України переважають нещасні випадки, отруєння та травми, злоякісні новоутворення, хвороби системи кровообігу, ендокринні, органів дихання тощо. Назвіть клас хвороб, що посідає перше рангове місце:

- Ендокринні захворювання
- Злоякісні новоутворення
- +Хвороби системи кровообігу
- Хвороби органів дихання
- Нещасні випадки, отруєння та травми

?

Жінка 58-ми років перебуває на стаціонарному лікуванні з приводу гіпертонічної хвороби. Вранці, після прийому каптоприлу та празозину різко піднялася з ліжка та короткочасно знепритомніла. Об'єктивно: шкіра бліда, волога. Пульс - 100/хв.. слабкий. артеріальний тиск - 70/40 мм рт.ст. На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ознаки перенавантаження лівого шлуночка. Змін з боку центральної нервової системи не виявлено. Яка причина стану хворої є найбільш імовірною?

- Кардіогенний шок
- Напад Морганьї-Адамса-Стокса
- Анафілактичний шок
-

+Ортостатична гіпотензія

?

Чоловік 63-х років був госпіталізований 5 днів тому з приводу інфаркту міокарда. Раптом він поскаржився на сильний біль у грудях та втратив свідомість. Пульс не визначається, тони серця відсутні. ЕКГ: синусовий ритм, QS та підйом сегмента ST в V1-V4. Реанімаційні заходи неефективні. При пункції виявлена кров в порожнині перикарда. Вкажіть найбільш імовірне ускладнення:

- Тромбоемболія легеневої артерії
- +Порушення цілісності стінки лівого шлуночка
- Гострий перикардит
- Порушення цілісності міжшлуночкової перегородки

-Гостра мітральна недостатність

?

Чоловіку 42-х років, з діагнозом спастичний парапарез призначено міорелаксанта тизанідин за схемою поступового збільшення дози. Хворий порушив рекомендацію і вжив відразу добову дозу, після чого відчув загальну слабкість, запаморочення, зниження сили в ногах та на короткий час втратив свідомість. При фізикальному обстеженні артеріальний тиск - 75/55 мм рт.ст., пульс - 69/хв., температура тіла - 36,6°C, загальна м'язова гіпотонія. Який невідкладний стан найбільш імовірно виник у хворого?

-Транзиторна ішемічна атака

-Симпато-адреналовий криз

-Ваго-інсулярний криз

+Синкопальний стан

-Панічна атака

?

Жінка 40 років госпіталізована в клініку в зв'язку з загостренням хронічного обструктивного бронхіту. Скаржиться на задуху при фізичному навантаженні, кашель з виділенням мокроті, набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно: $t=37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД - 24/хв, пульс - 90/хв, ритмічний, АТ - 110/70 мм рт.ст. Акцент II тону над легеневою артерією. Пальпується збільшена на 4 см печінка. Які зміни ЕКГ найбільш ймовірні у хворої?

-Меготлива аритмія

-Блокада лівої ніжки пучка Гіса

-Гіпертрофія лівого шлуночка

+Гіпертрофія правого шлуночка

-Патологічний зубець Q

?

У хворого 18 років, який хворіє на ревматизм протягом 3-х років, при аускультативній вислуховується послаблення I тону на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії та систолічний шум на верхівці, який проводиться в ліву підпахвинну ділянку. Яке ураження серця найбільш вірогідне?

-Трикуспідальна недостатність

-Мітральний стеноз

+Мітральна недостатність

-Дефект міжшлуночкової перетинки

-Аортальна недостатність

?

У жінки 63 років вночі зненацька почався напад ядухи. Близько 15 років страждає гіпертонічною хворобою, 2 роки тому перенесла інфаркт міокарду. Об'єктивно: положення в ліжку – ортопное, шкіра бліда, хвора вкрита холодним потом, акроціаноз. Пульс – 104 за хв. АТ - 210/130 мм рт.ст., ЧД - 38 за хв. Перкуторний звук легеневий, в нижніх відділах притуплений, на всьому протязі вислуховуються поодинокі сухі хрипи, в нижніх відділах – незвучні, дрібнопухирцеві. Яке ускладнення найбільш вірогідно розвинулось у хворої?

+Гостра лівошлуночкова недостатність

-Пароксизмальна тахікардія

-Приступ бронхіальної астми

-Тромбоемболія легеневої артерії

-Гостра лівопередсердна недостатність

?

Хворий 64 років відчув виражений біль за грудиною, задишку. Об'єктивно: хворий блідий, мокрий, акроціаноз. ЧД- 28/хв., ортопное. АТ-100/60 мм рт.ст. В легенях з обох сторін вологі незвучні хрипи. ЕКГ: ЧСС - 240 уд. за хв., зубець Р не визначається, R-R однакові та складають 0,25с, QRS – 0,18сек, у відведеннях V5-V6 дугоподібна депресія сегменту ST до 3мм. Запропонуйте найбільш ефективну тактику ведення даного хворого.

-Нітрати + діуретики + кисень

-Дігосин + діуретики + препарати K⁺ та Mg²⁺

-АТФ, при неефективності – пропафенон

-Допамін + стероїди + діуретики

+Лідокаїн, при неефективності – інструментальна кардіоверсія

?

Хворий 58 років доставлений в приймальне відділення з болями у лівій половині грудної клітки. При клінічному обстеженні, крім тахікардії (102/хв.), відхилень не виявлено. На ЕКГ патологічний зубець Q у I, aVL, QS у V1, V2, V3 відведеннях та куполоподібний підйом ST з від'ємним T. Який найбільш вірогідний діагноз?

-Варіантна стенокардія

-Розшарування аорти

+Гострий інфаркт передньої стінки лівого шлуночка

-Гострий інфаркт задньої стінки лівого шлуночка

-Ексудативний перикардит

?

Хворий лікувався з приводу інфаркту міокарда. На 13 день наступило посилення болю в грудній клітці, задишка. Об'єктивно: температура 38,2°C, пульс - 112/хв., ЧД - 26/хв. Під правою лопаткою вислуховуються дрібнопухирчаті хрипи, а через 2 дні діагностований правобічний ексудативний плеврит. Загальний аналіз крові: лейкоцити - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, еозинофілів - 8%. ШЗЕ - 24 мм/год. Яке ускладнення інфаркту міокарда у хворого?

+Синдром Дреслера

-Тромбоемболія легеневої артерії

-Серцева астма

-Повторний інфаркт міокарда

-Пневмонія

?

У хворого 59 років на протязі місяця відмічалось короткочасне зниження сили у лівих кінцівках. Потім вранці після сну розвинулась стійка слабкість у цих кінцівках. Об'єктивно: свідомість не втрачена, центральний парез VII і XII пар черепних нервів зліва. З того ж боку центральний геміпарез і гемігіперстезія. Які препарати вибору при диференційованному лікуванні ?

Гіпотензивні

Гемостатики

-Диуретики

+Антикоагулянти

-Кортикостероїди

?

У хворого 28 років на фоні адено-вірусної інфекції з'явилися болі в ділянці серця, серцебиття, задишка. Блідий, з акроціанозом, пульс 92/хв., ниткоподібний, АТ - 90/60 мм рт.ст., межі серця розширені вправо і вліво на 2 см, тони глухі. На ЕКГ - повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, низький вольтаж. Для якого захворювання найбільш характерна дана симптоматика?

- Ревмокардит
- +Міокардит
- Ексудативний перикардит
- Інфекційний ендокардит
- Дилатаційна кардіоміопатія

?

Чоловік 58 років, що перебував одну добу в палаті інтенсивної терапії з приводу інфаркту міокарда, раптово втратив свідомість. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс на а.сarotis відсутній, на ЕКГ - фібриляція шлуночків. Які заходи найбільш доцільно провести?

- Вагусні проби
- Чрезшлункову кардіостимуляцію
- +Електроімпульсну терапію
- Введення внутрішньовенно лідокаїну
- Введення внутрішньосерцево адреналіну

?

Пацієнт 72 років, з дрібновогнищевим інфарктом міокарда в анамнезі, скаржиться на серцебиття, задуху при помірному фізичному навантаженні. Об'єктивно: ритм серцевої діяльності неправильний, ЧСС – 96/хв., тони серця послаблені, систолічний шум над аортою, ЧД - 16/хв. При ЕКГ-дослідженні виявлено: відсутність зубців Р у всіх відведеннях, різні відстані між R-R, хвилі найкраще виражені у V1. Про яке порушення ритму серцевої діяльності слід думати?

- +Миготливу аритмію
- Шлуночкову екстрасистолію
- Передсердну екстрасистолію
- Атріовентрикулярну блокаду
- Неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса

?

Хворий 60 років скаржиться на біль за грудиною стискуючого характеру при ходьбі до 200 м. Біль продовжується до 10 хв., супроводжується відчуттям нестачі повітря, пітливістю. Протягом останніх 2 тижнів біль з'явився в спокої, став частішим, перестав зніматись однією таблеткою нітрогліцерину. Який найбільш імовірний діагноз?

-ІХС. Дрібновогнищевий інфаркт міокарда

+ІХС. Прогресуюча стенокардія

-Варіантна стенокардія

-ІХС .Стабільна стенокардія IV ФК

-ІХС. Стабільна стенокардія III ФК

?

При обстеженні хворого М., 74 років, у II міжребер(ї справа виявлено систолічний шум та акцент II тону, АТ 175/80 рт.ст. Вкажіть причину виявленого шуму.

-Незарощення міжшлункової перетинки

-Коарктація аорти

-Недостатність мітрального клапана

-Стеноз гирла легеневої артерії

+Аортосклероз

?

Хворий К., скарги на задишку при фізичному навантаженні, ниючі болі в області серця, серцебиття. Аускультативно: на верхівці - посилений I тон, діастолічний шум, за II тоном додатковий тон у діастолі через 0.10 сек. , акцент II тону над легеневою артерією. Артеріальний тиск 120/80 мм рт.ст., пульс - 78 уд/хв . Ваш попередній діагноз?

Недостатність мітрального клапану

-Стеноз гирла аорти

-Недостатність аортального клапану

+Стеноз лівого атріо-вентрикулярного отвору

-Стеноз трикуспідального клапану

?

Хворий Н., 45 років, поступив в травматологічне відділення з діагнозом: закрыта черепно-мозкова травма, закритий перелом лівого стегна. При поступленні АТ 110/70 мм рт.ст., пульс 114 уд/хв., ЧД-26 на хв. Після витягування стан різко погіршився: з'явився ціаноз верхньої половини тулуба, задишка. Перкуторно - ясний легеневий звук. АТ-60/40 мм рт.ст., ЧСС-156 уд.на хв. ЕКГ - правограма. Що є найбільш ймовірною причиною погіршення стану хворого?

+Емболія легеневої артерії

- Інфаркт міокарда
- Больовий шок
- Пневмоторакс
- Порушення зі сторони ЦНС

?

Хворий В., 57 років. На протязі року відмічає появу стискуючого болю в за грудинній деланці під час емоційного напруження та перебування на холоді. Перкуторно - розширення границь серця вліво; аускультативно - тони ритмічні, ослаблені, систолічний шум на верхівці. Пульс 68 уд/хв., ритмічний, нормальної напруги. Поза нападом ЕКГ нормальна. Ваш діагноз:

- Гострий інфаркт міокарду
- Дилатаційна кардіоміопатія
- ІХС, варіантна стенокардія
- +ІХС, стабільна стенокардія
- НЦД з кардіалгією

?

Хворий К., 67 років, протягом останніх 4 років переніс два Q-інфаркти. Звернувся до лікаря зі скаргами на за грудинний біль давлючого характеру, який ірадіює в ліву руку і ліву половину нижньої щелепи. Тривалість болю – 3-5 хв., знімається прийомом нітрогліцерину. Біль виникає при ходьбі по рівній місцевості в нормальному темпі на відстані до 200м, при підйомі на 1 поверх. За грудинні болі виникають і при вдиханні морозного повітря, при стресових ситуаціях. Вкажіть функціональний клас хворого приступом стенокардії.

-.

-IV

-II

+III

-I

?

Хворий 26 р., скаржиться на задишку в спокої, серцебиття, слабкість, тупий тривалий біль в деланції серця. Захворів через тиждень після перенесеного гострого бронхіту. Об-но: положення ортопное. ЧД 26/хв., в легенях вологі хрипи у нижньо-задніх відділах. АТ-110/70 мм рт.ст. Пульс 112/хв., слабого

наповнення і напруження. Межі серця розширені вліво і вправо, тони ослаблені. Нижній край печінки +2 см. На ЕКГ: синусова тахікардія, вольтаж знижений, дифузні зміни. Який найбільш імовірний діагноз?

- Гостра пневмонія
- Сухий фібринозний перикардит
- Інфаркт міокарду
- +Гострий дифузний міокардит
- Дилатаційна кардіоміопатія
- ?

У хворого 6 годин тому з'явився інтенсивний пекучий біль в епігастральній ділянці. При огляді температура тіла 37,2°C. Діяльність серця ритмічна. ЧСС – 68/хв. АТ 110/75 мм рт.ст. Живіт м'який, незначна болючість при пальпації в епігастральній ділянці. ЕКГ: ритм синусовий, правильний. Вольтаж збережений. Підйом ST у II, III, avF на 6-7 мм, зливається з позитивним зубцем Т. Депресія ST у I, avL на 1 мм. Який попередній діагноз?

- +Гострий інфаркт міокарда, нижня стінка
- Прогресуюча стенокардія напруження.
- Гострий перикардит
- Стабільна стенокардія напруження IV ФК
- Гострий інфаркт міокарда передня стінка
- ?

У хворого на ЕхоКГ порожнина лівого передсердя 5,0 см.; мітральний клапан фіброзно змінений, рух стулок "П-подібний", задня стулка - підтягнута до передньої. Про що свідчать дані зміни?

- Про недостатність мітрального клапана
- +Про стеноз мітрального отвору
- Про пролапс мітрального клапана
- Про дефект міжшлункової перетинки
- Про дефект міжпередсердної перетинки
- ?

Чоловік 49 р. на 4 добу інфаркту міокарда поскаржився на задишку, ядуху, різку кволість. Об'єктивно: ціаноз. Рз - 110/хв. АТ - 100/70 мм рт.ст. ЧД - 34/хв. Тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією. Під

ключицею вислуховуються сухі та вологі хрипи. Найбільш ймовірне ускладнення ?

-Двобічна лікарняна пневмонія

-Кардіогенний шок

-Напад шлуночкової тахікардії

+Набряк легень

-Синдром Дресслера

?

Чоловік віком 38 років звернувся до лікаря зі скаргами на появи болю та дискомфорту за грудниною, що тривають протягом останніх 4-х годин. Симптоми виникли після вечері, біль то посилюється, то вщухає, іррадіацію в ліву лопатку та руку пацієнт не відзначає. З анамнезу відомо, що батько пацієнта помер у 55 років через гострий інфаркт міокарда. Об'єктивно спостерігається; температура тіла 37,3°C. АТ - 138/85 мм рт. ст., пульс 115/хв, ЧД 16/хв. Під час аускультатії визначається везикулярне дихання. На ЕКГ виявлено синусову тахікардію. Попередньо пацієнт прийняв 3 таблетки нітрогліцерину з інтервалом 5 хвилин та аспірин, що покращило його стан. Яка подальша тактика у веденні цього пацієнта?

+Визначення серцевих біомаркерів (КФК-МВ, тропонін 1, N-кінцевий пептид натрій-уретичного гормону)

-КТ грудної клітки та ФГДС

-Провести пробу з фізичним навантаженням

-Рентгенографія з барієвою сумішшю

-Дати пацієнту знеболюючий засіб

?

У жінки, яка хворіє на ІХС, щотижня виникають напади серцебиття, задишки, перебої у роботі серця. На ЕКГ під час нападу спостерігається: інтервали R-R мають різну тривалість, зубці Р відсутні, хвилі Г, зубці R різної амплітуди. На ЕхоКГ виявлено ФВ - 38%. Призначена схема лікування (аміодарон, варфарин). Який із наведених нижче показників у цьому разі потребує постійного моніторингу?

+Міжнародне нормалізоване співвідношення

-Гемоглобін

-Рівень фібриногену

-Рівень тромбоцитів

-Протромбіновий індекс

?

До лікарні шпиталізовано п'ятирічну дівчинку після електротравми. Стан дитини вкрай тяжкий, дівчинка без свідомості, самостійне дихання відсутнє. Під час проведення серцево-легеневої реанімації на ЕКГ спостерігаються хвилі різної форми та амплітуди з частотою 320/хв, пульс на периферії та центральних артеріях — відсутній. Яка невідкладна допомога у цьому разі?

+Електрична дефібриляція

-Прямий масаж серця

-Інтубація трахеї

-Уведення розчину лідокаїну 20 мг в/м

-Трансфузія кристалоїдів 10 мг/кг в/в

?

До терапевтичного відділення без можливості проведення коронарографії шпиталізовано пацієнта віком 51 рік зі скаргами на пекучі болі за грудиною тривалістю близько 2 годин. На ЕКГ спостерігається: елевація сегмента ST у II, III, aVF відведеннях. Артеріальний тиск - 150/90 мм рт. ст., пульс 90/хв. Який із наведених нижче препаратів відноситься до патогенетичної терапії цього захворювання?

+Альтеплаза

-Омепразол

-Метронідазол

-Предуктал

-Мілдронат

?

Пацієнт віком 67 років скаржиться на запаморочення, загальну слабкість, двічі була втрата свідомості. З анамнезу відомо, що 4 роки тому в переніс інфаркт міокарда. Об'єктивно спостерігається: стан середньої важкості, шкіра та слизові оболонки звичайного кольору, у легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, аритмічні, ЧСС - 62/хв. АТ - 140/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Периферичних набряків немає. На ЕКГ виявлено: інтервал PQ - 200 мс, QRS — 80 мс, раптове випадіння комплексу QRS без попереднього збільшення інтервалу PQ з періодичністю - 3:1, 4:1. Яке порушення ритму серця виникло у пацієнта?

+АВ блокада II ступеня, Мобітц II

-АВ блокада II ступеня, Мобітц I

-Повна АВ блокада

-АВ блокада I ступеня

-СА блокада

?

У чоловіка віком 45 років, в анамнезі у якого інфаркт міокарда, виник короткотривалий напад серцебиття, що супроводжувався відчуттям нестачі повітря, почуттям страху та запамороченням. АТ - 90/60 мм рт. ст. На ЕКГ під час нападу виявлено: розширення комплексу QRS (0,13 сек) з частотою 160/хв., дискордантне зміщення сегменту ST та зубця Т, дисоціація передсердного та шлуночкового ритму. Яке порушення серцевого ритму спостерігається в пацієнта?

+Шлуночкова пароксизмальна тахікардія

-Фібриляція шлуночків

-Фібриляція передсердь

-Часта шлуночкова екстрасистолія

-Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія

?

Чоловік віком 64 роки знаходиться на амбулаторному лікуванні з приводу ішемічної хвороби серця, дифузного кардіосклерозу, постійної форми фібриляції передсердь, серцевої недостатності III функціонального класу. Фармакотерапія складається з кордарону двічі на день, торасеміду через день, триметазидину двічі на день. Сімейний лікар з метою профілактики тромбоутворення рекомендував чоловіку прийом варфарину (3 мг на день). Вимірювання якого показника з метою контролю ефективності та безпеки антикоагулянтної терапії в даному випадку буде найбільш доречним?

+Міжнародне нормалізоване співвідношення

-Рівень фібриногену

-Кількість тромбоцитів

-Час згортання крові за Лі-Уайтом

-Швидкість зсідання еритроцитів

?

Хворий 42-х років скаржиться на серцебиття, постійну слабкість, болі в ділянці серця, що іррадіюють у ліве плече та підсилюються при диханні, підвищення температури тіла до 38,5⁰С. Об'єктивно: АТ-105/50 мм рт.ст., Ps

- 120/хв. У зоні абсолютної тупості серця вислуховується двофазний шум. В легенях дихання послаблене в нижніх відділах. На ЕКГ - конкордантний підйом сегменту ST у V2 -V6 . Який найбільш імовірний діагноз?

+Гострий перикардит

-Інфаркт міокарда

-Позагоспітальна пневмонія

-Синдром Дреслера

-Інфаркт легень

?

Чоловік віком 49 років скаржиться на напади стенокардії, що виникають під час ходьби на відстань до 500 м. З анамнезу відомо, що він багато років хворіє на бронхіальну астму. Під час обстеження виявлено: в легенях невелика кількість сухих розсіяних хрипів, ЧД - 18/хв. Межі серця розширені вліво, тони приглушені, ЧСС=PS=86/хв., АТ – 160/100 мм рт. ст. У клінічному аналізі крові виявлено: Hb - 160 г/л, лейкоцити – $6,4 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 8%; ШОЕ – 7 мм/год. На ЕКГ спостерігається гіпертрофія лівого шлуночка. Застосування якої групи медикаментів протипоказане з урахуванням супутньої патології у пацієнта?

+Бета-блокатори

-Антагоністи кальцію

-Антиагреганти

-Ангіопротектори

-Пролонговані нітрати

?

Хворий 48 років скаржиться на частий стискаючий біль за грудиною з іррадіацією в ліве плече і ліву лопатку. Приступи виникають вночі, при повному спокої, тривають 10-15 хв. Змін загального стану та порушень на ЕКГ при звертанні в поліклініку не виявлено. Яке обстеження є найнеобхіднішим для уточнення діагнозу?

+Холтеровське моніторування ЕКГ

-Велоергометрія

-Катетеризація порожнини серця

-Ехокардіографія

-Повторна ЕКГ через тиждень

?

Дитині 8 років, скарг немає, активна. Загальний стан не порушений. Помірний систолічний шум з максимальним звучанням в II-III міжреберному проміжку зліва від грудини, який не змінюється при диханні, роздвоєння другого тону. Який діагноз найбільш імовірний?

- +Дефект міжпередсердної перегородки
- Дефект міжшлуночкової перегородки
- Пролапс мітрального клапану
- Відкрита артеріальна протока
- Недостатність трикуспідального клапану

?

Гіпертонічна хвороба як важливе неепідемічне захворювання є найпоширенішою формою артеріальної гіпертензії, за якої спостерігається стійке підвищення артеріального тиску до 140/90 мм рт. ст. і на яку впливають екзогенні та ендогенні чинники ризику. Що належить до ендогенних чинників?

- +Вік (>55 років для чоловіків і >65 років для жінок), стать, спадкова схильність
- Емоційно-нервові перенапруження
- Стрес
- Метеозалежність
- Ожиріння

?

У хлопчика 14-ти років на тлі хронічного тонзиліту та гаймориту з'явилося відчуття перебоїв в ділянці серця і додаткових пульсових ударів. ЧСС-83/хв. На ЕКГ: після кожних двох синусових скорочень регулярно виникають імпульси, в яких відсутній зубець Р, QRS поширений більше 0,12 с, різко деформований, дискордантний зубець Т, після чого реєструється повна компенсаторна пауза. Вкажіть характер порушень ритму.

- +Екстрасистолія за типом тригемінії
- Екстрасистолія за типом бігемінії
- Повна AV-блокада
- Часткова AV-блокада
- Блокада лівої ніжки пучка Гіса

?

26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

+Магнію сульфат

-Діазепам

-Фенітоїн

-Ламотриджин

-Натрію вальпроат

?

Пацієнт віком 52 роки скаржиться на напади запаморочення та відчуття втрати свідомості. Із анамнезу відомо, що він переніс інфаркт міокарда задньо-нижньої стінки лівого шлуночка. Об'єктивно: стан пацієнта важкий, АТ – 190/80 мм. рт.ст., І тон ослаблений. На ЕКГ визначається: патологічний зубець Q в AVF, III відведеннях, зубці Р і комплекси QRS не пов'язані між собою, комплекс QRS вузький з частотою 44/хв. Яке порушення провідності розвинулось у цього пацієнта?

+АВ-блокада III ступеню, проксимальний тип

-АВ-блокада II ступеню, I тип

-Синдром Фредеріка

-АВ-блокада I ступеню

-АВ-блокада III ступеню, дистальний тип

?

Хвора 82 років, поступила у відділення кардіологічної реанімації із скаргами на гострий біль за грудиною, відчуття браку повітря, слабкість. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини поперечний розмір тіні серця збільшений, форма тіні трикутна із закругленими кардіодіафрагмальними кутами. Скорочення серця малої амплітуди, аритмічні. Виявлені рентгенологічні ознаки з найбільшою ймовірністю відповідають?

+Ексудативному перикардиту

- Триаді Фалло
- Артальному стенозу
- Ділятаційній кардіоміопатії
- Міокардит

?

У хворої 64-х років на четвертий день перебування у терапевтичному стаціонарі з діагнозом «ІХС: Стенокардія напруги III ФК» виникло серцебиття і різко погіршилося самопочуття. Об'єктивно: тони серця глухі, аритмічні, систолічний шум на верхівці. ЧСС- 94/хв., дефіциту пульсу немає. АТ- 130/85 мм рт.ст. На ЕКГ: групові, політопні шлуночкові екстрасистоли. Розвиток якої фатальної клінічної ситуації можна припустити?

- +Фібриляція шлуночків
- Синоатріальна блокада
- Пароксизм миготливої аритмії
- Повна атріовентрикулярна блокада
- Розвиток синдрому слабкості синусового вузла

?

Хлопчик 4-х років госпіталізований до стаціонару зі скаргами на задишку, швидку втомлюваність. В анамнезі часті респіраторні захворювання. Перкуторно: межі серця розширені вліво та вгору. Аускультативно: посилення II тону над легеневою артерією, в II-III міжребер'ї ліворуч від груднини вислуховується грубий систоло-діастолічний "машинний" шум, що проводиться в усі інші точки та на спину. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Відкрита артеріальна протока
- Дефект міжшлуночкової перегородки
- Ізольований стеноз отвору легеневої артерії
- Дефект міжпередсердної перегородки
- Клапанний стеноз аорти

?

Жінка віком 34 роки звернулася до лікаря зі скаргами на м'язову слабкість, спрагу, підвищення сечовиділення в нічний час, парестезії, напади судом. Об'єктивно виявлено: загальний стан задовільний, пастозність обличчя та ніг, Ps - 88/хв., АТ - 200/110 мм рт. ст., акцент II тону над аортою. В лабораторному аналізі крові виявлено: K^+ - 3,1 ммоль/л, Na^+ - 165 ммоль/л.

На ЕКГ спостерігається: інверсія зубця Т, депресія сегменту ST. При УЗД виявлена гіперплазія правої надниркової залози. Який попередній діагноз?

+Первинний гіперальдостеронізм

-Есенціальна гіпертонія

-Гіпопаратиреоз

-Феохромоцитома

-Глюкостерома

?

Хворий 38 років скаржиться на задишку, серцебиття, перебої в роботі серця, набряки нижніх кінцівок. Хворіє 2 роки. Об'єктивно: акроціаноз. Пульс 90 за 1 хв, артеріальний тиск 120/70 мм рт.ст. При аускультатії систолічний шум над верхівкою серця і над мечоподібним відростком. Набряки нижніх кінцівок. ЕКГ: фібриляція передсердь. ЕхоКГ: дилатація порожнин серця, відносна недостатність мітрального і трикуспідального клапанів, ФВ-35%. Який препарат може бути застосований для контролю частоти скорочень шлуночків?

+Дигоксин у поєднанні з бета-адреноблокатором

-Верапаміл

-Лідокаїн

-Хінідін

-Новокаїнамід

?

Хвора 46 років скаржиться на ниючий тривалий біль в ділянці серця, відчуття задишки, перебої в роботі серця. Об'єктивно: пульс 90 за 1 хв., аритмічний. Артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст. При аускультатії серця тони звучні. На ЕКГ: передчасні незмінні і не розширені комплекси QRS, зубець Р реєструється слідом за комплексом QRS які накладаючись на сегмент ST. Яке порушення ритму ускладнило перебіг основного захворювання?

+Суправентрикулярна екстрасистолія

-Суправентрикулярна тахікардія

-Шлуночкова екстрасистолія

-Тріпотіння передсердь

-Шлуночкова тахікардія

?

У жінки 40 років після перенесеної гострої респіраторної інфекції з'явилися задишка, ниючий біль у серці, набряки ніг, що виникають ввечері. Пульс 84 за 1 хвилину, ритмічний. Артеріальний тиск 100/50 мм рт. ст. На ЕКГ: слабонегативний зубець Т в V₁-V₄, реєструються часті, позачергові, деформовані комплекси QRS тривалістю 0,12 с. Яке порушення ритму серця ускладнило перебіг захворювання?

- +Шлуночкова екстрасистолія
- Атріовентрикулярна блокада II ступеня
- Синусова тахікардія
- Атріовентрикулярна блокада I ступеня
- Фібриляція передсердь

?

Хвора 68 років госпіталізована із скаргами на виражену задишку, серцебиття, що виникли раптово. Відмічалась втрата свідомості на догоспітальному етапі. Страждає на тромбофлебіт глибоких вен гомілок. Об'єктивно: стан тяжкий, дифузний ціаноз. Пульс 115 за 1 хв, частота дихання 26 за 1 хв, артеріальний тиск 80/40 мм рт. ст. При аускультії серця акцент II тону над легеневою артерією. Ліва гомілка збільшена в об'ємі за рахунок набряку. Які препарати доцільно призначити у даному випадку?

- +Тромболітична терапія
- Непрямі антикоагулянти
- Дезагреганти
- Діуретики
- Нітрати

?

Хворий 73-х років звернувся до лікаря зі скаргами на серцебиття, перебої в діяльності серця, ядуху з переважанням утрудненого вдиху. Ps-96/хв., ЧСС - 128/хв., фібриляція передсердь. Тони серця ослаблені, систолічний шум на верхівці. Печінка +5 см. Набряки гомілок, ФВ - 41%. Для контролю частоти серцевих скорочень доцільно використати?

- +Дигоксин у поєднанні з бета-адреноблокаторами
- Фуросемід
- Амлодипін

-Триметазидин

-Лізиноприл

?

Хворий 20-ти років скаржиться на періодичне запаморочення, головний біль, носові кровотечі, ниючий біль в ділянці серця, судом м'язів ніг, похолодання стоп. Об'єктивно: фізичний розвиток супроводжується диспропорцією м'язової системи (м'язи верхньої половини тіла гіпертрофовані, при відносній гіпотрофії м'язів тазу та нижніх кінцівок), ноги на дотик холодні. Пульс - 86/хв., ритмічний, артеріальний тиск: на руках - 200/100 мм рт.ст., на ногах - 140/90 мм рт.ст. Яке захворювання можна припустити в першу чергу?

+Коарктація аорти

-Хвороба Такаюсу

-Облітеративний ендартеріт

-Гіпертонічна хвороба

-Нейроциркуляторна дистонія

?

У хворого 59-ти років, який 15 років страждає на гіпертонічну хворобу, на тлі гіпертонічного кризу розвинулася гостра лівошлуночкова недостатність. Який препарат найдоцільніше призначити цьому хворому?

+Нітропрусид натрію

-Пропранолол

-Спіронолактон

-Каптоприл

-Ніфедипін

?

Хворого 47-ми років почав турбувати стискальний біль за грудиною, що виникає під час ходи на 700-800 м. Один раз на тиждень випиває 2 л пива. Артеріальна гіпертензія впродовж останніх 7-ми років. Об'єктивно: пульс - 74/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. При проведенні ВЕМ з навантаженням 75 Вт зареєстровано депресію сегмента ST на 2 мм нижче ізолінії у V4 - V6. Який найбільш імовірний діагноз?

+Стенокардія напруги, II функціональний клас

-Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом

-Стенокардія напруги, IV функціональний клас

-Стенокардія напруги, III функціональний клас

-Алкогольна кардіоміопатія

?

У пацієнта 54-х років м'яка первинна артеріальна гіпертензія, ІХС: стенокардія напруги II ФК, СН II ст. Супутній діагноз: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ерозивний езофагіт II стадія. Постійний прийом якого з препаратів може викликати у хворого посилення проявів гастроентерологічної патології?

+Ізосорбід динітрат

-Омепразол

-Еналаприл малеат

-Гідрохлортіазид

-Фамотидін

?

Чоловік 65-ти років скаржиться на задишку інспіраторного характеру. Хворіє на ІХС 15 років. Артеріальний тиск - 150/90 мм рт.ст., частота серцевих скорочень - 52/хв. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. У легенях: дрібноміхурцеві хрипи у нижніх відділах. ЕКГ: патологічний Q у III, aVF відвіденнях без динаміки. ЕхоКГ: дилатація лівих відділів, фракція викиду лівого шлуночка - 35%. Що лежить у основі гемодінамічних розладів у хворого?

+Систолічна дисфункція

-Діастолічна дисфункція

-Систоло-діастолічна дисфункція

-Порушення периферичного опору

-Метаболічна дисфункція

?

У хворого 18-ти років артеріальний тиск - 120/70 мм рт.ст. В III міжребер'ї зліва від краю грудини систолічне тремтіння. Ліва межа серця зміщена на 1 см назовні. У II-III міжребер'ях зліва систоло-діастолічний шум, який

посилюється під час систоли, акцент II тону. Який діагноз є найбільш імовірним?

- +Відкрита артеріальна протока
- Недостатність трикуспідального клапану
- Дефект міжпередсердної перегородки
- Коарктація аорти
- Дефект міжшлуночкової перегородки
- ?

Пацієнт 67-ми років хворіє на ІХС, стабільну стенокардію напруги протягом 6 років. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Частота дихання - 16/хв. В легенях в нижніх відділах застійні хрипи. ЕКГ: миготлива аритмія, гіпертрофія та перенавантаження ЛШ, без вогнищевих змін. Частота серцевих скорочень - 96/хв., артеріальний тиск - 156/92 мм рт.ст. Печінка +2,0 см. Помірні набряки на гомілках. Показники: тропонін Т - 0,08 нг/мл, глюкоза натще - 7,2 ммоль/л. Який рекомендований рівень МНВ (міжнародного нормалізованого відношення) в крові для профілактики тромбоемболічних ускладнень?

- +2,0-3,0
- 1,0-2,0
- 0,8-1,2
- 1,0-1,5
- 1,2-1,5
- ?

При обстеженні у стаціонарі хворого 46 років з діагнозом: ІХС: стабільна стенокардія напруги, II ФК, що відноситься до помірного ризику серцево-судинних ускладнень, виявлено, що рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності в сироватці крові становить 4,2 ммоль/л. Який рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності є цільовим у цього хворого?

- +<2,5 ммоль/л
- <3,0 ммоль/л
- <4,1 ммоль/л
- <1,8 ммоль/л
- <5,2 ммоль/л
- ?

Хвора 42 років поступила до клініки зі скаргами на ниючий біль у попереку, більше справа, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, головний біль. 20 років тому під час вагітності був напад болю в правій частині попереку. 5 років тому підвищився артеріальний тиск. Загальний аналіз сечі: відносна густина 1009-1010, білок – 0,99 г/л, лейкоцити – 10-15 у полі зору, еритроцити – 2-4 у полі зору, циліндри гіалінові – 1-2 у полі зору. Креатинін сироватки крові – 102 мкмоль/л. Яку комбінацію антигіпертензивних препаратів ви використаєте з метою зниження артеріального тиску?

+Антагоністи кальцію + інгібітори АПФ

-β-блокатори + тіазидні діуретики

-α-адреноблокатори + β-блокатори

-Антагоністи кальцію + β-блокатори

-Тіазидні діуретики + інгібітори АПФ

?

Хворий 64 років упродовж 14 років хворіє на гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: пульс 84 уд за 1 хв, ритмічний. Артеріальний тиск 170/110 мм рт.ст. Цукор крові 7,2 ммоль/л, загальний холестерин 8,2 ммоль/л, тригліцериди 2,4 ммоль/л, рівень сечової кислоти 480 мкмоль/л. Який з діуретичних засобів найбільш доцільно призначити хворому?

+Індапамід

-Гідрохлортіазид

-Фуросемід

-Спіроналоктон

-Торасемід

?

Дівчинка 13-ти років останні два тижні скаржиться на задишку, появу набряку в ділянці гомілок та стоп після фізичного навантаження. Після нічного сну набряки значно зменшуються. При клінічному обстеженні виявляється збільшення печінки, грубий систолічний шум над ділянкою серця. Аналізи сечі і крові не змінені. Яке найбільш імовірне походження набряків у цієї дитини?

+Серцева недостатність

-Нефротичний синдром

-Цироз печінки

-Гострий пієлонефрит

-Ангіоневротичний набряк

?

У хворої 38-ми років відмічаються задишка, серцебиття, пітливість, стомлюваність, тремор кінцівок, безсоння. За останній місяць схудла на 10 кг. На ЕКГ - миготлива аритмія, тахісistolічна форма (ЧСС-105/хв). Який механізм ушкодження серця в даному випадку?

+Токсична дія на міокард надлишку тиреоїдних гормонів

-Запальне пошкодження міокарда

-Пухлинний процес (міксома) у лівому передсерді

-Постміокардитичний кардіосклероз

-Атеросклеротичний кардіосклероз

?

У хлопчика 18-ти років без клінічної симптоматики при аускультатії серця виявили акцент II тону і систолічний шум на легеневій артерії. Тони серця звучні, ритмічні. Який найбільш імовірний діагноз?

+Функціональний шум

-Незрощення боталової протоки

-Стеноз клапана легеневої артерії

-Недостатність клапана легеневої артерії

-Дефект міжпередсердної перегородки

?

Чоловік 32-х років звернувся до кардіолога з приводу серцебиття, болю в ділянці серця, запаморочення. Хворіє близько 10-ти років. При обстеженні виявили блідість шкірних покривів, наявність симптомів Мюсе і Квінке, а також діастолічний шум над аортою з розповсюдженням вліво і вниз. Який інший симптом може відповідати цьому захворюванню?

+Підсилена пульсація сонних артерій

-Гіпертрофія правого шлуночка

-Миготлива аритмія

-Зменшення пульсового артеріального тиску

-Малий твердий пульс

?

Під час обстеження в лікарні у дівчинки 7-ми місяців діагностовано високий дефект міжшлуночкової перегородки. Який відділ серцево-судинної системи буде перенавантажений у першу чергу?

+Правий шлуночок

-Велике коло кровообігу

-Лівий шлуночок

-Праве передсердя

-Ліве передсердя

?

Хвора 48-ми років, яка страждає на ревматизм, комбіновану мітральну ваду серця, звернулась по медичну допомогу в зв'язку з раптовою появою після фізичного навантаження серцебиття. Об'єктивно: АТ-130/80 мм рт.ст., ЧСС- 112/хв., Рс- 82/хв, ритм неправильний. На ЕКГ: Р відсутній, QRS без змін, RR = 0,98-0,54 с. Яке ускладнення виникло у хворої?

+Пароксизм фібриляції передсердь

-Надшлуночкова екстрасистолія

-Пароксизмальна надшлуночкова тахікардія

-Шлуночкова екстрасистолія

-Пароксизмальна шлуночкова тахікардія

?

Госпіталізована хвора 49-ти років з нападом бронхіальної астми, що затягнувся. В легенях ослаблене дихання, маса сухих хрипів. ЧДР- 32/хв., АТ- 140/90 мм рт.ст., Рс-90/мин. Зроблена в/м ін'єкція 1 мл адреналіну. Стан не поліпшився: зберігається задишка 28/хв., у легенях зменшилася кількість сухих хрипів. Артеріальний тиск піднявся до 170/110 мм рт.ст., тахікардія 130/хв. Для надання невідкладної допомоги доцільно застосувати?

+Верапаміл в/в

-Атровент через небулайзер

-Кордарон внутрішньо

-Бета-блокатори в/в

-Коринфар розжувати

?

Хворий 36-ти років скаржиться на задишку, біль у правому підребер'ї, сухий кашель, набряки гомілок. Хворіє 4 місяці, лікувався з приводу ревматизму - без ефекту. Дифузний ціаноз, набряки ніг, ЧД- 28/хв., температура - 36,8° С. Над нижніми відділами легенів - дрібноміхурцеві хрипи. Межі серця розширені в усі сторони. Тони серця послаблені, систолічний шум в 5-й точці. Рс-90/хв., АТ- 100/80 мм рт.ст. Печінка на 4 см нижче реберної дуги. Який попередній діагноз?

- +Дилатаційна кардіоміопатія
- Гострий міокардит
- Бактеріальний ендокардит аортального клапану
- Гіпертрофічна кардіоміопатія
- Ревматична недостатність мітрального клапану

Хворий 64-х років госпіталізований зі скаргами на задишку, відчуття важкості у правому підребер'ї, збільшення живота. Під час огляду лікар звернув увагу на відсутність набряків на ногах при явному асциті (ascitis praesens), набухання шийних вен, частий малий пульс. Під час аускультатії серця визначається перикард-тон. ЕхоКГ: сепарація листків перикарда - 0,5 см, діаметр правого передсердя - 6 см. На рентгенограмі: серце нормальних розмірів, вздовж краю правих відділів серця визначається рентгеноконтрастний контур. Яке захворювання необхідно запідозрити в даному випадку?

- +Констриктивний перикардит
- Ексудативний перикардит
- Недостатність мітрального клапана
- Інфаркт міокарда в стадії утворення рубця
- Дилатаційну кардіоміопатію

?

Хворий 63-х років тиждень тому переніс гострий Q інфаркт міокарда. Загальний стан погіршився. Турбує задишка у спокої, виражена слабкість. Об'єктивно: набряки нижніх кінцівок, асцит. Межі серця розширені, парадоксальна перикардіальна пульсація на 2 см латеральніше від верхівкового поштовху ліворуч. На ЕКГ – куполоподібний підйом сегмента ST у відведеннях V1-V4 без динаміки. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Гостра аневризми серця
- Повторний інфаркт міокарда

- Тромбоемболія легеневої артерії
- Кардіосклеротична аневризма серця
- Гострий перикардит
- ?

У хворого 59-ти років виник напад за груднинного болю, який тривав понад 1,5 години. Об'єктивно: пацієнт загальмований, адинамічний, шкірні покриви бліді, кінцівки холодні, пульс слабкого наповнення, ЧСС-120/хв., АТ- 70/40 мм рт.ст. На ЕКГ: елевація ST у відведеннях II, III, aVF. Для якого стану є характерними вказані зміни?

- +Кардіогенний шок
- Прободна виразка шлунку
- Гострий панкреатит
- Аритмогенний шок
- Гострий перикардит
- ?

У хворого 56 років, який страждає на артеріальну гіпертензію раптово підвищився АТ, з'явилися гострий стискаючий біль за грудиною, та ядуха. Об-но: гіперемія шкіри, тони серця звучні, систолічний шум над аортою. ЧСС - 94 за 1 хв., АТ - 230/120 мм. рт. ст. Який патологічний стан розвинувся у хворого?

- +Гіпертонічний криз
- Стенокардія
- Інфаркт міокарда
- Феохромацитома, криз
- Тромбоемболія легеневої артерії
- ?

В кардіологічне відділення госпіталізовано хворого зі скаргами на біль за грудиною. Стан важкий, холодний піт, пульс аритмічний, АТ 140/90 мм.рт.ст. На ЕКГ в V1 –V4 комплекс типу QS. Про яке захворювання треба думати?

- +Інфаркт міокарда передньо- перегородково -верхівковий
- Інфаркт міокарда бокової стінки
- Інфаркт міокарда задньо-базальний
- Інфаркт міокарда задньо-діафрагмальний

-Інфаркт міокарда правого шлуночка

?

Чоловік 42 роки скаржиться на задишку, серцебиття, набряки, короточасний стискаючий біль за грудиною. Об'єктивно: ЧД - 26 в хв., ЧСС - 100 в хв., пульс - 92 в хв., АТ 110/80 мм рт.ст. грубий систолічний шум у II міжребер'ї справа від грудини. При ЕхоКГ- товщина міжшлуночкової перетинки 2,8 см, задньої стінки - 2,1 см, кінцево-діастолічний розмір (КДР) лівого шлуночка 5,2. Назвіть вірогідну причину серцевої недостатності?

+Гіпертрофічна кардіоміопатія

-Аортальний клапанний стеноз

-Коарктація аорти

-Кардіоміопатія дилатаційна

-Дифузний кардіосклероз

?

Хвора 46 років, скарги на стискуючі болі за грудиною з ірадіацією у ліву руку, при фізичному навантаженні, що з'явилися близько 1 року. 1 місяць тому - двічі непритомніла. Об'єктивно: ЧСС 80/хв, АТ 150/110 мм рт.ст. Грубий систолічний шум у II міжребер'ї правобіч грудини, в яремній ямці, на сонних артеріях. Для якої вади найбільш характерна така клінічна картина?

+Стеноз гирла аорти

-Проплапс мітрального клапану

-Коарктація аорти

-Атеросклероз аорти

-Недостатність аортального клапану

?

Хворий 54 років скаржиться на тупий головний біль у потилиці, почуття важкості у голові, іноді - мерехтіння перед очима. Протягом року - підвищений артеріальний тиск до 150/100 мм рт.ст. Протягом 4-х років страждає на цукровий діабет, приймає манініл. Об'єктивно: Шкіра звичайного кольору. Т- 36,5°C, ЧД - 20 за 1 хв., пульс - 78 за 1 хв., ЧСС - 78 за 1 хв., АТ - 152/98 мм рт.ст. Дихання везикулярне. Ліва межа серця по лівій середньоключичній лінії. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою, ритм правильний. Печінка біля краю правої реберної дуги. Назвіть групу препаратів для лікування хворого?

+Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту

- Бета-блокатори кардіоселективні.
- Бета-блокатори некардіоселективні
- Діуретики тiazидні.
- Діуретики петльові

?

У хворої 52 років, оперованої з приводу мітральної вади серця з протезуванням клапану несподівано вночі з'явилося відчуття серцебиття. Об'єктивно: АТ - 135/80 мм рт.ст., ЧСС - 108/хв., Пульс - 88/хв. На ЕКГ: Р відсутній, QRS без змін, RR - 0,88-0,60 сек., хвилі f. Найбільш ефективним засобом для відновлення серцевого ритму у хворого є?

- +Кордарон
- Строфантин
- Анаприлін
- Верапамил
- Панангин

?

У хворого 50 років з гострим інфарктом міокарда виник напад задухи. Об'єктивно: дихання клекочуче, з частотою 32 за 1 хв., кашель з виділенням великої кількості пінного рожевого харкотиння, акроціаноз, набрякання вен шиї. Пульс 108 за 1 хв., АТ 80/50 мм рт.ст. Тони серця глухі. Над всією поверхнею легенів вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи. З введення якого препарату треба розпочинати лікування?

- +Допамин
- Нітрогліцерин
- Діуретик
- Серцевий глікозид
- В-блокатор

?

Хворий 48 років з діагнозом: ІХС: гострий інфаркт міокарду з зубцем Q передньо-перетинкової ділянки, верхівки та бокової стінки лівого шлуночка, поступив в перші 4 години захворювання. Які з перерахованих підходів до лікування найбільш ефективно знижують летальність в цьому випадку при неможливості впродовж 90-120 хв. доставити пацієнта до інтервенційного відділення?

+Тромболісис в/в

-Нітрогліцерин в/в

-Морфін в/в

-Лідокаїн в/в

-Гепарин в/в

?

Жінка 74 років скаржиться на різкі болі за грудиною з іррадіацією в спину, слабкість, серцебиття, яке виникло гостро після фізичного навантаження. Артеріальна гіпертензія понад 15 років. Об'єктивно: ЧСС 110 за хв., пульс слабого наповнення, особливо на правій руці, АТ праворуч 80/60 мм рт. ст., ліворуч - 170/90 мм рт. ст. Тони серця глухі, акцент II тону над аортою. При ЕхоКГ: діаметр аорти 5,2 см, лівий шлуночок КДР 5,6 см. АСТ 0,72 ммоль/л/год. Нв – 80 г/л. Який попередній діагноз?

+Розшаровуюча аневризма аорти

-Грудний радикуліт

-Гострий інфаркт міокарда

-Спонтанний пневмоторакс

-Тромбоемболія легеневої артерії

?

В лікарню доставлений хворий після епізоду втрати свідомості. Об-но: хворий блідий, акроціаноз. ЧД – 22 за 1 хв., PS не пальпується, АТ – 64/50 мм рт.ст. На екрані монітору виявляється тахікардія з широким комплексом (QRS – 0,22 с), ЧСС до 200 уд за 1 хв. Яка тактика в даному випадку буде найбільш доцільною ?

+Електрична кардіоверсія за життєвими показами

-Черезстравохідна електростимуляція передсердь

-АТФ 2 мл в/в болюсно

-Ізоптин 0,25/% 4 мл в/в струминно

-Допамін 4/% 10 мл в/в крапельно

?

У хворого 30-ти років, курця, під час нападу кашлю з'явився різкий біль у правій половині грудної клітки, задишка у спокої, різка загальна слабкість. Запідозрено пневмоторакс. Над правою половиною грудної клітки тимпаніт,

дихання відсутнє. ЧДР- 36/хв., Рс- 120/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст. У патогенезі даного стану провідна роль належить такому чиннику:

- +Різка підвищення внутрішньоплеврального тиску
- Підвищення тиску в малому колі кровообігу
- Зниження скоротливої здатності лівого шлуночка
- Механічна закупорка гілок легеневої артерії
- Тромбоз дрібних коронарних артерій

?

Хворому 50 років, стаж роботи зварювальником 18 років, скаржиться на ядуху та сухий кашель. При рентгенобстеженні ОГП: у легенях на фоні підсиленого, сітчастодеформованого легеневого малюнку визначається велика кількість дрібних, округлих чітко окреслених тіней у середніх та нижніх відділах з обох боків, симетрично. Корені легень ущільнені, розширені. Який найбільш імовірний діагноз:

- +Пневмокониоз
- Дисемінований туберкульоз легень
- Міліарний карциноматоз
- Кардіогенний пневмосклероз
- Саркоїдоз

?

У чоловіка 47-ми років після підняття вантажу з'явилася різка біль у правій половині грудної клітини, почала наростати задуха, ціаноз шкірі та слизистої. Хворий 7 років тому хворів на інфільтративний туберкульоз правої легені. Останні три роки не обстежувався. При об'єктивному обстеженні перкуторно справа тимпаніт, при аускультатії дихання різко послаблене. Яке ускладнення розвинулося у хворого:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Тромбоемболія легеневої артерії
- Ексудативний плеврит
- Ателектаз правої легені
- Госпітальна пневмонія

?

Хворий 22-х років скаржиться на кашель з виділенням "іржавого" харкотиння, епізоди затьмарення свідомості, підвищення температури тіла

до 40,1°C, задишку, біль у м'язах. Об'єктивно: ЧДР- 36/хв. Справа, нижче кута лопатки - тупий перкуторний звук, при аускультатії - бронхіальне дихання. У крові: лейкоц.- 17,8x10⁹/л, ШЗЕ- 39 мм/год. Який діагноз є найбільш імовірним:

- +Негоспітальна пневмонія
- Туберкульоз легені
- Бронхоектатична хвороба
- Гострий бронхіт
- Рак легені

?

Хворий 62-х років звернувся зі скаргами на задишку, біль у правому боці, серцебиття, що поступово нарастають впродовж доби. Об'єктивно визначаються ціаноз шкіри обличчя та кистей, тахікардія, тимпаніт та послаблення дихання над правою легенею. На рентгенограмі: просвітлення правого легеневого поля зі зміщенням середостіння вліво. Яка патологія найбільш імовірна у даного хворого:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Спонтанний гідропневмоторакс
- Зовнішній клапанний пневмоторакс
- Тромбоемболія правої легеневої артерії
- Обтурація правого головного бронха

?

Хворий 24-х років на другий день хвороби скаржиться на високу температуру, головний біль у ділянці чола, надбрівних дуг, при русі очними яблуками, у м'язах і суглобах. Об'єктивно: температура - 39 °C. Обличчя гіперемоване, склери ін'єктовані. Слизова оболонка м'якого піднебіння, задньої стінки глотки яскраво гіперемована з крапковими крововиливами. Які зміни в гемограмі типові для цього захворювання:

- +Лейкоцитоз
- Лейкопенія
- Нейтрофіліоз
- Анемія
- Прискорена ШЗЕ

?

У хворого 46-ти років з гострим абсцесом лівої легені при кашлі раптово виникли сильний біль у грудній клітці та задуха, посилилась тахікардія. На контрольній Ro-грамі виявлено колабовану ліву легеню, повітря в лівій плевральній порожнині з горизонтальним рівнем рідини. Який механізм виникнення даного ускладнення:

+Прорив гнійника в плевральну порожнину

-Розрив булли лівої легені

-Перехід запалення на вісцеральну плевру

-Ателектаз лівої легені

-Гостра серцево-легенева недостатність

?

В лікарню доставлено хворого 69-ти років з симптомами задишки, кашлем. Виражена синюшність губ. З анамнезу: хворий їв черешні та подавився кісточкою. Який найбільш імовірний діагноз:

+Стороннє тіло в дихальних шляхах

-Бронхіальна астма

-Гострий бронхіт

-Запалення легень

-Рак легень

?

У хворого 38-ми років раптово з'явився біль у лівій половині грудної клітки, ядуха. Об'єктивно: стан середньої важкості, Рс- 100/хв., АТ- 90/60 мм рт.ст., дихання зліва не вислуховується. При рентгенографії грудної клітки - колапс лівої легені до ½ об'єму. Яке лікування потрібно призначити хворому:

+Пасивне дренивання плевральної порожнини

-Покій, розсмоктуюча терапія

-Плевральні пункції

-Оперативне лікування

-Активне дренивання плевральної порожнини

?

Хворий 32-х років 4 дні тому застудився: з'явилося дертя у глотці, швидка втомлюваність. Вранці наступного дня з'явився сухий кашель, підвищилася температура тіла до 38,2 °С, погіршилось самопочуття, з'явилося

слизовогнійне харкотиння. Перкуторно: над легенями - легеневий тон, дихання везикулярне, послаблене нижче кута лопатки з правого боку, там же вислуховуються дрібноміхурцеві звучні та не звучні хрипи. Який діагноз найбільш імовірний:

+Вогнищева правобічна пневмонія

-Бронхіальна астма

-Гострий бронхіт

-Рак легені

-Гангрена легені

?

Чоловік 48-ми років скаржиться на болі в лівій половині грудної клітки, кашель, помірну задишку, які з'явилися після травми. Об'єктивно: зліва в 6-8 міжребер'ї болюча припухлість, ребра не ушкоджені. ЧСС - 85/хв. В легенях зліва від нижнього кута лопатки легеневий звук вкорочений, ослаблене дихання. Рентгенограма легень: гомогенне затемнення від кута лопатки. При пункції отримана геморагічна рідина. Рентгенографія після пункції - гомогенна, без чітких контурів, інфільтрація лівого кореня. Який найбільш імовірний діагноз:

+Пухлина лівої легені

-Травматичний плеврит

-Лівобічна посттравматична пневмонія

-Емболія легеневої артерії

-Інфільтративний туберкульоз, туберкульозний плеврит

?

Чоловік 55-ти років скаржиться на постійну задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні, вранішній кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного харкотиння. Хворіє біля 10-ти років. Курить 40 років. Об'єктивно: ЧДР- 20/хв, зріст - 175 см, вага - 95 кг. Грудна клітка бочкоподібної форми. Над легенями на фоні послабленого везикулярного дихання - невелика кількість розсіяних сухих хрипів. Який механізм порушення альвеолярної вентиляції є провідним:

+Бронхіальна обструкція

-Порушення рухливості грудної клітки

-Порушення функції нервовом'язового апарату

-Порушення функції дихального центру

-Рестриктивна недостатність зовнішнього дихання

?

На рентгенограмі легень визначається ущільнення і різке зменшення верхньої частки правої легені. Середня і нижня частки правої легені різко пневмотизовані. Корінь правої легені підтягнутий до ущільненої частки. У верхньому

і середньому відділах лівого легеневого поля множинні вогнищеві тіні. В прикореневій ділянці лівого легеневого поля чітко контуруються 2 поряд розміщені кільцеподібні тіні з досить товстими і нерівними стінками. Якому захворюванню відповідає вказана рентгенологічна картина:

+Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень

-Ателектаз верхньої частки правої легені

-Пневмонія з абсцедуванням

-Периферичний рак

-Рак Пенкоста

?

Хворий 55-ти років, курець, скаржиться на кашель, виділення харкотиння (іноді з прожилками крові), задишку під час фізичного навантаження.

Об'єктивно: відставання у диханні правої половини грудної клітки, надключична ямка втягнута. Дихання справа послаблене, рідкі сухі хрипи. Рентгенологічно - зниження пневматизації верхньої частки, ущільнення, пов'язане з коренем легенів. Для верифікації діагнозу в першу чергу слід провести:

+Пробне лікування туберкульозу

-Одноразове виявлення мікобактерій

-Трансторакальну біопсію

-Комп'ютерну томографію

-Сканування легень з радіоізотопом

?

До стаціонару доставлено хворого 52-х років, який страждає на дисемінований туберкульоз легень, зі скаргами на різкий біль у правій половині грудної клітки, який з'явився при підйомі на 3 поверх, кашель, задишку в спокої, виражений ціаноз. Про яке ускладнення слід подумати насамперед:

+Спонтанний пневмоторакс

- Серцева недостатність
- Легенева недостатність
- Плеврит
- Гострий інфаркт міокарда

?

Чоловік 49-ти років скаржиться на задишку змішаного характеру, кашель, набряки гомілок, збільшення живота за рахунок асцитів. Хворіє більше 20-ти років на хронічний бронхіт. Останні 3 роки є інвалідом II групи через зміни з боку серця. Об'єктивно: ціаноз змішаного характеру, набряки. Рс- 92/хв, ритмічний, АТ- 120/70 мм рт.ст., ЧДР- 24/хв. Акцент II тону над легеневою артерією. Над легенями - коробковий звук. Сухі хрипи над всією поверхнею легенів. Який механізм розвитку змін з боку серця у цього хворого:

- +Рефлекс Ейлера-Лільєстранда
- Рефлекс Бейнбріджа
- Рефлекс Китаєва
- Кардіоваскулярний рефлекс
- Дихальний рефлекс

?

При топографічній перкусії легенів у хворого, який отримав на підприємстві значну баротравму, було виявлено, що нижні межі легенів знаходяться на одне ребро нижче норми, висота верхівок обох легенів та поля Креніга значно збільшені. Про яке захворювання повинен подумати лікар в першу чергу:

- +Емфізема легенів
- Ексудативний плеврит
- Хронічний бронхіт
- Бронхіальна астма
- Пневмоторакс

?

Хворий 22-х років офісний працівник. Працює весь день у кондиціонованому приміщенні. Влітку гостро захворів: висока температура, задишка, сухий кашель, плевральний біль, міалгії, артралгії. Об'єктивно: справа вологі хрипи, шум тертя плеври. Рентгенологічно тривало

зберігається інфільтрація нижньої частки. В крові: лейкоц.- $11 \times 10^9/\text{л}$, п.- 6%, с.- 70%, лімф.- 8%, ШЗЕ- 42 мм/год. Який етіологічний фактор пневмонії:

- +Легіонела
- Мікоплазма
- Стрептокок
- Стафілокок
- Пневмокок
- ?

Хворому на двосторонній гідроторакс неодноразово проводили плевральні пункції з обох боків. Після чергової пункції виникло погіршення стану - лихоманка, біль у грудях. Наступного дня лікуючим терапевтом під час плевральної пункції справа одержано гній. Який механізм виникнення правосторонньої гострої емпієми:

- +Контактно-аспіраційний
- Лімфогенний
- Гематогенний
- Імплантаційний
- Повітряний
- ?

Студентка 19-ти років госпіталізована в екстреному порядку через виражену задишку, болі у лівій половині грудної клітки. Захворіла 3 дні тому. Об'єктивно: температура тіла - $38,8^\circ\text{C}$, ЧДР- 42/хв., дихання поверхневе. Перкуторно справа від середини лопатки притуплення звуку, дихання не вислуховується. Ліва межа серця зміщена назовні на 3 см. Ембріокардія, ЧСС- 110/хв. Пальпація правого підребер'я болісна. Які невідкладні лікувальні заходи у даній ситуації:

- +Термінова пункція плевральної порожнини
- Призначення антибіотиків групи пеніциліну
- Введення лазиксу
- Введення серцевих глікозидів
- Переведення хворої до відділення торакальної хірургії
- ?

У хронічного курця 52-х років під час піднімання мішка з картоплею раптово виник сильний колючий біль у лівій половині грудної клітки, кашель, сильна

задишка, тахікардія, зниження артеріального тиску. На ЕКГ: ознаки перевантаження правих відділів серця. На рентгенограмі органів грудної клітки відсутній легеневий малюнок у лівій половині грудної клітки; органи середостіння зміщені вправо. Якому стану відповідає дана клінічна картина:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Гострий інфаркт міокарда
- Тромбоемболія легеневої артерії
- Гостра лівобічна пневмонія
- Ексудативний плеврит

?

На 4-й день після перенесеної застуди хворого госпіталізовано зі скаргами на кашель з виділенням поодиноких плювків слизового харкотиння. На 2-й день одноразово виділилось близько 250 мл гнійного харкотиння з прожилками крові. Об'єктивно: стан середньої важкості. ЧДР- 28-30/хв., Ps- 96/хв, АТ- 110/70 мм рт.ст. Дихання над лівою легенею везикулярне, над правою - ослаблене, вологі різнокаліберні хрипи над нижньою часткою та амфоричне дихання біля кута лопатки. Який найбільш імовірний діагноз:

- +Гострий абсцес легені
- Ексудативний плеврит
- Гостра вогнищева пневмонія
- Емпієма плеври
- Піопневмоторакс

?

Чоловік 26-ти років скаржиться на колючий біль при диханні, кашель, задишку. Об'єктивно: $t - 37,3^{\circ}\text{C}$, ЧДР- 19/хв., ЧСС = Ps - 92/хв.; АТ- 120/80 мм рт.ст. Дихання везикулярне. Зліва у нижньолатеральних відділах грудної клітки у фазі вдиху та видиху вислуховується шум, який посилюється при натисканні фонендоскопом та зберігається після кашлю. ЕКГ - без патологічних змін. Який найбільш імовірний діагноз:

- +Гострий плеврит
- Міжреберна невралгія
- Підшкірна емфізема
- Спонтанний пневмоторакс

-Сухий перикардит

?

Хвора 47-ми років скаржиться на кашель з виділенням гнійного харкотиння, біль у нижній частині лівої половини грудної клітки, періодичне підвищення температури тіла. Хворіє близько 10-ти років. Об'єктивно: дистальні фаланги пальців у вигляді "барабанных паличок". Яке обстеження буде найбільш інформативним для постановки діагнозу:

+Бронхографія

-Бронхоскопія

-Оглядова рентгенограма легенів

-Пункція плевральної порожнини

-Бактеріологічне дослідження харкотиння

?

У хворого 26-ти років, з лівобічною нижньочастковою пневмонією, під час кашлю з'явився різкий біль у грудній клітці зліва. Об'єктивно: дифузний ціаноз, розширення лівої половини грудної клітки. Перкуторно - високий тимпаніт. Аускультативно - відсутність дихальних шумів над лівою половиною грудної клітки. Зміщення правої межі серця до середньоключичної лінії. Яке обстеження буде найбільш інформативним:

+Рентгенографія

-Бронхоскопія

-Бронхографія

-Пневмотахометрія

-Спірографія

?

У хворого 65-ти років, який тривалий час хворіє на тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок, раптово з'явилися задишка, кашель з виділенням харкотиння і домішками крові, біль за грудниною з іррадіацією в правий бік. Рс- 100/хв, АТ- 90/50 мм рт.ст., ЦВТ- 300 мм вод.ст. Яке ускладнення виникло у хворого:

+Тромбоемболія легеневої артерії

-Гострий перикардит

-Гостра пневмонія

-Інфаркт міокарда

-Гостра серцево-судинна недостатність

?

Чоловік 52-х років скаржиться на напади задухи, біль у правому боці під час дихання. Захворів раптово. З анамнезу відомо, що останній місяць він лікувався з приводу тромбофлебіту правої нижньої кінцівки. У приймальному відділенні раптово втратив свідомість, виникла задуха і біль у боці. Об'єктивно: ЧСС- 102/хв., ЧДР- 28/хв., АТ- 90/70 мм рт.ст. Аускультативно: акцент II тону над легеневою артерією, ритм галопу, над легень з правого боку під лопаткою дрібнопухирцеві хрипи, шум тертя плеври. Яке дослідження є найбільш інформативним для встановлення діагнозу:

+Ангіографія судин легень

-Ехокардіоскопія

-Вивчення функції зовнішнього дихання

-ЕКГ

-Коагулограма

?

Хворий 22-х років через 3 дні після ГРВІ скаржиться на дертя за грудниною, кашель із слизистим харкотинням. Стан задовільний. Перкуторно: легеневий звук, аускультативно: над легень жорстке дихання. Рентгенограма легень - без змін. Який діагноз у хворого:

+Гострий бронхіт

-Грип

-Гострий ларингіт

-Прикоренева пневмонія

-Гострий фарингіт

?

Хворий 40-ка років захворів місяць тому з підвищення температури, появи явищ інтоксикації, до яких потім приєдналися задишка, кашель з відходженням харкотиння. При рентгенологічному обстеженні в верхніх відділах легень виявлені вогнища різноманітної величини, що місцями зливаються. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Дисемінований туберкульоз легень

-Двобічна вогнищева пневмонія

-Карциноматоз легень

-Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт

-Застійна легеня

?

Студент скаржиться на кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, іноді з кров'яними прожилками, підвищення температури до 37,6 °С, слабкість, пітливість. З дитинства часто хворів на простудні захворювання. В останні роки двічі на рік спостерігаються загострення хронічного бронхіту. Лікар запідозрив у хворого бронхоектатичну хворобу. Який метод діагностики підтвердить це припущення:

+Бронхографія

-Спірографія

-Фізикальне дослідження легенів

-Рентгенографія легенів

-Томографія легенів

?

Хворий 50-ти років впродовж 15-ти років хворіє на хронічний обструктивний бронхіт. Палить 20-ти років. При спірографічному дослідженні встановлено: ЖЄЛ < 40% від належної, ОФВ₁ < 40%, індекс Тіфно

< 40%, МВЛ < 30%. Яка ступінь вентиляційних порушень має місце у хворого:

+IV

-II

-I

-III

-0

?

У чоловіка 25-ти років раптово виник гострий біль у правій половині грудної клітки і задишка. Об'єктивно: трахея відхилена вліво. Усе перераховане може мати місце, крім:

+Шум тертя плеври зліва

-Відсутність сухих хрипів

-Відсутність вологих хрипів

-Підвищене голосове тремтіння з правого боку

-Дистанційні сухі хрипи

?

Хворий скаржиться на різку задишку, яка посилюється при фізичному навантаженні. Скарги виникли раптово 2 години тому на роботі: різкий біль зліва у грудній клітці, кашель. З часом біль зменшувався, але зростала задишка, запаморочення, блідість, холодний піт, ціаноз. Відсутнє везикулярне дихання. Рентгенологічно - затемнення з лівого боку. Яку патологію можна запідозрити:

+Спонтанний лівобічний пневмоторакс

-Інфаркт легені

-Плеврит

-Лівобічна пневмонія

-Абсцес легені

?

У хворого 62-х років, що палить і часто хворіє на "пневмонії", при оглядовій рентгенографії грудей в правій легені знайдено трикутної форми затемнення з вершиною, спрямованою до кореня легені, а також зсув тіні серця та середостіння в бік ураження. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Центральний рак легені

-Абсцес легені

-Кіста легені

-Периферичний рак легені

-Ателектаз легені

?

Студент 18-ти років протягом 7-ми днів скаржиться на слабкість, температуру тіла до 37,8 °С, слизові виділення з носа, біль у горлі під час ковтання, відчуття "піску" в очах. Об'єктивно: збільшення задньошийних, кутовощелепних лімфовузлів, набряк та ін'єкція судин кон'юнктив, гіперемія слизової оболонки ротоглотки, гіпертрофія мигдаликів, нальоту немає. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Аденовірусна інфекція

-Грип

-Інфекційний мононуклеоз

-Риновірусна інфекція

-Парагрип

?

У хворої з нижньочастковою пневмонією лівої легені з'явилися скарги на біль у лівій половині грудної клітки. Об'єктивно: визначається широка зона притуплення на лівій половині грудної клітки (лінія Соколова-Елісон-Дамуазо). З якого метода дослідження легень доцільно почати обстеження з метою уточнення діагнозу:

+Рентгенографія

-Бронхоскопія з біопсією

-Бронхографія

-Спірографія

-Торакоскопія

?

Після тривалого періоду субфебрилітету хворий помітив посилення задишки, біль у правому підребер'ї, набряки ніг. Об'єктивно: шийні вени набрякли. Рс- 120/хв, інколи зникає під час вдиху. Тони серця різко послаблені. На ЕКГ: зниження вольтажу зубців шлуночкового комплексу. Місяць тому відзначався підйом сегменту ST_{V1-V4}. Тінь серця розширена, округла. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Ексудативний перикардит

-Дрібновогнищевий інфаркт міокарда

-Післяінфарктний кардіосклероз

-Метаболічна післяінфекційна міокардіопатія

-Первинний ревмокардит

?

Протягом 8-ми років хворого турбує кашель зранку з відходженням невеликої кількості харкотиння, задишка. Палить більше 10-ти років. Об'єктивно: ціаноз, збільшення тривалості видиху, сухі хрипи. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Хронічний обструктивний бронхіт

-Хронічний необструктивний бронхіт

-Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт

-Бронхоектатична хвороба

-Бронхіальна астма

?

Під час флюорографічного обстеження в 45-ти річного чоловіка вперше на верхівці правої легені виявлені нечисленні вогнища малої інтенсивності з нечіткими контурами. Самопочуття хворого не порушене. Палить багато років. Об'єктивно: над легенями перкуторно - легеневий звук, дихання везикулярне, хрипи не прослуховуються. Аналіз крові без змін. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Вогнищевий туберкульоз легень

-Периферичний рак легені

-Еозинофільна пневмонія

-Бронхопневмонія

-Дисемінований туберкульоз легенів

?

На оглядовій рентгенограмі легень визначається інтенсивне однорідне затемнення, що відповідає положенню нижньої частки лівої легені. На боковій рентгенограмі особливо чітко видно, що ушкоджена вся частка, причому вона зменшена, а її передній контур різкий та випрямлений. Серце дещо зміщене ліворуч та до заду. Яким захворюванням обумовлена вказана рентгенологічна картина:

+Ателектаз нижньої частки лівої легені

-Лівобічний ексудативний плеврит

-Крупозна пневмонія

-Периферичний рак лівої легені

-Ехінокок лівої легені

?

На рентгенограмі органів грудної клітки з правого боку, на рівні 4-го ребра, відзначається інтенсивна негомогенна з нечіткими контурами тінь великих розмірів. У центрі вказаної тіні визначається горизонтальний рівень та просвітлення легеневої тканини над ним. Якому захворюванню відповідає дана рентгенологічна картина:

+Абсцес правої легені

-Периферичний рак

-Туберкулома правої легені

-Бульозна хвороба

-Правобічний пневмоторакс

?

У хворої на 4 добу після оперативного втручання з приводу кістоми правого яєчника раптово з'явився біль у правій половині грудної клітки з відходженням харкотиння рожевого кольору, підвищення температури тіла до 37,7 °С. Під час обстеження легень виявлено притуплення легеневого звуку та поодинокі вологі хрипи в нижніх відділах з правого боку. Яке ускладнення найбільш вірогідне:

+Інфаркт легені

-Пневмонія

-Абсцес легені

-Ексудативний плеврит

-Пневмоторакс

?

Хворий 65 років скаржиться на ядуху, кашель з виділенням рожевого харкотиння, яке піниться, відчуття нестачі повітря, страх смерті.

Об'єктивно: ортопное, шкіра бліда, акроціаноз, холодний липкий піт.

Дихання жорстке, в нижньозадніх відділах з обох боків - вологі дрібно- та середньопухирчасті хрипи. ЧДР- 40/хв. Тони серця різко приглушені. На верхівці серця - ритм галопу. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Набряк легенів

-Астматичний статус

-Крупозна пневмонія

-Інфаркт-пневмонія

-Тромбоемболія легеневої артерії

?

У хворого 32 років, який лікувався в стаціонарі з приводу гострого абсцесу правої легені, після кашлю раптово з'явилися важке дихання, ціаноз, біль у правій половині грудної клітки. Яке ускладнення, найбільш вірогідно, виникло у хворого:

+Піопневмоторакс

-Інфаркт-пневмонія

-Інфаркт міокарда

-Перфорація стравоходу

-Ексудативний плеврит

?

Під час флюорографічного обстеження у 45-річного чоловіка вперше на верхівці правої легені виявлені нечисленні вогнища малої інтенсивності з нечіткими контурами. Самопочуття хворого не порушене. Палить багато років. Об'єктивно: над легенями перкуторно - легеневий звук, дихання везикулярне, хрипи не прослуховуються. Аналіз крові без змін. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Вогнищевий туберкульоз легень

-Периферичний рак легені

-Еозинофільна пневмонія

-Бронхопневмонія

-Дисемінований туберкульоз легень

?

Хворий 28 років проходить курс лікування з приводу туберкульозу легень. Скарги на гострий біль у правій половині грудної клітки, що виник раптово, задишку. Перкуторно над правою легенею визначається коробковий звук, дихання не прослуховується. Рентгенографічно: права легеня колабована до кореня на 1/2 об'єму, серце та органи середостіння зміщені вліво. Яке ускладнення виникло в хворого:

+Спонтанний пневмоторакс

-Сухий плеврит

-Емпієма плеври

-Інфаркт легені

-Ексудативний плеврит

?

У хворого 32 років після переохолодження з'явилися загальна слабкість, пітливість; підвищилася температура, з'явився кашель. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, шкіра волога, ціаноз губ. Грудна клітка симетрично бере участь у диханні, з правого боку під лопаткою незначне притуплення перкуторного звуку, послаблене везикулярне дихання, вологі звучні дрібнопухирчасті хрипи. Над рештою поверхні легенів - жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. Тони серця підсилені, акцент II тону над

легеневою артерією. У крові: лейкоц.- 8, 2×10^9 /л, ШЗЕ- 21 мм/год. Який діагноз найбільш вірогідний:

- +Правобічна вогнищева пневмонія
- Хронічний необструктивний бронхіт в стадії загострення
- Гострий бронхіт
- Рак легені
- Туберкульоз
- ?

Хворий 52 років надійшов зі скаргами на задишку при помірному фізичному навантаженні, кашель з харкотинням, що важко відділяється. Хворіє протягом 12 років. Об'єктивно: ЧДР- 26/хв. Перкуторно - легеневий тон з коробковим відтінком; послаблене везикулярне дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі хрипи. Раніше лікувався лише теопеком, або еуфіліном в/в. Призначте базисну терапію після ліквідації загострення:

- +Атровент
- Алупент
- Інгакорт
- Тайлед
- Амінофілін
- ?

Хворий 67 років скаржиться на задишку, біль у грудях, загальну слабкість. Хворіє 5 місяців. Об'єктивно: $t - 37,3^{\circ}\text{C}$, $P_s - 96$ /хв. Над правою легенею голосове тремтіння не визначається, перкуторний звук тупий, дихання не прослуховується. У харкотинні - домішок крові дифузно змішаної зі слизом. Який найбільш вірогідний діагноз:

- +Рак легень
- Великовогнищева пневмонія
- Бронхоектатична хвороба
- Вогнищевий туберкульоз легень
- Ексудативний плеврит
- ?

Хвора 29 років впродовж 2 місяців скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки, кашель, задишку, підвищення температури тіла до $39,6^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання,

ослаблення везикулярного дихання та укорочення перкуторного звуку зліва. Рентгенологічно визначається округла тінь у нижній частці лівої легені. Який попередній діагноз:

+Абсцес легені

-Гнійний плеврит

-Рак легені

-Емпієма плеври

-Хронічна пневмонія

?

Медсестра 40 років госпіталізована з приводу високої температури (39,4°C). Така температура зберігається протягом 2 тижнів, етіологія лихоманки не встановлена. Яке захворювання НЕ СЛІД враховувати при проведенні диференційної діагностики та подальшому обстеженні хворої:

+Респіраторна інфекція

-Прихована бактеріальна інфекція

-Лімфома

-Хвороба Стілла

-Штучна гіпертермія

?

У чоловіка 52 років спостерігаються прогресуюча задишка та кашель з гнійним харкотинням протягом 2 днів. Він палить по пачці цигарок на день протягом 30 років. Температура 37,2 °C. Дихання послаблене, з поодинокими сухими та свистячими хрипами. У крові: лейкоц. $9 \times 10^9/\text{л}$, формула не змінена. Мазок харкотиння за Грамом показує велику кількість нейтрофілів та грамнегативних диплококів. На рентгенограмі грудної клітини підвищення повітряності легень. Який діагноз найбільш вірогідний:

+Бронхіт

-Стрептококова інфекція

-Астма

-Бронхоектатична хвороба

-Емболія легеневої артерії

?

Хворий 20 років захворів гостро. На 2-й день хвороби скаржиться на сильний головний біль у скронях та ділянці орбіт, ломоту в тілі, сухий

болючий кашель. Об'єктивно: $t = 39^{\circ}\text{C}$, хворий адинамічний, слизова оболонка ротоглотки "палаюча", в легенях хрипи не вислуховуються. Який діагноз найбільш вірогідний:

- +Грип
- Парагрип
- Респіраторний мікоплазмоз
- Пневмонія
- Менінгококова інфекція

?

Хворий 55 років скаржиться на слабкість протягом 2-х місяців, біль у правій половині грудної клітки, кашель, виділення харкотиння з прожилками крові. Рентгенологічно: інтенсивна тінь трикутної форми на ділянці нижньої частки, зв'язана з середостінням. Про яке захворювання слід подумати:

- +Рак легень
- Туберкульоз легень
- Бронхоектатична хвороба
- Інфаркт легень
- Плевропневмонія

?

У хворої 60 років на третій день після венектомії з приводу тромбофлебиту підшкірних вен раптово з'явилося гостре відчуття нестачі повітря. Шкіра стала спочатку різко ціанотичною, а потім попелястого кольору. Виражене психомоторне збудження, тахіпное, за груди́нний біль. Яке ускладнення післяопераційного періоду виникло:

- +Тромбоемболія легеневої артерії
- Кровотеча
- Гіпостатична пневмонія
- Інфаркт міокарду
- Клапанний пневмоторакс

?

У хворого 32 років, який лікувався у стаціонарі з приводу гострого абсцесу правої легені, після кашлю раптово з'явилися важке дихання, ціаноз, біль у правій половині грудної клітки. Яке ускладнення найбільш вірогідне:

- +Піопневмоторакс
- Інфаркт-пневмонія
- Інфаркт міокарда
- Перфорація стравоходу
- Ексудативний плеврит

?

Жінка 36-ти років страждає на поліноз впродовж 7-ми років. Останні 2 роки у серпні-вересні (період цвітіння амброзії) пацієнтка відмічає 2-3 напади ядухи, котрі усуваються 1 дозою сальбутамолу. Об'єктивно: температура 36,5°C, ЧДР- 18/хв., Рс- 78/хв., АТ-115/70 мм рт.ст. Над легеньми везикулярне дихання. Тони серця звучні, ритм правильний. Застосування якого препарату дозволить найбільш ефективно запобігти нападам ядухи у критичний для хворої сезон:

- +Інгаляції інталу
- Інгаляції беротеку
- Інгаляції атровенту
- Прийом супрастину
- Прийом теопеку

?

Хворий 40-ка років скаржиться на підвищення температури до 39 °С, кашель з виділенням харкотиння та домішками крові, задишку, загальну слабкість, герпетичне висипання на губах. Об'єктивно: ЧДР- 32/хв. Справа під лопаткою посилення голосового тремтіння, там же притуплення перкуторного звуку. Аускультативно: бронхіальне дихання. У крові: лейкоц.- $14 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ- 35 мм/год. Який попередній діагноз:

- +Крупозна правобічна пневмонія
- Вогнищева правобічна пневмонія
- Кавернозний туберкульоз правої легені
- Рак легені
- Ексудативний плеврит

?

У хворої 53-х років діагностований гострий абсцес легені. З анамнезу виявлено, що 2 тижні тому вона була виписана у задовільному стані із терапевтичного стаціонару, де знаходилась з приводу гострої

нижньодольової пневмонії. Назвіть найбільш імовірний шлях виникнення абсцесу легені у хворі:

- +Бронхіальна обструкція
- Гематогенний шлях інфікування
- Емболічний шлях інфікування
- Лімфогенний шлях інфікування
- Травматичний шлях інфікування
- ?

Хворий 36-ти років поступив із скаргами на кашель з виділенням гнійного харкотиння до 150 мл на добу, кровохаркання, періодичне підвищення температури до 37,8°C, знижений апетит, загальну слабкість. Хворіє протягом 10-ти років, загострення захворювання навесні і восени. Об'єктивно: блідість, легкий акроціаноз, потовщення нігтьових фаланг пальців. Аускультативно: вологі хрипи під лівою лопаткою. На Рo-грамах: розширення кореня легені, тяжистість і шпаристість легеневого малюнка зліва. Який найбільш вірогідний метод для уточнення діагнозу:

- +Бронхографія
- Рентгеноскопія
- Томографія
- Бронхоскопія
- Торакоскопія
- ?

Хворий 39-ти років скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість, пітливість. Об'єктивно: бочкоподібна грудна клітка, ЧДР- 20/хв., Рs- 84/хв., ритмічний. АТ- 130/90 мм рт.ст. Перкуторно: коробковий відтінок легеневого звуку, дихання послаблене, тони серця приглушені, ритмічні. Периферійні набряки відсутні. Яке порушення функції зовнішнього дихання буде у хворого:

- +Зниження дихальних об'ємів
- Підвищення швидких параметрів вдиху за секунду
- Нападоподібне погіршення параметрів "потік-об'єм"
- Нормальні показники
- Зниження пікової швидкості вдиху при збереженні параметрів видиху
- ?

Жінка 32-х років висловлює скарги на висипання у ділянці тулуба, кінцівок, виражений свербіж шкіри. Захворювання почалося раптово після укусів комарів. Супутні захворювання: хронічний тонзиліт, хронічний гастрит, коліт. Об'єктивно: на шкірі тулуба, кінцівок розташована велика кількість набряклих папул розмірами від булавочної голівки до великих зливних вогнищ з фестоначними краями. На окремих ділянках висип регресує. Який найбільш імовірний діагноз:

+Кропив'янка

-Алергійний дерматит

-Токсикодермія

-Екзема мікробна

-Екзема справжня

?

Чоловік 68-ми років скаржиться на кашель із виділенням харкотиння, який турбує його впродовж декількох років, осиплість голосу, загальну слабкість. Проживає поблизу заводу по переробці азбесту. Об'єктивно: в легенях справа ослаблене дихання з подовженим видихом, сухі хрипи. На рентгенограмі: в ділянці кореня і прикореневої зони справа неоднорідне, з нечіткими контурами затемнення, підвищена повітряність легень. ЛОР органи - парез правої голосової зв'язки. Який найбільш імовірний діагноз:

+Центральний рак правої легені

-Правобічна прикоренева пневмонія

-Хронічний пиловий бронхіт

-Азбестоз

-Туберкульоз легень

?

Хвора 52-х років скаржиться на біль у правій половині грудної клітини, задишку, кашель з великою кількістю пінистого харкотиння у вигляді "м'ясних помий", з неприємним запахом. Об'єктивно: стан тяжкий, ціаноз, ЧДР 31/хв, при перкусії вкорочений перкуторний звук над правою легенею, аускультативно різнокаліберні вологі хрипи. Який найбільш вірогідний діагноз:

+Гангрена легені

-Абсцес легені

-Емпієма плеври

-Бронхоектатична хвороба

-Хронічна пневмонія

?

Хвора 73-х років надійшла в клініку в екстреному порядку із защемленою стегною килою. Крім того у хворої наявна варикозна хвороба лівої нижньої

кінцівки, ожиріння IV ст. Яке найбільш імовірне ускладнення може виникнути у післяопераційному періоді:

+Тромбоемболія легеневої артерії

-Сепсис

-Гостра дихальна недостатність

-Інфаркт міокарда

-Гостра пневмонія

?

У хворого 65 років скарги на задишку, сильний кашель з невеликою кількістю харкотиння з прожилками крові, схуднення, Т 37,2 °С, втрата апетиту, слабкість. Хворіє багато років, стан погіршився рік тому, а задишка з'явилась 3 тижні тому. Все життя палить, працює столяром. Об-но: нормальної тілобудови, виснажений. Западання правої половини грудної клітки, обмеження екскурсії, участь додаткової мускулатури в диханні, число дихань 22/хв. Перкуторно над правою верхньою часткою притуплення, аускультативно дихання відсутнє, на всьому протязі везикулярне жорстке. На Rtg ОГК: верхня права частка зменшена в розмірах, над нею гомогенне затемнення, пов'язане з коренем, корінь деформований, органи межистіння дещо зміщені вправо. Який діагноз найбільш вірогідний:

+Обтураційний ателектаз легень

-Пневмоторакс

-Саркоїдоз легень

-Туберкульоз легень

-Фіброзуєчий альвеоліт

?

У хворого 20 років під час спортивного тренування раптово з'явилися напад задишки, інтенсивний колючий біль в грудях справа і кашель. . Об-но: хворий сидить у ліжку, блідий. Грудна клітка симетрична, обмежена

екскурсія правої половини, число дихань 22 за хв. Над правою половиною грудної клітки перкуторний звук з тимпанічним відтінком, над лівою – ясний легеневий. Аускультативно справа різко ослаблене везикулярне дихання, при пальпації там же значно ослаблене голосове тремтіння. На Rtg ОГК: справа ясне поле без легеневого малюнка, легень зменшена, лежить ближче до кореня, органи межистіння зміщені в ліво. Який діагноз найбільш вірогідний:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Гостра пневмонія
- Інфаркт легені
- Міжреберна невралгія
- Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії
- ?

Хвора скаржиться на лихоманку, сухий кашель, відчуття першіння в горлі та за грудиною, відчуття нестачі повітря, які з'явилися після переохолодження. В анамнезі відсутні данні про захворювання легень. Температура тіла 37,1 °С; легеневий тон з коробочним відтінком, дихання везикулярне з сухими розсіяними та вологими середнього та великого калібру хрипами. Видих подовжений. Діагноз:

- +Гострий трахеобронхіт
- ГРВІ
- Обструктивний бронхіт
- Пневмонія
- Бронхоектатична хвороба
- ?

Хвора Д., 36 років, скаржиться на задишку, помірний кашель з невеликою кількістю харкотиння, важкість в лівій половині грудної клітини, підвищення температури тіла до 37,70 . Ця симптоматика з'явилась та посилювалась впродовж тижня. Об-но: ЧДР-26/хв.. Ліва половина грудної клітини відстає при диханні. Нижче кута лівої лопатки голосове тремтіння різко послаблене, перкуторно - притуплений тон, аускультативно – послаблене везикулярне дихання. Який попередній діагноз можна встановити:

- +Лівобічний ексудативний плеврит
- Пневмоторакс зліва.
- Лівобічна міжреберна невралгія

-Ателектаз нижньої долі

-Абсцес нижньої частки лівої легені.

?

У хворого Н, 64 років, що давно страждає на захворювання легень, виникло чергове загострення. При дослідженні харкотиння виявлено: шарувате, жовто- зелене, містить багато лейкоцитів, детрит, еластичні волокна. Якому захворюванню може відповідати такий аналіз:

+Хронічному абсцесу легені

-Бронхіальній астмі

-Гострому бронхіту

-Пневмонії

-Емфіземі легень

?

Хвора К. звернулась зі скаргами на свистяче утруднене дихання, ядушний кашель. Відмічає появу приступів ядухи вночі 3-4 рази на місяць та вдень 2-3 рази на тиждень. Об'єктивно: везикулярне дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі, свистячі хрипи. При обстеженні: ОФВ₁ 60% від норми, добові коливання ПШВ 28%. Що потрібно призначити для купування приступу на цій стадії бронхіальної астми:

+Сальбутамол

-Фліксотид.

-Теопек.

-Серевент.

-Тавегіл.

?

Хворий М., 26 років, поступив в лікарню зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 °С, задишку, біль в правому боці грудної клітки при диханні і кашлі. Хворіє більше 6 тижнів, лікувався самостійно. При огляді ціаноз губ, блідість обличчя. Пульс – 105/хв. Тони серця ослаблені, права половина грудної клітки відстає в акті дихання. При перкусії – справа з 5-го ребра і вниз тупий звук, дихання справа різко ослаблене. При пункції плеври справа отримано мутна рідина. Який діагноз є найбільш імовірним:

+Правобічний ексудативний плеврит

-Гідроторакс

- Крупозна пневмонія
- Рак легень (ателектаз)
- Міжреберна невралгія

?

Хвора К., 22 роки, поступила у лікарню зі скаргами на напади ядухи до 3-4 раз на добу, кашель з виділенням густого прозорого харкотиння, задишку. При огляді: ціаноз губ, грудна клітка бочкоподібної форми, набряклі шийні вени, тахікардія (110/хв). Тони серця ослаблені. Перкуторно - над легеньми коробковий звук. Дихання ослаблене, видих подовжений. З обох сторін маса сухих свистячих хрипів. Який діагноз можна поставити:

- +Бронхіальна астма
- Серцева астма
- Спонтанний пневмоторакс
- Хронічний обструктивний бронхіт
- Істерична астма

?

Хворий 56 р. Скаржиться на надсадний болючий кашель, особливо вночі, біль за грудниною, задишку, слабкість, субфебрилітет. На рентгенограмі легень прикоренева тінь з розпливчастими нерівними контурами, випукла по периферії і нагадує інтерлобарні шварти. Дихання в легенях ослаблене, жорстке. В крові: Нb- 126 г/л, Л. - $10,5 \times 10^9$ /л, е.- 7%, п.- 5%, с.- 63%, л.- 20%. ШЗЕ- 25 мм/год. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу:

- +Бронхоскопія
- Оксигемометрія
- Дослідження харкотиння
- Проба Манту
- Дослідження зовнішнього дихання

?

Дівчина 23 років, яка хворіє на БА, напади якої купуються бета-адреноміметиками, раптово відчула нестачу повітря, температура тіла підвищилась до 39 °С, з'явився кашель з в'язким темним харкотинням. Об-но: сухі хрипи, в верхній частці правої легені – дрібнопухирцеві вологі хрипи. Яке з наведених досліджень допоможе встановити кінцевий діагноз:

- +Рентгенографія ОГК

- Клінічний аналіз крові
- Аналіз харкотиння
- Дослідження функції зовнішнього дихання
- Бронхографія

?

У жінки 42 років, яка страждає хронічним синуситом, розвинулась, гостра форма артрити. Лікар призначив лікування ацетилсаліциловою кислотою. В анамнезі схильності до алергічних реакцій у хворої не було. Раптово після введення препарату у хворої розвинувся бронхоспазм. Найбільш імовірним патогенетичним механізмом бронхоконстрикції є:

- +Первинно-змінена реактивність бронхів
- Адренергічний дисбаланс
- Інфекційно-залежний
- Атопічний
- Імунопатологічний

?

Хворий 65 років, який більше 17 років страждає на хронічний обструктивний бронхіт, скаржиться на задуху з переважним утрудненням вдиху, відчуття важкості у правому підребер'ї, набряки гомілок та стоп. При аускультатії над легеньми - жорстке дихання, сухі хрипи; акцент та розщеплення II тону в II міжребер'ї. Які зміни на ЕКГ слід очікувати:

- +Гіпертрофія міокарда правого шлуночка
- Екстрасистолія
- Відхилення ЕВС вліво
- Гіпертрофія лівого передсердя
- Миготлива аритмія

?

У хворого 18 років після переохолодження підвищилась температура тіла до 39°C, з'явилися біль в правій половині грудної клітки, трясовиця, покашлювання. Об-но: блідий, шкірні покриви вологі, АТ – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 96/хв., ЧДР – 27/хв. Над легеньми при перкусії нижче кута правої лопатки – укорочення перкуторного звуку, тут же на тлі ослабленого везикулярного дихання вислуховуються вологі дрібнопухирцеві хрипи, крепітація. Ваш діагноз:

+Позагоспітальна правобічна вогнищева пневмонія

-Аспіраційна правобічна пневмонія

-Імунодефіцитна правобічна пневмонія

-Нозокоміальна (госпітальна) пневмонія

-Абсцес нижньої частки правої легені.

?

Хворий 57 років, страждає захворюванням легень впродовж 12 років. Останні 8 років турбують задишка, кашель з харкотинням жовто-зеленого кольору, що важко відходить, субфебрильна температура ввечері. Користується сальбутамолом, але не дивлячись на частий прийом, полегшення від нього не відчуває. На рентгенограмі – посилення легеневого малюнка. Який найбільш ймовірний діагноз:

+Хронічний обструктивний бронхіт

-Бронхіальна астма

-Муковісцидоз

-Туберкульоз легень

-Бронхоектатична хвороба

?

Хворий, скаржиться на виражений кашель з виділенням в'язкого гнійного харкотиння, виражену задишку, кволість, підвищення Т тіла до 38⁰С. Палить більше 25 років. Об-но: Тахікардія, в легенях - дихання жорстке з подовженим видихом, сухі розсіяні та вологі дрібно-пухирчасті хрипи. З яких антибактеріальних засобів необхідно почати лікування:

+Антибіотики

-Сульфаніламідні препарати

-Нітрофурани

-Нітроімідазоли

-Фунгіциди

?

Хворий С., 53р., скаржиться на задишку, кашель з виділенням незначної кількості харкотиння. Хворіє хронічним обструктивним бронхітом впродовж 15 років. Палить з 18 років. ЧДР 26/хв. В легенях перкуторно коробковий звук, дихання везикулярне з жорстким відтінком, розсіяні сухі хрипи.

Тривалий час приймав еуфілін. З якого препарату необхідно почати лікування:

+Атровент

-Алупент

-Інгакорт

-Преднізолон

-Тайлед

?

До терапевта звернувся хворий 33р., зі скаргами на періодичний кашель з виділенням невеликої кількості харкотиння, незначну задишку при фізичному навантаженні. Палить з 18 років більше пачки цигарок на добу. ЧДР 20/хв. Аускультативно в легенях жорстке везикулярне дихання, видих подовжений, велика кількість сухих розсіяних хрипів. На рентгенограмі-збагачення легеневого малюнку. Ваш попередній діагноз:

+Хронічний обструктивний бронхіт

-Бронхіальна астма

-Рак легень

-Пневмонія

-Туберкульоз легень

?

У хворої 29 років, яка амбулаторно лікувала ГРВІ, виникло підвищення температури до 39, кашель з виділенням "ржавого харкотиння", задишка, виражена кволість. При проведенні рентгенодослідження виявлено інфільтрат в нижній долі правої легені. Чим ускладнився перебіг ГРВІ у пацієнтки:

+Пневмонією

-Ексудативним плевритом

-Спонтанним пневмотораксом

-Гострим бронхітом

-Ателектазом легені

?

Хворий 22 р., скаржиться на підвищення температури до 38-39 °С, переважно в вечірній час, кашель з виділенням значної кількості

харкотиння слизового характеру, з неприємним запахом, переважно зранку. Хворіє з

дитинства. При перкусії в легенях в нижніх відділах справа – притуплення легеневого звуку, аускультативно тут же різнокаліберні вологі хрипи. Ваш попередній діагноз:

- +Бронхоектатична хвороба
- Хронічний абсцес легені
- Хронічний обструктивний бронхіт
- Бронхіальна астма
- Вогнищева пневмонія
- ?

Пацієнтка. скаржиться на підвищення температури до 39,кашель, колючі болі в грудній клітці, більше зліва. Про огляді- ліва половина грудної клітки відстає при диханні. Аускультативно зліва нижче кута лопатки вислуховується бронхіальне дихання, вологі дрібно пухирцеві хрипи. В крові Ер- 4,12 г/л, Л $10,2 \times 10^9$ /л, ШЗЕ 28 мм/год. Ваш попередній діагноз:

- +Лівобічна нижньодольова пневмонія
- Лівобічний ексудативний плеврит
- Рак легень
- Лівобічна інфаркт - пневмонія
- Туберкульоз легень
- ?

У хворого 72 р., скарги на кашель з виділенням великої кількості харкотиння, задишку при ходьбі, кволість. В анамнезі – близько 20 років хронічний обструктивний бронхіт. При обстеженні пальці у вигляді “барабаних паличок”. Пульс 120/хв. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. В легенях жорстке дихання, велика кількість сухих та вологих хрипів. Які зміни на ЕКГ найбільш характерні для даного хворого:

- +Гіпертрофія правого передсердя
- Гіпертрофія лівого передсердя
- Гіпертрофія лівого шлуночка
- АВ блокада I ст
- Блокада лівої ніжки пучка Гіса
- ?

Студент К., 25 р., скаржиться на лихоманку, озноб, слабкість, сухий кашель, при якому виникає біль в правій половині грудної клітки. Хворіє 5 днів. Об'єктивно: справа нижче кута лопатки притуплення перкуторного звуку, вислуховуються дрібнопухирчасті вологі хрипи та шум тертя плеври від паравертебральної

до середньо аксілярної лінії. Аналіз крові: Л- $14 \times 10^9/\text{л}$, П- 15%, ШЗЕ 35 мм/год. Ваш попередній діагноз:

- +Пневмонія
- Сухий плеврит
- Ексудативний плеврит
- Гнійний бронхіт
- Туберкульоз легень

?

Хворий 42 р. скаржиться на задишку в спокої, сухий кашель, підвищення температури до 39°C , загальну кволість. Об-но: дифузний ціаноз, права половина грудної клітки відстає в акті дихання, при перкусії - тупість від серединної третини лопатки донизу і спереду від 4 ребра справа, там же аускультативно - дихання не вислуховується. Який діагноз є найбільш ймовірним:

- +Ексудативний плеврит
- Абсцес легені
- Хронічний обструктивний бронхіт
- Позагоспітальна пневмонія
- Спонтанний пневмоторакс

?

Хворий К. 25 р. скаржиться на кашель із незначною кількістю слизово - гнійного харкотиння, задишку, підвищення t тіла до $38,5^\circ\text{C}$, кволість. Хворіє 7 днів після переохолодження. Об-но: над легенями - притуплення перкуторного звуку під лопаткою і в аксілярній зоні справа, там же - ослаблене везикулярне дихання, вологі, звучні дрібнопухирцеві хрипи. Який діагноз у хворого:

- +Негоспітальна пневмонія
- Гострий бронхіт
- Правобічний пневмоторакс
- Ексудативний плеврит

-ГРВІ

?

Хворого, 44 років, протягом 20 років турбує кашель з гнійним харкотинням, задишка постійного характеру, важкість в правому підребер'ї, набряки, збільшення живота. Об'єктивно: дифузний ціаноз. В легенях жорстке дихання, розсіяні різного тембру сухі хрипи ЧДР 36 за хв. Тони серця ослаблені. АТ 150/90 мм рт.ст. Асцит. Печінка на 6 см нижче реберної дуги. На ЕКГ: синусова тахікардія, відхилення електричної осі вправо. Ознаки перевантаження правого передсердя. Якому ускладненню відповідають зміни на ЕКГ:

+Легеневе серце.

-Ішемічна хвороба серця.

-Артеріальна гіпертензія.

-Серцева недостатність II-Б.

-Мітральний стеноз.

?

У Жінки, 42 років, при вставанні раптово потемніло в очах, з'явилась ядуха, відчула гострий біль в грудній клітці зліва, короткочасно втратила свідомість, тиждень тому оперована з приводу фіброміоми матки. Об-но: Шкіра бліда, ціаноз губ. ЧДР 36/хв., пульс 124/хв, АТ 85/50 мм рт.ст. Тони серця ослаблені. На Ро-грамі ОГК: вибухання легеневого конусу, За допомогою ЕхоКГ виявлена легенева гіпертензія (70 мм рт.ст.). Яка причина підвищення тиску в легеневій артерії:

+Тромбоемболія мілких гілок легеневої артерії

-Астматичний напад.

-Кардіальна астма

-Гострий коронарний синдром.

-Лівобічний сухий плеврит.

?

У хворого на кавернозний туберкульоз легень раптово виник біль у правій половині грудної клітки, сухий кашель, задишка. При огляді спостерігається дифузний ціаноз, розширення грудної клітки та міжреберних проміжків. Перкуторно справа тимпаніт, аускультативно – різко ослаблене везикулярне дихання. Яке ускладнення виникло у хворого:

+Пневмоторакс.

-Тромбоемболія легеневої артерії.

-Ексудативний плеврит.

-Гемоторакс.

-Пневмонія.

?

У вагітної 25 років з обтяженим алергологічним анамнезом (поліноз) в терміні вагітності 28 тиж після стресової ситуації раптово з'явилося шумне свистяче дихання, задишка, ціаноз обличчя. При аускультатії: над легеньми дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки виділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Який найбільш ймовірний діагноз:

+Приступ бронхіальної астми

-Набряк легенів.

-Обструктивний бронхіт.

-Тромбоемболія легеневої артерії..

-Загроза переривання вагітності.

?

Чоловік 61 року скаржиться на задуху, що підсилюється при фізичному навантаженні, постійний кашель з незначною кількістю харкотиння. Палить понад 45 років. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧДР – 24/хв., пульс - 84/хв., АТ- 125/85 мм рт. ст. Астенічний, шкіра блідо-рожевого кольору, видих подовжений через зімкнені губи, грудна клітина бочкоподібна, дихальні м'язи приймають активну участь у диханні. Аускультативно - над легеньми невелика кількість сухих хрипів. Абсолютна тупість серця не визначається. Спірограма: ЖЄЛ - 71%, ОФВ₁ - 45% від належних величин. Застосування якої терапії є найбільш ефективним методом вторинної профілактики емфіземи легень у хворого:

+Бронхолітики подовженої дії

-Інгаляційні стероїдні гормон

-Муколітичні засоби

-Вакцинотерапія

-Низькопотокова киснева терапія

?

Чоловік 57 років, водій, скаржиться на постійну задуху, котра підсилюється при фізичному

навантаженні, малопродуктивний кашель, частіше зранку. Хворіє понад 12 років. Палить понад 40 років (по 20 сигарет за добу). В анамнезі – запалення легенів. Об'єктивно: температура – 36,5 °С, ЧДР – 22/хв., пульс – 80/хв., АТ – 140/80 мм рт. ст. Ціаноз губ. Над легенями – послаблене везикулярне дихання, велика кількість розсіяних сухих хрипів. Зміни якого спірометричного показника найбільш вірогідно вкажуть на патофізіологічний механізм дихальної недостатності у хворого:

+ОФВ₁ (об'єм форсованого видиху за 1 секунду)

-ФЖЄЛ (форсована життєва ємність легенів)

-ЖЄЛ (життєва ємність легенів)

-ПОШвид. (пікова об'ємна швидкість видиху)

-Індекс Тіффно

?

Жінка 29 років скаржиться на біль в грудній клітині справа, котрий підсилюється при глибокому диханні, малопродуктивний кашель, задуху. Захворіла 4 дні тому після переохолодження. В анамнезі – бронхіт. Об'єктивно: температура – 38,8 °С, ЧДР – 22/хв., пульс – 110/хв., АТ – 100/60 мм рт. ст. Над легенями справа в нижніх відділах – тупий перкуторний звук, аускультативно – бронхіальне дихання. Рентгенологічно: справа корінь легені розширений, у нижньому відділі - неомогенне інтенсивне затемнення. Зміни якого спірометричного показника найбільш вірогідно вкажуть на патофізіологічний механізм дихальної недостатності у хворої:

-ЖЄЛ (життєва ємність легенів)

-ФЖЄЛ (форсована життєва ємність легенів)

-ОФВ₁ (об'єм форсованого видиху за 1 секунду)

-ПОШвид. (пікова об'ємна швидкість видиху)

-Індекс Тіффно

?

Чоловік 68 років скаржиться на кашель, задишку, набряки гомілок. Палить 50 років. Об'єктивно: ЧДР – 28 за хв., пульс - 108 уд./хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Дифузний ціаноз. Перкуторно – коробчастий звук, аускультативно – дихання послаблене, розсіяні сухі хрипи. Тони серця послаблені, акцент II тону над легеневим стовбуром. Печінка + 6 см. На рентгенограмі – ознаки пневмосклерозу, емфіземи, посилення судинного рисунку коренів легень, розширення правої низхідної легеневої артерії. Який фактор найбільш

вірогідно був пусковим у розвитку процесу, що привів до ускладнення хронічного бронхіту в хворого:

- +Альвеолярна гіпоксія
- Артеріальна гіпоксемія
- Зміни електролітного складу крові
- Підвищення внутрішньогрудного тиску
- Порушення кислотно-лужного стану крові
- ?

Хворий Н., 40 років. Скарги на підвищення температури до 37,5 °С, кашель з гнійним харкотинням до 0,5 літрів за добу, головним чином зранку. Хворіє з дитинства. Яке захворювання слід підозрювати в першу чергу:

- +Бронхоектатична хвороба
- Фіброзно-кавернозний туберкульоз
- Хронічний бронхіт
- Фіброзуючий альвеоліт
- Абсцес легенів

?

Пацієнт 48-ми років, скаржиться на постійну задишку, кашель з невеликою кількістю харкотиння жовто – зеленого кольору. При обстеженні установлений діагноз хронічного обструктивного бронхіту, 1 стадія, фаза загострення. Які препарати необхідно призначити в якості базисної терапії:

- +М-холінолітики
- Антибіотики
- Метилксантини
- β_2 -агоністи
- Муколітики

?

Хворий, 60 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, що турбує біля 2-х років. Об'єктивно: грудна клітка бочкоподібна, перкуторно над легеньми коробковий звук, екскурсія нижнього краю легень 1 см., аускультативно переважно послаблене везикулярне дихання. Для якого синдрому характерні зміни зі сторони легень:

- +Ущільнення легеневої тканини

- Підвищеної повітряності легень
- Порожнини в легеневій тканині
- Ателектаз легень
- Наявності повітря в плевральній порожнині

?

У чоловіка 45 років, під час виконання фізичної праці раптово виник гострий біль в лівій половині грудної клітки, виражена задишка, сухий кашель. Шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом, виражений ціаноз, відставання лівої половини грудної клітки в акті дихання. Над легенями зліва коробковий звук, дихання ослаблене. На Rtg ОГК відсутній легеневий рисунок зліва, зміщення органів середостіння вправо. Який найбільш вірогідний діагноз:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Фібринозний перикардит
- Сухий плеврит
- Інфаркт міокард
- Інфаркт легень

?

Хворий 69 років скаржиться на задишку переважно змішаного характеру, незначний продуктивний кашель з відділенням мокроти, постійну тупу біль у серці та загальну слабкість. Хворіє майже 20 років. Відмічається теплий акроціаноз. Перкуторно розширення серця у право. Акцент П тона на легеневій артерії, тахікардія. Печінка більше від норми на 4 см. Пастозність гомілок. У крові підвищений рівень еритроцитів, гемоглобіну. На Ro-грамі легеневий стовбур 18 см. ЕхоКГ- гіпертрофія та дисфункція правого шлуночка. Лікування антибіотиками покращення стану хворого не дало. Незначне тимчасове покращення відмічалось від нітратів та антагоністів кальцію. Про яке захворювання слід думати.

- +Хронічне легеневе серце.
- Вади серця. (Стеноз)
- Ішемічна хвороба серця.
- Первинна легенева гіпертензія.
- Хронічний обструктивний бронхіт.

?

Лежача хвора В., 74 років, скаржиться на виникнення в спокої раптової немотивованої задишки, кровохаркання, болю в грудній клітці. 2 роки тому лікувалась від туберкульозу легень. Об'єктивно ЧДР – 30 за 1 хв. Ціаноз. Перкуторно зліва укорочення легеневого звуку від III-IV ребра. Тут же вислуховується маса сухих і вологих хрипів. В харкотинні при 6-кратному дослідженні на ТБ в т. ч. 2 рази методом флотації отриманий від'ємний результат. Про що це може свідчити:

- +Інфаркт-пневмонія
- Туберкульоз легень
- Стеноз лівого венозного устя
- Крупозна пневмонія
- Рак легені
- ?

Хворий К., 68 р., скаржиться на появу задишки в спокої, кровохаркання, біль у грудній клітці справа. В анамнезі наявний геморой. Об'єктивно стан важкий, положення напівсидяче. Дифузний ціаноз. Пульс - 112/хв.. АТ- 105/65 мм рт. ст.. Тони серця ослаблені. Акцент II тону над легеневою артерією. ЕКГ -Q_{III} - S_I. В крові: протромбіновий індекс 140. Про яке захворювання слід думати:

- +Інфаркт легені
- Приступ бронхіальної астми
- Приступ серцевої астми
- Пневмоторакс
- Крупозна пневмонія
- ?

Хворий 69 років, хворіє хронічним бронхітом протягом 30 років. За останні 10 років зросла кількість загострень хронічного бронхіту, з'явилась задишка в спокої, яка посилюється при фізичному навантаженні, приступи кашлю стали більш агресивними, АТ 150/90 мм рт. ст.. Аускультативно – діяльність серця ритмічна, акцент другого тону над легеневою артерією. ЕКГ: високий Р_{II-III}, зниження інтервалу S-T, від'ємний зубець Т_{II-III}, виражений зубець Q_{III} - S_I. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- +Легеневе серце
- Міокардит
- Гіпертонічне серце

-Бактеріальний ендокардит

-ТЕЛА дрібних гілок

?

Хворий 64 років, скаржиться на виражені болі в правій половині грудної клітки, задишку, сухий кашель, які з'явилися раптово під час фізичного навантаження. Об-но: Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно тимпанічний звук. Аускультативно – дихання різко ослаблене справа. Рс 100 в 1 хв., слабкий аритмічний. АТ 100/50 мм рт.ст. Тони серця ослаблені. Яке захворювання можна запідозрити у хворого:

+Правобічний пневмоторакс

-Правобічний гідроторакс

-Правобічний сухий плеврит

-Правобічна плевропневмонія

-ТЕЛА

?

Хвора З., 50 років, страждає на хронічний бронхіт. В останній час відмічає посилену задишку, набряк гомілок та ступнів, тяжкість у правому підребер'ї. Об'єктивно: відмічається акроціаноз, набряк шийних вен на вдиху та видиху, розсіяні сухі хрипи. Межі серця розширені праворуч на 1,5 см. Тони серця приглушені, акцент II тону над легеневою артерією. Печінка нижче реберного краю на 4 см. Для якої патології є характерними ці ознаки:

+Легеневе серце.

-Ішемічна хвороба серця з розвитком серцевої недостатності.

-Перикардит

-Недостатність тристулкового клапану.

-Емфізема легенів.

?

Хворий М., 48 років, скаржиться на виражену задишку на протязі двох тижнів. З анамнезу слідує, що пацієнт багато палив. Об'єктивно: праворуч, нижче кута лопатки, голосове тремтіння відсутнє. Перкутований звук тупий. Над цією ділянкою дихальні шуми не прослуховуються. Бронхофонія не визначається. Про який синдром слід думати у цьому випадку:

+Обтураційний ателектаз

-Компресійний ателектаз.

- Порожнина у правій легені.
- Копичення рідини у плевральній порожнині.
- Синдром ущільнення у легеневій тканині.

?

Хворий н., 42 роки, поступив у приймальне відділення міської лікарні зі скаргами на раптовий різкий біль у правій половині грудної клітки, задишку у спокої. Скарги, які вказані, з'явилися після фізичного навантаження. Об'єктивно: права половина грудної клітини відстає у акті дихання. ЧДР – 28 в 1 хв. Голосове тремтіння праворуч, нижче III ребра, не проводиться, під час перкусії над цією ділянкою визначається тимпанічний звук, дихання не проводиться. Про який патологічний синдром слід думати:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Синдром наявності порожнини у легенях.
- Синдром підвищеної повітряності легеневої тканини.
- Гідроторакс.
- Синдром ущільнення легеневої тканини.

?

Хворий Д., 55 років, після апендектомії, протягом 2-х днів скаржиться на прогресуючу задуху і кашель з гнійним харкотинням. Такі симптоми відмічаються в осінній та весняний період. Палить 25 років. Температура - 37,1°C. В легенях – дихання послаблене з поодинокими сухими свистячими хрипами. В крові - Л- $10 \times 10^9/\text{л}$. Рентгенологічно - підвищена повітряність легень, посилений легеневий малюнок. Бронхоскопія: гіперемія слизової оболонки з наявністю виділень гнійно-слизового характеру. Який діагноз найбільш ймовірний:

- +Хронічний бронхіт
- Бронхіальна астма.
- Бронхоектатична хвороба.
- Тромбоемболія легеневої артерії.
- Пневмонія

?

Чоловік 68 років викликав дільничного лікаря у зв'язку з появою приступоподібного кашлю з невеликою кількістю "іржавого" харкотиння, болю в правому боці, пов'язаного з глибоким диханням і кашлем. Хворіє на інсулінозалежний цукровий діабет. Об'єктивно: температура - 39,2 °C, ЧДР -

24 за хв., пульс - 114 уд./хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Шкіра суха, гіперемія щік. При аускультатії справа в нижніх відділах легенів - вологі звучні дрібнопухирчасті хрипи. Якою повинна бути тактика дільничного лікаря:

- +Госпіталізувати в терапевтичне відділення
- Направити на обстеження в поліклініку.
- Призначити амбулаторне лікування.
- Госпіталізувати в ендокринологічне відділення.
- Госпіталізувати в реанімаційне відділення.

?

Чоловік 40 років, скаржиться на приступоподібний кашель з харкотинням жовтувато-коричневого кольору, біль у правому боці, пов'язаний з глибоким диханням, пітливість. Хворіє 6 діб після переохолодження. Приймав аспірин. Об'єктивно: температура - 39,6 °С, ЧДР – 26/хв., пульс - 110/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Шкіра бліда, волога. Справа в нижніх відділах легенів - велика кількість вологих звучних дрібнопухирчастих хрипів.

Рентгенологічно: справа в нижній частці легені - масивна неомогенна інфільтрація з ділянками просвітління, синус диференціюється. Яке ускладнення захворювання найбільш імовірно розвилось у хворого:

- +Абсцедування.
- Фібринозний плеврит.
- Емпієма плеври.
- Спонтанний пневмоторакс.
- Ателектаз легені.

?

Чоловік 39 років, шофер-дальнобійник, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизуватого харкотиння здебільшого вранці. Тривалий час хворіє на хронічний обструктивний бронхіт, гайморит. Палить, алкоголь вживає епізодично. Об'єктивно: температура – 36,5 °С, ЧДР – 24 за хв., пульс – 90 уд./хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. При аускультатії дихання жорстке, помірна кількість сухих свистячих хрипів. ОФВ₁-68% від належного значення. Які профілактичні заходи доцільно провести в першу чергу для запобігання прогресування захворювання:

- +Відмова від паління.
- Відмова від вживання алкоголю.

-Санація вогнищ хронічної інфекції.

-Раціональне працевлаштування.

-Переїзд в іншу кліматичну зону.

?

Жінка 52 років скаржиться на кашель із слизовато-гнійним харкотинням (до 30 мл за добу), слабкість, пітливість. Хворіє на хронічний бронхіт.

Загострення пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: температура – 37,6 °С, ЧДР – 24 за хв., пульс – 100 уд./хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. При аускультатії дихання жорстке, розсіяні сухі та різнокаліберні вологі хрипи. Рентгенологічно: розширення коренів легень, підсилення легеневого малюнку. Антибіотикам якої групи слід віддати перевагу при лікуванні хворої:

+Макролідам.

-Цефалоспорином.

-Аміноглікозидам.

-Рифаміцинам.

-Тетрациклінам.

?

Чоловік 26 років, захворів гостро 2 дні тому, коли виникли головний біль, слабкість, кашель зі “ржавим” харкотинням. Об-но: гіперемія обличчя, ЧДР – 36 за хвилину. Над легень перкуторно: тупий звук праворуч нижче від кута лопатки, аускультативно – бронхіальне дихання. АТ- 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 98 за хвилину, температура тіла 38 °В аналізі крові: Лей – $17 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 32 мм/год. Рентгенографія легень: гомогенне затемнення у нижній долі правої легені. Який з перелічених діагнозів найбільш вірогідний:

+Великовогнищева пневмонія

-Параканкрозна пневмонія

-Гострий бронхіт

-Ексудативний плеврит

-Туберкульоз легень

?

Хворий Н., 32 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 39 °С, задишку, кашель непродуктивний. Захворів 2 дні тому. Об'єктивно: перкуторно над легень справа скорочення легеневого звуку.

Аускультативно-дрібноміхурцеві хрипи справа. ЧДР - 26 на хв. Яке дослідження легень доцільно провести першочергово:

- +Рентгенографію
- Бронхографію
- Бронхоскопію
- Спірографію
- Пневмотахометрію

?

Хворий, 40 р., скаржиться на підвищення температури до 39,5оС, кашель з виділенням "іржавого" харкотиння, задишку, герпетичне висипання на губах. ЧДР 32 в 1 хв. Справа під лопаткою посилення голосового тремтіння, там же притуплення перкуторного звуку, аускультативно на фоні бронхіального дихання - крепітація. Аналіз крові: лейкоц.- 14 x10⁹/л, ШЗЕ 35 мм/год. Ваш попередній діагноз:

- +Крупозна пневмонія
- Вогнищева пневмонія.
- Туберкульоз легені.
- Гострий бронхіт.
- Ексудативний плеврит.

?

Жінка 28 років страждає бронхіальною астмою на протязі 5 років, напади купує сальбутамолом останні півроку напади стали виникати частіше, турбують вночі. Об'єктивно : PS – 88/хв., ритмічний, АТ –120/80, ЧДР – 22/хв. При аускультатії над легенями на протязі вдиху і подовженого видиху вислуховуються сухі свистячі хрипи. Який препарат необхідно додати до лікування хворої:

- +Інгаляції стероїдів
- Теофілін в таблетках.
- Теофедрин в таблетках.
- Стероїди в таблетках.
- Еуфілін внутрішньовенно.

?

У чоловіка, 23 років, раптово після підняття великої ваги виник гострий біль в грудній клітині зліва. В анамнезі виразка 12 палої кишки. При огляді: зліва

над легенями - тимпаніт, ослаблене дихання, бронхофонія. ЕКГ - синусова тахікардія. Який ймовірний діагноз:

+Спонтанний пневмоторакс

-Сухий плеврит

-Інфаркт міокарда

-Міозит

-Перфорація виразки

?

Під час епідемії "грипу" поступив хворий 45 років, у важкому стані, з високою температурою, відхаркує гнійно-кров'янисту мокроту. На рентгенограмі легенів справа кілька тонкостінних порожнин з рівнями рідини. Лейкоцити крові $18 \times 10^9/\text{л}$ із зрушенням формули вліво. Ваш попередній діагноз:

+Стафілококова пневмонія

-Казеозна пневмонія

-Мікоплазмена пневмонія

-Полікістоз легенів (якій нагноївся)

-Пневмококова пневмонія

?

Хворий 32 років, вчитель, скаржиться на кашель зранку зі слизовим харкотинням, задишку при помірному навантаженні. Палить 15 років до 30 цигарок в день. В легенях - сухі свистячі хрипи, видих подовшений. В харкотинні лейкоцити 7-8 в полі зору. Рентгенологічно ознаки пневмосклерозу та емфіземи. Спірограма: ЖЄЛ – 1800 мл. На ЕКГ - правограма. Дати рекомендації по запобіганню прогресування хвороби:

+Припинити палити.

-Провести курс антибіотикотерапії.

-Призначити сульфаніламідні препарати.

-Призначити антигістамінні препарати.

-Змінити умови праці.

?

Хворий Н., 45 років, поступив в травматологічне відділення з діагнозом: закрыта черепно-мозкова травма, закритий перелом лівого стегна. При поступленні АТ - 110/70 мм рт.ст., пульс 114 уд/хв., ЧДР-26 на хв. Після

втягування стан різко погіршився: з'явився ціаноз верхньої половини тулуба, задишка. Перкуторно - ясний легеневий звук. АТ-60/40мм рт.ст., ЧСС-156 уд. на хв. ЕКГ - правограма. Що є найбільш ймовірною причиною погіршення стану хворого:

- +Емболія легеневої артерії
- Інфаркт міокарда
- Больовий шок
- Пневмоторакс
- Порушення зі сторони ЦНС

?

Хворий Н., 64 роки, скаржиться на кашель з відходженням харкотиння, іноді кровохаркання. Палить 30 років. Похудав на 8 кг за останні 3 місяці. Рентгенологічно в середній долі правої легені порожнинне утворення, внутрішній контур нерівний, містить незначну кількість рідини, справа збільшені прикореневі лімфовузли. Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення діагнозу:

- +Бронхоскопія з біопсією
- Аналіз харкотиння
- Томографія легень
- Бронхографія
- Спірографія

?

Хворий 36 років поступив зі скаргами на кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, підвищення температури тіла до 37,8°C, болі в правому боці при диханні. Перкуторно справа в нижніх відділах легень притуплений перкуторний звук, аускультативно - послаблення везикулярного дихання та крепітація, шум тертя плеври. Для якого патологічного стану характерні приведені дані:

- +Позалікарняна пневмонія
- Ексудативний плеврит
- Госпітальна пневмонія
- Туберкульоз легень
- Гострий бронхіт

?

У хворого 47 років раптово з'явився різкий біль у лівій половині грудної клітки, що посилювався під час дихання, при кашлі та натужуванні. Температура тіла 37,2 °С, Hb-120 г/л, Le-6x10⁹/л, п-2%, е-2%, с-67%, л-25%, м- 4%, ШЗЕ-20 мм/год. При рентгенологічному обстеженні відмічається обмеженість рухливості куполу діафрагми, зниження прозорості в області лівого синусу. Яка найбільш імовірна патологія зумовлює таку картину:

- +Фібринозний плеврит
- Напад стенокардії.
- Інфаркт міокарда.
- Міжреберна невралгія.
- Пневмонія

?

У чоловіка 27 років, що хворіє на поліноз, 2 роки тому з'явилися напади експіраторної задишки. Приймає тайлед 4 рази на добу. При нападах задишки, що виникають 3-4 рази на тиждень додатково використовує сальбутамол. Який оптимальний варіант подальшого лікування хворого:

- +Призначити інгаляційні кортикостероїди
- Призначити кортикостероїди перорально
- Розпочати специфічну імунотерапію
- Замінити тайлед інталом
- Продовжити ту ж саму терапію

?

Чоловік 28 років виписаний із стаціонару після перенесеної позагоспітальної пневмонії. Скарг не пред'являє. Об'єктивно: температура - 36,6 °С, ЧДР - 18/хв., пульс - 78/хв., АТ - 120/80 мм рт.ст. При аускультатії справа в нижніх відділах легенів – жорстке дихання. Рентгенологічно інфільтративних змін немає, визначається посилення легеневого малюнка справа в нижній частці. Протягом якого часу дільничний лікар повинен спостерігати хворого:

- +12 місяців
- 1 місяця
- 3 місяців
- 6 місяців
- Постійно

?

Чоловік 38 років скаржиться на приступоподібний кашель з невеликою кількістю "іржавого" харкотиння, біль у правому боці, пов'язаний з глибоким диханням і кашлем. Занедужав гостро після переохолодження. Об'єктивно: температура - 39,2 °С, ЧДР – 22/хв., пульс - 114/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Шкіра волога, гіперемія щік. При аускультатії справа в нижніх відділах легенів - вологі звучні дрібнопухирчасті хрипи. Який збудник найбільш імовірно викликав захворювання пацієнта:

+Пневмокок.

-Стафілокок.

-Клебсієла.

-Мікоплазма.

-Ентерокок.

?

Чоловік 27 років знаходиться на лікуванні у терапевтичному відділенні з приводу абсцедуючої пневмонії. Страждає на полінаркоманію. Об'єктивно: температура - 37,8 °С, ЧДР - 22/хв., пульс - 96/хв., АТ- 120/90 мм рт.ст. Рентгенологічно: справа округла тінь із горизонтальним рівнем рідини. Через який час від початку захворювання можна буде думати про хронізацію процесу:

+2 місяці

-1 місяць

-3 місяці

-6 місяців

-12 місяців

?

Чоловік 60 років скаржиться на задишку з утрудненим видихом, що посилюється при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного харкотиння. Хворіє на хронічний обструктивний бронхіт. Об'єктивно: температура – 36,8 °С, ЧДР – 22/хв., пульс – 84/хв., АТ – 110/70 мм рт. ст. Шкіра волога, дифузний ціаноз. При аускультатії дихання жорстке, розсіяні свистячі хрипи. ОФВ₁ - 62% від належного значення; фармакологічна проба з атровентом - приріст 5%. Який механізм розвитку незворотної бронхіальної обструкції найбільш імовірний у хворого:

+Перибронхіальний фіброз

-Запальний набряк

-Бронхоспазм

-Гіперкринія

-Мукостаз

?

Хворий 43 років скаржиться на кашель з виділенням невеликої кількості безбарвного харкотиння, болі в правій половині грудної клітки при диханні, задишку, підвищення температури до 39°. Захворів гостро. Приймав аспірин. Об'єктивно: на губах герпес. В проекції нижньої частки правої легені – притуплення перкуторного звуку, посилення голосового тремтіння, бронхіальне дихання. Рентгенологічно – гомогенне затемнення частки з чіткими контурами. Яка етіологія пневмонії найбільш імовірна:

+*Streptococcus pneumoniae*

-*Staphylococcus pneumoniae*

-*Mycoplasma pneumoniae*

-*Legionella pneumoniae*

-*Klebsiella pneumoniae*

?

Чоловік 46 років протягом 10 останніх років страждає бронхіальною астмою. Під час виконання робіт на дачній ділянці відчув погіршення дихання, з'явився кашель, дистанційні хрипи, почала посилюватися задишка. Препарат якої фармакологічної групи краще рекомендувати хворому для зняття подібних нападів ядухи:

+Стимулятор β_2 -адренорецепторів

-Метилксантини

-Інгаляційний глюкокортикоїд

-Блокатор β_2 -адренорецепторів

-Блокатор мембранстабілізуючих клітин

?

Жінка 40 років госпіталізована в клініку в зв'язку з загостренням хронічного обструктивного бронхіту. Скаржиться на задуху при фізичному навантаженні, кашель з виділенням мокроти, набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно: $t=37,2^\circ\text{C}$, ЧДР - 24/хв, пульс - 90/хв, ритмічний, АТ- 110/70 мм рт.ст. Акцент II тона над легеневою артерією. Пальпується збільшена на 4 см печінка. Які зміни ЕКГ найбільш ймовірні у хворой:

+Гіпертрофія правого шлуночка

Блокада лівої ніжки пучка Гіса

Гіпертрофія лівого шлуночка

Патологічний зубець Q

Мерехтлива аритмія

?

Хворий скаржиться на раптовий початок хвороби: лихоманка до 39°C, неправильного типу, з гострим болем у грудях. Харкотиння гнилісне з домішками крові, запахом, до 400 мл за добу. При перкусії: над ураженою ділянкою скорочення перкуторного звуку, посилене голосове тремтіння. У харкотинні був виділений анаеробний стрептокок. Яку хворобу можна запідозрити в першу чергу:

+Гангрена легені

-Абсцес легені

-Туберкульоз

-Бронхоектатична хвороба

-Абсцедуюча пневмонія

?

Хворого 58 р. після операції з'явилися скарги на розпираючий біль за грудниною, кашель з кровохарканням, задуху. В анамнезі ХОЗЛ. Об-но: ціаноз, акцент II тону над легеневою артерією, шум тертя плеври. На рентгенограмі органів грудної порожнини: вибухання легеневого конусу. ЕКГ- конкордантні зміни у III, aVR, V1-2. Ан. крові: Л – $8,0 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 35 мм/год. Збільшення активності ЛДГЗ, альдолази (АСТ, КФК – норма). Який діагноз є найвірогіднішим:

+Тромбоемболія легеневої артерії

-Інфаркт міокарда

-Стенокардія

-Рак легень

-Бронхоектатична хвороба

?

Хвора, 28 років, скаржиться на кашель з виділенням невеликої кількості харкотиння іржавого кольору, підвищення температури до 38,5°C, задишку, серцебиття, загальну слабкість. Хворіє впродовж двох тижнів. Об-но:

притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах легень справа, дрібно- та середньопухирчасті хрипи там же. Рентгенографія легень: справа у нижніх відділах - інфільтрація легеневої тканини. Який діагноз є найімовірнішим в даному випадку:

- +Позалікарняна пневмонія
- Еозинофільний інфільтрат
- Периферичний рак легень
- Ексудативний плеврит
- Хронічний обструктивний бронхіт

?

Хворий 25 р. доставлений швидкою допомогою зі скаргами на гострий колючий біль у правій частині грудної клітки, який іррадіює в шию, руку, задуху. Хворіє на туберкульоз легень впродовж 6 місяців. Об-но: положення хворого сидяче, холодний піт. Розширення міжреберних проміжків справа, обмеження дихальних рухів, тимпаніт на рівні 5-6 ребер справа від передньої до задньої пахвових ліній. Зміщення серцевої тупості вліво. Рентгенографія органів грудної клітки - відсутність легеневого малюнка по периферії легеневого поля відділена від легені, зміщення межистіння вліво, а купола діафрагми — вниз. Ваш діагноз:

- +Спонтанний пневмоторакс
- Ексудативний плеврит
- Сухий плеврит
- Бронхіальна астма
- Рак легень

?

Хворий 37 р., скаржиться на кашель з виділенням іржавого харкотиння, біль у лівій половині грудної клітки на висоті вдиху, задуху змішаного характеру, підвищення температури тіла до 37,6 °С. Об-но: ЧДР 28 за хвилину, в нижній частці лівої легені – тупий легеневий звук, бронхіальне дихання. Який з антибактеріальних засобів є препаратом вибору в даному випадку:

- +Амоксиклав
- Тієнам
- Моксифлоксацин
- Бісептол

-Левоміцетин

?

Хворий 58 р., скаржиться на задуху при фізичному навантаженні та сухий кашель переважно вранці. Хворіє впродовж 16 років. Об-но: легеневий звук з коробочним відтінком, жорстке дихання, розсіяні, сухі свистячі хрипи. Рентгенографія органів грудної порожнини: легеневі поля підвищеної прозорості, корені деформовані, тяжисті. Спірограма – помірне зниження ЖЄЛ. За даними бронхомоторного тесту - значна незворотна генералізована бронхіальна обструкція. Ваш діагноз:

+ХОЗЛ

-Бронхіальна астма

-Бронхоектатична хвороба

-Позалікарняна пневмонія

-Рак легень

?

Хвора К., 22р. після сильного переохолодження поступила в клініку з болями в правому боці, що підсилювались при кашлі; підвищенням температури тіла до 39°C.; задишкою, ознобом. Об'єктивно: напівсидяче положення: ЧД – 28 за 1 хвилину.; ЧСС – 112 за 1 хвилину. Тони серця ритмічні, чисті. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Голосове тремтіння підсилене. Справа нижче кута лопатки притуплено-тимпанічний звук; ослаблене везикулярне дихання, крепітація. Ваш діагноз:

+Позагоспітальна пневмонія (крупозна)

-Нозокоміальна вогнищева пневмонія

-Аспіраційна пневмонія

-Вогнищева правобічна пневмонія на фоні імунодефіциту

-Інфільтративний туберкульоз нижньої частки правої легені

?

У жінки 38 р., яка тривалий час страждала на хронічний синусит, з'явилися скарги на біль, припухлість, почервоніння колінного суглобу (після його травми). Лікар призначив лікування нестероїдними протизапальними препаратами. Алергологічний анамнез пацієнтки необтяжений. На фоні цього у хворої розвинувся важкий напад ядухи. Патогенетичним механізмом бронхоспазму є:

+Аспіринова астма

- Атопічна астма
- Змішана астма
- Астма фізичного зусилля
- Дисгормональна астма

?

У 18-річного юнака, футболіста, після швидкого темпу гри виникає виражена експіраторна задишка з елементами візінга. Алергологічний та спадковий анамнез не обтяжені. При обстеженні, в стані спокою: ритм серцевої діяльності правильний, тони чисті, ритмічні. Над легеньми - везикулярне дихання, хрипи не прослуховуються. Звичайна спірометрія без особливостей. Попередній діагноз:

- +Астма фізичного зусилля
- Психофізіологічне коротке дихання
- Нервово-психічна астма
- Синдром обструктивного сонного апное
- Трахео-бронхіальна дискінезія

?

Хворий З., 40 р., скаржиться на кашель з виділенням гнійного харкотиння, напади ядухи які виникають переважно вранці, слабкість, задишку при ходьбі, субфебрильну температуру. В якому з наведених випадків цьому пацієнту буде рекомендовано хірургічне лікування:

- +Бронхоектази в межах однієї частки легені, ускладнені кровотокою
- Двобічні дифузні бронхоектази, ускладнені легеневим серцем
- Бронхоектази, ускладнені ДН III ст.
- Субклінічні бронхоектази в межах одного сегменту
- Двобічні дифузні бронхоектази з неускладненим перебігом

?

Хворий К. 45р., впродовж 15 років працює ливарником, звернувся до цехового терапевта зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні, кашель, поколювання в грудній клітці. Рентгенографія легень: невеликі затемнення округлої форми, з чіткими контурами середньої інтенсивності дифузного характеру в верхніх відділах легень. До якого із спеціалістів необхідно направити хворого для встановлення заключного діагнозу:

+Фтизіатра

-Профпатолога

-Онколога

-Пульмонолог

-Дільничного терапевта поліклініки

?

При проведенні рентгенографії органів грудної порожнини хворої, яка впродовж 25 років лікується з приводу бронхіальної астми, зі сторони серця виявлено такі зміни: вибухання конусу легеневої артерії, значне збільшення правого шлуночка. На ЕКГ: відхилення електричної вісі вправо, R pulmonale. Чим обумовлено виникнення таких змін:

+Гіпертрофія правих відділів серця

-Гіпертрофія лівого передсердя

-Гіпертрофія лівого шлуночка

-Гіпертрофія лівих відділів серця

-Гіпертрофія правого шлуночка

?

У жінки 28 років, яка звернулася до поліклініки діагностовано позагоспітальну пневмонію (з локалізацією в нижній частці лівої легені) I групи. З якого з перерахованих антибактеріальних засобів необхідно почати лікування:

+Кларитроміцин

-Пеніцилін

-Ципробай

-Ванкоміцин

-Тоброміцин.

?

35- річна жінка, продавець, захворіла гостро з підвищення температури до 39-40°C, ознобу, кашлю з невеликою кількістю слизуватого харкотиння, болю в правому боці. Справа під лопаткою притуплення перкуторного звуку, вислуховуються, крепітація. Рентгенографія органів грудної порожнини - в нижній частці правої легені виявляється неомогенне затемнення, з розмитими контурами. Проба Манту з 2 ТО- 5мм. Ваш попередній діагноз:

- +Позалікарняна пневмонія
- Інфільтративний туберкульоз
- Інфаркт легені
- Абсцес легені
- Рак легені

?

Під час обходу хворих черговим лікарем у пацієнта після апендектомії, яка проводилась на фоні гострого респіраторного захворювання, виявлені задишка (ЧДР - 45 за 1 хвилину), значно ослаблене дихання над обома легеньми, тахікардія – 132 за 1 хвилину, гіпотонія – 85/40 мм рт.ст., сопор. Симптомів кровотечі, перитоніту не виявлено. Сатурація крові знижена до 60%. Який об'єм невідкладної допомоги при даній ступені дихальної недостатності:

- +Оксигенотерапія з ШВЛ
- Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів
- Призначення кардіотоніків
- Призначення дихальних аналептиків
- Серцево-легенева та мозкова реанімація

?

Чоловік 52 років, близько 20 років спостерігається з приводу ХОЗЛ. Два місяця тому збільшилась задишка, з'явилася тяжкість у правому підребер'ї. Об'єктивно: дифузний ціаноз, температура- 37,0С, ЧДР 32 за 1 хвилину. Рс - 92 за 1 хвилину. АТ – 110/80 мм рт.ст. В легеньх при аускультатії – сухі хрипи. Аускультативно акцент ІІ тону над легеневою артерією. Печінка +2,0 см. Яке подальше обстеження необхідно провести для діагностики розвинутого ускладнення:

- +ЕхоКГ
- Пікфлоуметрія
- Спірографія
- Катетеризація порожнини серця
- Катетеризація легеневих судин

?

Хворий П. 58 років страждає на ХОЗЛ протягом 15 років. В останні півроку з'явилися симптоми серцевої недостатності: задишка, набряки нижніх

кінцівок. Об'єктивно: дифузний ціаноз. ЧДР 26 за 1 хвилину. Тони серця глухі, ритм їх правильний. Рс-78 за 1 хвилину. АТ-150/90 мм рт.ст. Печінка на 5,0 см нижче реберної дуги. Набряки нижніх кінцівок. На ЕКГ: збільшення амплітуди Р I, III, aVF відведеннях, глибокий S в V4-V6 відведеннях. Що з'явилося пусковим патогенетичним механізмом змін з боку серця:

- +Гіпертензія малого кола кровообігу
- Обструкція найдрібніших бронхів
- Артеріальна гіпоксемія
- Гіпертрофія правого шлуночка
- Артеріальна гіпертензія у великому колі кровообігу

?

У пацієнта 43 років, після прийому аспірину виникла ядуха, набряк обличчя, уртикарний висип на кінцівках. Об'єктивно: стан тяжкий, шкіра ціанотична, стридорозне дихання ЧДР - 38 за 1 хвилину. АТ-120/80 мм рт.ст.. ЧСС-120/хв. Який препарат потрібно призначити пацієнту в першу чергу:

- +Адреналін
- Супрастин
- Теофілін
- Еріус
- Димедрол

?

У хворого 60 років, що знаходиться у стаціонарі з приводу лівобічного ексудативного плевриту відмічається швидке накопичення ексудату після кожної евакуації його. Якому захворюванню відповідає така динаміка:

- +Бластоматозний процес
- Синдром Дреслера
- Системний червоний вовчак
- Постпневмонічний плеврит
- Туберкульоз плеври

?

Хвора знаходилась на лікуванні з приводу бронхоектатичної хвороби. Після кашлю раптово виникла задишка, запаморочення, стиснення в грудях, з

рота з кашлем почала виділятися світла піниста кров. Об'єктивно: стан хворої тяжкий, блідість шкіри, пульс - 110 за хвилину, ЧД - 30 за хвилину. Для подальшого лікування хвору необхідно госпіталізувати:

- +В хірургічне відділення
- Можливе амбулаторне лікування
- В пульмонологічне відділення
- В кардіологічне відділення
- В реанімаційне відділення
- ?

Які основні ознаки характеризують ремоделювання бронхів при бронхіальній астмі:

- +Усі вище перелічені ознаки
- Підвищення васкуляризації (ангіогенез)
- Ушкодження епітелію
- Збільшення маси гладенької мускулатури бронхів (гіперплазія)
- Потовщення сітчастої базальної мембрани
- ?

Працівника підприємства по виробленню фільтрів з встановленим діагнозом азбестозу І стадії раціонально працевлаштоване, щорічно проходить профілактичне лікування, добре почувається. Хворіє 5 років. В останній час почав скаржитися на виражене посилення задишки, появу кров'янистого харкотиння, схуднення, підвищення температури. При рентгенографічному дослідженні виявлено ателектаз середньої долі правої легені. Яке ускладнення розвинулося у хворого :

- +Центральне новоутворення правої легені
- Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень
- Абсцес правої легені
- Позалікарняна пневмонія правої легені, важкий перебіг (IV група)
- Загострення хронічного бронхіту з бронхоектазами
- ?

Хворий 36 років скаржиться на значну ядуху в спокої, відчуття тяжкості у грудях. Захворювання зв'язує з перенесеним 2 тижня тому грипом. Об-но: положення вимушене – сидить, нахилившись уперед. Обличчя одутле, ціанотичне, шийні вени набряклі. Межі серця поширені в обидві сторони,

тони серця глухі, ЧСС 106 за 1 хвилину, АТ 100/60 мм рт. ст. В крові ШЗЕ 42 мм/год. На ЕКГ – низький вольтаж, на рентгенограмі – трапецієподібна тінь серця, ознаки застою у легенях. Який діагноз:

- +Гострий перикардит
- Вірусний міокардит
- Дилатаційна кардіоміопатія
- Ішемічна хвороба серця
- Ревматична вада серця
- ?

Хворий 52 років госпіталізований у стаціонар в дуже важкому стані. Об- но: адинамічний, положення вимушене, шкіряні покрови покриті холодним потом, виражений ціаноз обличчя, набряк шийних вен. Задишка змішаного характеру, ЧД=36 за 1 хв., пульс ниткоподібний, аритмічний 118 за 1 хвилину, АТ=80/55 мм рт.ст. Печінка збільшена на 5,0 см, болюча. На рентгенограмі органів грудної клітки - шароподібна конфігурація серця, ознаки застою у легенях. Який лікувальний засіб потрібно застосувати :

- +Пункція перикарду
- Призначення глюкокортикостероїдів
- Призначення сечогінних
- Перикардектомія
- Призначення серцевих глікозидів
- ?

Хворий 52 років, на протязі 12 років скаржиться на кашель, останні 5 років відмічає задишку при фізичному навантаженні. Місяць тому посилювся кашель з виділенням гнійної мокроти. Об'єктивно: пастозність гомілок, дифузний теплий ціаноз, задишка у спокої. ЧД – 32 за 1 хвилину, температура 37,5 °С, межі відносної серцевої тупості зміщені вправо, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Печінка +2,0 см. Яка тактика ведення хворого:

- +Стаціонарне лікування
- Амбулаторне лікування
- Фізіотерапевтичне лікування
- Екстракорпоральні методи лікування
- Санаторно-курортне лікування

?

Хвора 60 років після гінекологічної операції була переведена до кардіологічного відділення з діагнозом: тромбоемболія легеневої артерії. В анамнезі – виразкова хвороба шлунку. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді. ЧСС – 88 за 1 хвилину, ЧДР 20 за 1 хвилину. АТ – 90/60 мм рт. ст., тони серця приголомшені, акцент II тону на легеневій артерії. В легенях у нижніх відділах, більше справа, ослаблене дихання. Яка подальша тактика ведення хворого:

+Призначення фраксіпарину

-Призначення аспірину

-Призначення преднізолону

-Призначення варфарину

-Призначення фуросеміду

?

У хворого П., 50 років, після фарбування вікон, почався приступ ядухи, яка не купується симпатоміметиками на протязі 3-х діб. Страждає на бронхіальну астму. На протязі останнього року було 3 приступи, які купувалися сальбутамолом. Об'єктивно: набряк нижніх кінцівок. Дихання поверхневе, ЧДР 16 за 1 хвилину, сухі свистячі хрипи по всій поверхні легень. ЧСС-120 за 1 хвилину, АТ-155/80 мм рт.ст. Межі серця збільшені праворуч. Печінка +4,0 см. Яка причина розвитку серцевої недостатності у хворой:

+Гостре легеневе серце

-Ішемічна хвороба серця

-Гіпертонічна хвороба

-Тромбоемболія легеневої артерії

-ХОЗЛ

?

Хворий П., 54 р., скаржиться на задишку, кашель, серцебиття. Палить 30 років. Об'єктивно: дифузний теплий ціаноз, набряки він шиї, стоп. Діжкоподібна грудна клітка, дихання послаблене, ЧДР 28 за 1 хвилину, акцент II тону над легеневою артерією, ЧСС 90 за 1 хвилину, АТ-150/80 мм рт.ст. Печінка +2,0 см. ЕКГ: Р "пульмонале" та ознаки гіпертрофії правого шлуночка. Яке захворювання є причиною розвинутого ускладнення:

+ХОЗЛ

- Ожиріння
- Первинна легенева гіпертензія
- Гіпертонічна хвороба
- Бронхіальна астма

?

Пацієнт 56 років, страждає на бронхіальну астму понад 25 років. При нападах ядухи використовує β_2 – агоністи короткої дії. Які ускладнення не відносяться до передозування β_2 - агоністів:

- +Сонливість
- Тремор м'язів
- Підвищення артеріального тиску
- Синдром “рикошету”
- Тахікардія

?

Пацієнту 30 років з позалікарняною пневмонією був призначений ампіцилін. Після другої ін'єкції хворий покритися холодним потом, з'явилась задишка і через хвилину пацієнт непритомнів. При цьому артеріальний тиск 60/40 мм рт.ст., пульс-130 уд. за хвилину, слабкого наповнення, тони серця ослаблені. Яке ускладнення виникло у хворого:

- +Медикаментозний анафілактичний шок
- Гостра дихальна недостатність
- Непритомний стан
- Інфекційно-токсичний шок
- Тромбоемболія легеневої артерії

?

Хворому 30 років з позалікарняною пневмонією був призначений ампіцилін. Після другої ін'єкції хворий покритися холодним потом, з'явилась задишка і через хвилину він непритомнів. АТ - 70/40 мм рт.ст., пульс-140 уд. за хвилину, слабкого наповнення, тони серця ослаблені. Стан розцінений як анафілактичний шок. Якими клітинами виділяються медіатори при класичному варіанті анафілаксії:

- +Опасистими клітинами
- Еозинофілами

-Т-лімфоцитами

-Нейтрофілами

-В-лімфоцитами

?

Пацієнт 20 років. Вперше на протязі тижню після праці в оранжереї непокоять напади кашлю та задишки. При інгаляції сальбутамолу, ОФВ₁ знижений до 70% від належних, збільшився на 15%. Який попередній діагноз.

+Бронхіальна астма

-Вогнищева пневмонія

-Гостре респіраторне-вірусне захворювання

-Гострий бронхіт

-ХОЗЛ

?

Пацієнт К., 52 років, скаржиться на напади малопродуктивного кашлю, які непокоять на протязі 7 років. В харкотинні виявлені кристали Шарко-Лейдена, спіралі Куршмана, еозинофільні лейкоцити. Який попередній діагноз:

+Бронхіальна астма

-Рак легенів

-Еозинофільний інфільтрат

-ХОЗЛ

-Туберкульоз легень

?

Хвора Д., 55 років, скаржиться на напади сухого кашлю, який виникає вночі та зранку. При обстеженні ОФВ₁, знижений до 65% від належного, після інгаляції Бета2-агоністів зріс до 85% від належного. Скарифікаційні проби з алергенами виявили сенсibiliзацію до побутових алергенів.

Найвірогідніший діагноз:

+Бронхіальна астма

-Гострий бронхіт

-ХОЗЛ

-Позалікарняна пневмонія

-Бронхоектатична хвороба

?

У хворого лихоманка, температура тіла - 39 °С, кашель з виділенням харкотиння неприємного запаху та прожилками крові. При аускультатії легень справа в нижній частці амфоричне дихання, вологі середньопухирчасті хрипи. Рентгенографія органів грудної клітини - справа в нижній частці порожнина до 4,0 см в діаметрі, з рівнем рідини. Вірогідний діагноз:

+Абсцес легень

-Гангрена легень

-Інфільтративний туберкульоз

-Рак легень

-Пневмонія

?

Хворому 72 років, який страждає на стенокардію і ожиріння, проведена холецистектомія з інтраопераційною холангіографією. На 5 добу з'явилася задишка, біль в грудях, кровохаркання. Температура тіла 37,2 °С, АТ-110/70 мм рт.ст., ЧСС-110 за 1 хвилину. Найвірогіднішою причиною стану хворого є:

+ТЕЛА

-Інфаркт міокарду

-Аспіраційна пневмонія

-Шокова легеня

-Піддіафрагмальний абсцес

?

У хворого Л., 26 років, з лівобічною нижньочастковою пневмонією під час кашлю з'явився різкий біль зліва в грудній клітці. Об'єктивно: дифузний ціаноз, вибухання лівої половини грудної клітки, тимпаніт, відсутність дихальних шумів. Зміщення правої межі серця до середньо-ключичної лінії. Яке обстеження найінформативніше:

+Рентгенографія

-Бронхоскопія

-Спірографія

-Бронхографія

-Пневмотахометрія

?

Хворий П. 32 роки, скаржиться на періодичний переважно ранковий малопродуктивний кашель з виділенням слизового харкотиння, задишку із утрудненим видихом. Хворіє на протязі 18 років. Захворів після перенесеного ГРВІ та пневмонії, не курив. Об'єктивно: легеневий звук з тимпанічним відтінком в нижньобокових відділах, жорстке дихання, множинні розсіяні сухі свистячі та джистячі хрипи. Тони серця звучні. Рентгенографія органів грудної порожнини: легеневі поля підвищеної прозорості, зліва в нижній долі легеневий малюнок деформований з наявністю тонкостінних порожнин діаметром 2-3 см. Лівий купол діафрагми розміщений на рівні правого. Серце зміщене вліво, ангіопульмографія виявляє в лівій нижній долі недорозвинені витончені субсегментарні артерії і вени. Кут їх розгалуження 110 градусів. Яка патологія має місце у хворого:

+Кістозна гіпоплазія лівої нижньої долі

-Бронхоектатична хвороба

-Хронічний обструктивний бронхіт

-Хронічний фіброкаверкозний туберкульоз

-Хронічний множинний абсцес лівої нижньої долі

?

Хворий М. 62 роки, скаржиться на експіраторну задишку в стані спокою, кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, серцебиття загальну слабкість. Хворіє бронхітом 25 років. Курить 42 роки. Об'єктивно: акроціаноз. Бочкоподібна грудна клітка, коробковий звук, різко послаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі джизчаті хрипи на вдиху і видиху. ЕКГ гіпертрофія правого шлуночка та передсердя, венозний тиск - 82 мм водного стовпа. Клінічний діагноз: ХОЗЛ, хронічний гнійнообструктивний бронхіт III ст. у фазі загострення, дифузний перибронхіальний пневмосклероз, емфізема легень, ДН- III ст. Хронічне легеневе серце, бронхопульмональна форма, ХНК - II Який механізм розвитку легеневого серця у даного хворого є основним:

+Вторинна легенева гіпертензія

-Підвищення внутрішньогрудного тиску.

-Утруднення діастолічного наповнення правого передсердя

-Первинна легенева гіпертензія

-Атеросклероз

?

У швачки, 38 років, професійний стаж 18 років, в клініці профзахворювань діагностовано пиловий професійний бронхіт І ст. Об'єктивно: ЧДР - 20 за 1

хвилину. Спірографія: ЖЄЛ - 80%, МВЛ - 60%, ОФВ₁ - 64%, інд. Тіфно - 57%, ДО - 680 мл. Визначити характер вентиляційних порушень:

+Обструктивний.

-Рестриктивний.

-Обструктивно-рестриктивної

-Дифузійний

-Немає порушення функції зовнішнього дихання

?

Хворий Б. 27 років, скаржиться на приступи різкого кашлю з виділенням невеликої кількості гнійного харкотиння, біль за грудиною, періодично кровохаркання. В дитячому віці часто хворів бронхітами, пневмонією. Об'єктивно: пониженого відживлення, блідість шкіри, ціаноз губ, язика. Над легеньми коробковий звук, жорстке дихання з подовженим видихом, дзижчаті хрипи на вдиху і видиху. Бронхоскопія: гіперемія слизової трахеї і головного бронху справа, просвіт їх розширений, при видиху звужується за рахунок мембранозної частини слизової. Який патологічний процес має місце у хворого:

+Трахеобронхомегалія –синдром Мун'є - Куна

-Бронхоектатична хвороба

-Хронічний гнійнообструктивний бронхіт

-Хронічний трахеїт

-Центральний рак правого головного бронху

?

У хворої 78 років з переломом стегнової кістки раптово виник напад задишки, інтенсивний біль у грудній клітці, кашель. При огляді стан хворої важкий, кінцівки холодні, дифузний ціаноз, набряклі шийні вени, тахіпное 28 за хвилину, в легенях - везикулярне дихання, пульс 110 за хвилину, АТ – 90/50 мм рт.ст.. Який стан розвинувся у хворої:

+Тромбоемболія легеневої артерії

-Гострий інфаркт міокарду

-Напад бронхіальної астми

-Напад серцевої астми

-Напад пароксизмальної тахікардії

?

Хворий 51 року, скаржиться на виражену задишку, відчуття важкості та розпирання в лівій половині грудної клітки. Об'єктивно: ЧД - 30 за хвилину, ЧСС - 108 за хвилину. Над лівою половиною грудної клітки голосове тремтіння різко ослаблене, перкуторний тон тупий, різке ослаблення везикулярного дихання. Рентгенографія легень - гомогенна тінь до рівня 2-го ребра з верхньою косою межею, органи середостіння зміщені праворуч. Методом вибору при лікуванні даного хворого повинно бути:

+Лікувально-діагностична плевральна пункція

-Внутрішньовенне введення великих доз глюкокортикостероїдів

-Екстрена бронхофіброскопія

-Інгаляція (Бетта2-агоністів короткої дії)

-Внутрішньовенне введення антибіотиків

?

Чоловік 38-ми років захворів 2 тижні тому, з'явився кашель, слабкість, підвищилася температура до 38,0°C. Стан різко погіршився до кінця 1-го тижня, коли з'явилися остуда, проливний піт, надвечір температура підвищилася до 39,0°C. За 2 дні до госпіталізації у хворого під час кашлю виділилася велика кількість смердючого харкотиння з кров'ю, після чого стан хворого покращився. Пульс - 80/хв., часто та дихання - 20/хв., температура тіла 37,6°C. Які зміни можливі на рентгенограмі грудної порожнини:

+Наявність порожнини з горизонтальним рівнем рідини

-Затемнення частки легені

-Однорідна округла тінь в легеновому полі

-Зміщення середостіння в сторону гомогенної тіні

-Тінь в нижньому відділі з косою верхньою межею

?

Жінка 40-ка років госпіталізована до клініки зі скаргами на задуху, яка триває кілька годин і не проходить від дії раніш ефективного астмопенту. З'явилися серцебиття та неспокій. 8 років хворіє на хронічний бронхіт. Об'єктивно: стан тяжкий, хвора сидить, спираючись руками на край столу, блідий ціаноз, на відстані чутно свистяче дихання. В легенях на тлі

послабленого дихання вислуховуються в невеликій кількості розсіяні сухі хрипи. Пульс - 108/хв., артеріальний тиск - 140/80 мм рт.ст. Застосування яких препаратів у першу чергу є обов'язковим у лікуванні хворої?

- +Глюкокортикоїди
- Адреноміметики
- Антигістамінні
- Холінолітики
- Стабілізатори мембран опасистих клітин
- ?

У хворого 26-ти років півгодини тому після прийому амінопеніциліну з приводу гострого бронхіту з'явилися задишка мішаного характеру, сухий кашель, свербіння шкіри. Об'єктивно: набряк та почервоніння шкіри в ділянці орбіти, дихання свистяче, пульс - 114/хв., артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст. Препаратом невідкладної допомоги буде:

- +Преднізолон
- Еуфілін
- Димедрол
- Активоване вугілля
- Гепарин.
- ?

До клініки надійшов хворий 18-ти років зі скаргами на виражену задишку, кашель, свербіння шкіри. Захворів гостро, близько години тому після прийому анальгін. З дитинства кропивниця, "аспіринова астма". Об'єктивно: параорбітальний набряк, почервоніння та набряк обличчя. Дихання свистяче. Частота пульсу - 96/хв., артеріальний тиск - 80/50 мм рт.ст. Препаратом невідкладної допомоги буде:

- +Преднізолон
- Еуфілін
- Супрастин
- Строфантин
- Дофамін
- ?

Жінка 38-ми років скаржиться на сверблячий висип на шкірі, який з'явився через день після прийому анальгетика. Об'єктивно: загальний стан хворої

середньої тяжкості, на шкірі обличчя, тулуба й кінцівок рясний уртикарний висип, який місцями зливається. Який лікарський засіб слід призначити хворій в першу чергу?

+Преднізолон

-Ентеросгель

-Реосорбілакт

-Розчин хлористого кальцію

-Тавегіл

?

Хворий 45-ти років скаржиться на нічні напади ядухи до 2-4 разів на місяць, відчуття експіраторної задишки під час фізичного навантаження. В анамнезі - сезонний поліноз впродовж 20-ти років. При проведенні спірометрії отримані наступні дані: ОФВ1 - 62%, ФЖЄЛ - 70% від належних. Зворотність бронхообструкції - 17,9%. Які препарати для базисної терапії необхідно призначити даному хворому?:

+Інгаляційні глюкокортикоїди

-Системні глюкокортикоїди

-Кромони

-Модифікатори лейкотрієнів

-Бронхолітики короткої дії

?

Хворий 57-ми років перебуває на лікуванні з приводу політравми. Через 8 днів виникли скарги на виражений кашель з виділенням гнійного харкотиння, виражену задишку, підвищення температури до 38,8°C. В анамнезі: хронічний бронхіт, палить 20 років. Об'єктивно: в легенях вислуховується жорстке дихання, в нижніх відділах правої легені - вологі дрібно- пухирчасті хрипи. Проба на ВІЛ - негативна. Який діагноз у даного хворого?

+Нозокоміальна пневмонія

-Позагоспітальна пневмонія

-Аспіраційна пневмонія

-Пневмонія осіб з імунodefіцитом

-Інфекційне загострення бронхіту

?

Хвора 36-ти років скаржиться на задишку, відчуття стискання в правій половині грудної клітки, підвищення температури до 38,7°C, кашель з виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння. Хворіє понад тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: легкий акроціаноз губ, пульс ритмічний, 90/хв., артеріальний тиск 140/85 мм рт.ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно справа нижче кута лопатки прослуховується тупість. В цій ділянці дихання відсутнє. Який найбільш імовірний діагноз?

+Плеврит

-Позагоспітальна пневмонія

-Ателектаз легені

-ТЕЛА

-Абсцес легені

?

Чоловіка 45-ти років доставлено до лікаря після повідомлення про випадок активного туберкульозу у його колеги з яким він працює в одному офісному приміщенні. Скарг не має. Після проведення туберкулінової проби розмір папули становить 14 мм. Даних про результат попередньої проби немає. Який з наступних кроків лікаря є найбільш доречним?

+Рентгенографія органів грудної клітки

-Повторна туберкулінова проба через 3 місяці

-Карантин на 3 місяці

-Призначення ізоніазиду, рифампіцину та етамбутолу

-Забір мокротиння для виявлення мікобактерій туберкульозу

?

Чоловік 72-х років звернувся до лікаря зі скаргами на задишку, кашель, набряки гомілок, збільшення живота. Хворіє більше ніж 20 років на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Останні 3 роки є інвалідом II групи у зв'язку з патологією серця. При фізикальному обстеженні пульс 92/хв, артеріальний тиск 120/70 мм рт.ст., частота дихання 24/хв. Шкірні покриви ціанотичні, набряки гомілок, при пальпації органів черевної порожнини позитивний симптом флюктуації. При аускультатії акцент II тону над легеневою артерією, сухі хрипи над всією поверхнею легень. Який механізм розвитку змін з боку серця у цього хворого є найбільш імовірним?

+Вторинна легенева гіпертензія

-Рефлекс Китаєва

- Рефлекс Бейнбріджа
- Кардіоваскулярний рефлекс
- Дихальний рефлекс
- ?

Чоловік 58-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на кашель зі слизовогнійним мокротинням, задишку при фізичному навантаженні. Зазначені симптоми турбують протягом 14-ти років. Щоденно викурює 1,5 пачки сигарет з 17-ти років. При фізикальному обстеженні пульс 96/хв., артеріальний тиск 130/80 мм рт.ст. Перкуторно над усією поверхнею легень коробковий звук. Аускультативно дихання ослаблене, на фоні подовженого видиху розсіяні сухі хрипи. За даними спірометрії співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ 30%. Який діагноз є найбільш імовірним?

- +Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)
- Бронхіальна астма
- Бронхоектатична хвороба
- Рак легень
- Фіброзуєчий альвеоліт

?

Чоловік 64-х років надійшов у відділення невідкладної допомоги зі скаргами на набряки нижніх кінцівок, попереку та передньої черевної стінки. В анамнезі хронічний бронхіт з бронхоектазами. При фізикальному обстеженні температура тіла 37,2оС, артеріальний тиск 110/75 мм рт.ст., пульс 82/хв., частота дихання 19/хв. При лабораторному дослідженні у загальному аналізі сечі (ЗАС): питома вага 1025, білок 9,9 г/л, лейкоцити 2-3 у полі зору, еритроцити 1-2 у полі зору, циліндри немає. Добова протеїнурія 11,4 г/добу. У біохімічному аналізі крові загальний білок 52 г/л, альбуміни 30 г/л, холестерин 9,6 ммоль/л. Який тип ураження нирок у цього хворого є найбільш імовірним?

- +АА амілоїдоз, нефротичний синдром
- Гломерулонефрит, нефритичний синдром
- Пієлонефрит, сечовий синдром
- Тубуло-інтерстиціальний нефрит, нефротичний синдром
- Діабетична нефропатія, нефритичний синдром

?

Раніше здоровий хлопець 22-х років прийшов на прийом до лікаря зі скаргами на підвищену температуру та кашель з жовтим мокротинням, що продовжуються протягом 7-ми днів. При фізикальному обстеженні температура 38,3°C, артеріальний тиск 130/70 мм рт.ст., частота серцевих скорочень 79/хв., частота дихання 17/хв., SpO2 95% при кімнатному повітрі. При аускультатії звучні вологі хрипи зліва. На оглядовій рентгенограмі консолідація у нижній частці лівої легені. Який з перерахованих препаратів буде найбільш доцільно призначити цьому пацієнту?

+Азитроміцин

-Триметоприм-сульфаметоксазол

-Ципрофлоксацин

-Гентаміцин

-Левовфлоксацин

?

У хворого Д., 45 р., скарги на різкі болі у великому пальці лівої ступні. При огляді відмічається: суглоб збільшений в об'ємі, синювато-багрянний, t тіла – 38,5

°C Кров: лейкоцити – $10,2 \times 10^9$ /л, ШЗЕ – 34 мм/год. Сечова кислота – 0,525

ммоль/л. Який попередній діагноз?

+Подагричний артрит

-Псоріатичний артрит

-Ревматоїдний артрит

-Остеоартроз

-Хвороба Рейтера

?

Жінка 25 років, доставлена до клініки зі скаргами на біль в грудній клітці зліва, задишку, лихоманку впродовж двох тижнів. Хвора відмічає, що нещодавно її непокоїли болі у суглобах кистей, міалгії та з'явилася еритема на обох щоках. Об-но: пульс – 100 уд /хв., систолічний шум на верхівці, шум тертя плеври зліва. Суглоби кистей припухлі. Кров: лейкоцити – $2,0 \times 10^9$ /л, еритроцити – $2,7 \times 10^{12}$ /л, ШЗЕ – 59 мм/год, у сечі протеїнурія, циліндрурія. Який діагноз є найбільш ймовірним?

+Системний червоний вовчак

- Ревматоїдний артрит
- Гостра ревматична лихоманка
- Реактивний артрит
- Дерматоміозит

?

Хвора С., 34 р., скарги на виражений біль в дрібних суглобах кистей, ранкову скутість рухів на протязі 3 годин. Хворіє 4 роки. Об'єктивно симетричне враження суглобів кистей, їх деформація, підвивихи, атрофія міжкісткових м'язів. Кров: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $9,7 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 45 мм./год. С-реактивний білок – 36 Ед/мл., ревматоїдний фактор – 128 Ед/мл. Який попередній діагноз?

- +Ревматоїдний артрит
- Системний червоний вовчак
- Псоріатичний артрит
- Подагра
- Лайм-борреліоз

?

Хвора 60 років вагою 120 кг зі скаргами на ниючий біль в колінних суглобах, який виникає під час рухів та підсилюється під вечір, рухи супроводжуються хрускотом. Об-но: Температура тіла – 36,7 С. Колінні суглоби деформовані. На рентгенограмі колінних суглобів – звуження суглобової щілини, бокові остеофіти. Який з наведених діагнозів є найбільш імовірним?

- +Остеоартроз
- Подагричний артрит
- Ревматоїдний артрит
- Реактивний артрит
- Мікрокристалічна артропатія (CPPD)

?

У хворого 37 років після вживання м'ясної їжі гостро з'явилися різкі болі в ділянці плюсно-фалангового суглобу великого пальця лівої стопи. Об'єктивно: шкіра над ураженим суглобом багрово-синюшного кольору,

хворий не може стати на ногу через різкий біль. Для невідкладної допомоги рекомендовано призначити?

+Колхіцин

-Жоден з них

-Еторікоксіб (Аркоксія)

-Серратопептідазу (Серрата)

-Лефлуномід (Арава)

?

У хворої після підняття важкої сумки раптово з'явився гострий біль у попереку. Рухи в хребті обмежені. Не викликається ахілів рефлекс зліва, з'явилась анестезія больової чутливості на зовнішній повертні лівої гомілки. Яке захворювання запідозрите?

+Попереково - кризовий радикуліт

-Люмбаго

-Люмбалгія

-Неврит стегнового нерву

-Спинальний арахноїдит

?

В стаціонар поступила жінка 38 років зі скаргами на болі в дрібних суглобах, субфебрилітет. Хворіє протягом 4 років. Спочатку відмічались лише повторні атаки поліартриту дрібних суглобів кисті. Під час огляду: деформація проксимальних міжфалангових суглобів, розширення серця в обидва боки, систолічний шум на верхівці, АТ – 150/100 мм рт.ст. При рентгенографії ОГК – плевродіафрагмальні спайки, збільшення лівого шлуночка. Аналіз крові: Hb - 98 г/л, еритроцити – $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $4,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 50 мм/год. Аналізсечі: білок – 1,3 г/л, еритроцити – 8-9 в п/зору, гіалінові циліндри – 3-4 в п/зору. Найбільш ймовірний діагноз?

+Системний червоний вовчак

-Ревматоїдний поліартрит

-Системна склеродермія

-Хронічний гломерулонефрит

-Ревматична лихоманка

?

Хворій 19 років, що страждає на системний червоний вовчак з гострим перебігом, ураженням нирок, міокарду, плеври, суглобів, планується призначити патогенетичне лікування. В аналізі крові еритроцитів – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 120 г/л, лейкоцити – $2,9 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $150 \times 10^9/\text{л}$, сечовина – 6,9 ммоль/л. Оберіть правильний варіант лікування.

+Преднізолон 60 мг/добу

-Левамізол 150 мг/добу за схемою

-Циклофосфан 200 мг в/в через день

-Тимолін 10 мг в/м щоденно.

-Лаферон 5 млн од. в/м 2 рази на тиждень.

?

Чоловік 55 років надійшов до клініки в зв'язку з нападом ниркової коліки, яка періодично повторюється протягом року. Об'єктивно: в ділянці вушних раковин та правого ліктьового суглобу знаходяться вузликові утворення, покриті тонкою блискучою шкірою. Пульс – 88/хв. АТ – 170/100 мм рт.ст. Позитивний симптом Пастернацького з обох сторін. Хворому призначено обстеження. Вивчення якого лабораторного показника найбільш доцільно для встановлення діагнозу?

+Сечової кислоти

-Ревматоїдного фактору

-ШЗЕ

-Осаду сечі

-Молочної кислоти

?

Жінка 50 років скаржиться на набряк кистей, зміну кольору шкірних покривів на обличчі та грудях, ускладнення проходження їжі. Хворіє 5 років. Під час огляду: ніс загострений, симетричне потовщення, натяг та індурація шкіри пальців. Над легеньми сухі хрипи; тони серця глухі, ритм неправильний, акцент II тону над легеневою артерією, ЧСС – 98/хв. У крові прискорена ШЗЕ, гіпергамаглобулінемія. Який найбільш вірогідний основний механізм розвитку захворювання?

+Порушення фіброутворення та мікроциркуляції

-Утворення антитіл до міозитів

-Утворення антитіл до РНК

-Утворення антитіл к ендотеліальним клітинам

-Утворення антитіл до нативної ДНК

?

Жінка 40 років скаржиться на слабкість, швидко втому, підвищення температури тіла до 38 °С, висип на шкірі обличчя, біль у променевоzap'ястних та ліктьових суглобах. Хворіє 3 роки. При огляді: на щоках еритематозні висипи у вигляді "метелика", променевоzap'ястні та ліктьові суглоби уражені симетрично, припухлі; над легеньми шум тертя плеври. У крові анемія, лейкопенія, лімфопенія. У сечі протеїнурія і циліндрурія. Утворення яких антитіл є найбільш вірогідним у механізмі розвитку захворювання?

+Утворення антитіл до нативної ДНК

-Утворення антитіл до міозитів

-Утворення антитіл до ендотеліальних клітин

-Утворення специфічних антитіл к міозину

-Утворення ревматоїдного фактора

?

Хворий 44 років скаржиться на біль в колінних, променевоzap'ясткових суглобах, дрібних суглобах кистей. Хворіє 3 роки. Об-но: потовщення та болючість міжфалангових суглобів, при згинанні хрускіт і болючість в колінних суглобах. В крові: лейкоцити – $8,2 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 44 мм/год. На рентгенограмі кистей – звуження суглобової щілини, узури, остеопороз. Який найбільш імовірний діагноз?

+Ревматоїдний артрит

-Реактивний артрит

-Подагрична артропатія

-Деформуючий остеоартроз

-Ревматичний поліартрит

?

Хвора 45 років скаржиться на болі в суглобах кистей, ліктьових суглобів, ранкову скутість більше 1 години. Захворіла 2 місяці тому після переохолодження. При огляді відзначається припухлість променезап'ясткових, п'ястнофалангових і проксимальних міжфалангових суглобів правої і лівої кистей, болючість при пальпації. Для постановки діагнозу "ревматоїдний артрит":

+Вищеперелічених симптомів досить

- Необхідна наявність ревматоїдного фактора в сироватці крові
- Необхідна наявність характерних рентгенологічних змін
- Необхідно виявлення HLA-DRB1
- Необхідна наявність ревматоїдних вузликів

?

Хворий 18 років, скаржиться на припухлість та болі в колінних, ліктьових суглобах, серцебиття, підвищення температури тіла до 38 С. Два тижні назад переніс респіраторно-вірусне захворювання. Об-но: пульс – 94 уд./хв., поперечник серця – 14 см, при аускультатії – ослаблення І тону, систолічний шум на верхівці, припухлість колінних та ліктьових суглобів. В аналізі крові: лейкоцити – $9,1 \times 10^9$, ШЗЕ – 22 мм/год. Аналіз сечі: білок – 0,033 г/л, лейкоцити – 6-8 в полі зору. На ЕКГ: синусова тахікардія, інтервал PQ – 0,24. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Гостра ревматична лихоманка
- Остеоартроз
- Ревматоїдний артрит
- Хвороба Рейтера
- Подагра

?

У хворого К., 22 років, який хворіє на ревматизм впродовж 11 років з'явилися скарги на відчуття пульсації в голові, ритмічне похитування голови, запаморочення. При обстеженні хворого виявлено позитивний пульс Квінке, наявність симптомів Ландольфі, Мюссе, АТ – 170/40 мм рт.ст. Чим зумовлені геодинамічні розлади у хворого?

- +Недостатністю аортального клапана
- Стенозом аортального клапана
- Недостатністю трикуспідального клапана
- Комбінованою мітральною вадю серця
- Проявами “малої хореї”

?

Хворий 18 років скаржиться на значні виділення з уретри жовтувато-зеленуватого кольору, біль при сечовиділенні. Об-но: почервоніння і припухлість губок зовнішнього отвору сечовидільного каналу. При пальпації – болючість по ходу уретри. В мазках: лейкоцитоз, грам-негативні диплококи. Найбільш ймовірна етіологія уретриту:

- +Гонорейний
- Хламідійний
- Трихомонадний
- Гардинельозний
- Кандидозний

?

Хвора 20 років скаржиться на задишку, лихоманку впродовж двох тижнів, біль в грудній клітці зліва, скутість у суглобах кистей, еритему на обох щоках. Об-но: пульс – 94 /хв, систолічний шум на верхівці, шум тертя плеври зліва. Суглоби кистей припухлі. Кров: лейкоцити – $3,7 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 60 мм/год, у сечі білок – 0,4 г/л. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- +Системний червоний вовчак
- Ревматична лихоманка
- Склеродермія
- Синдром Рейтера.
- Ревматоїдний артрит

?

Хвора 38 р., скарги на ранкову скутість у суглобах кистей, відчуття стягнутості шкіри обличчя, утруднення при ковтанні їжі. Об-но: амімія обличчя, звуження ротової порожнини по типу "кисета", кінчики пальців рук бліді, холодні на дотик. Тони серця аритмічні, ослаблені, систолічний шум на верхівці. Кров: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $6,7 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 35 мм/год. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- +Склеродермія
- Синдром Шегрена.
- Ревматоїдний артрит
- Системний червоний вовчак
- Ревматична лихоманка

?

У хворого К., 37 р., раптово вночі після святкування дня народження з'явилися сильні болі в плюснефаланговому суглобі великого пальця ступні. Суглоб синьовато - багровий, збільшений в об'ємі. Температура тіла – 38,8 С, в крові – $9,6 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитів, нейтрофілів – 74 %, ШЗЕ – 30 мм за год. Сечова кислота – 0,490 ммоль/л. Який попередній діагноз?

- +Подагричний артрит.
- Гнійний артрит.
- Ревматоїдний артрит.
- Деформуючий артроз.
- Псоріатичний артрит.

?

Хвора С., 48 р., скаржиться на болі в дрібних суглобах кистей, особливо інтенсивні в другу половину ночі та ранком, які на протязі дня і особливо під вечір зменшуються. Турбує скутість ранком, яка продовжується 2 години. Об'єктивно: симетричне враження суглобів кистей, їх деформація, підвивихи, атрофія міжкісткових м'язів та хруст при активних і пасивних рухах. Хворіє 5 років. Який попередній діагноз?

- +Ревматоїдний артрит
- Остеоартроз.
- Реактивний артрит
- Подагра
- Псоріатичний артрит

?

У хворої К., 17 р., на 18 день після перенесеної ангіни з'явилися сильні мігруючі болі в симетричних великих суглобах. На шкірі проксимальних відділів кінцівок – кільцеподібна висипка блідо-рожевого кольору. Температура тіла – 38,3 С. Пульс – 100/хв., задовільних властивостей. Ніжний систолічний шум на верхівці серця. Лейкоцити – $10,2 \times 10^9$ /л, ШЗЕ – 42 мм за год., С- реактивний білок ++++. На ЕКГ Р-Q – 23 с. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Ревматична лихоманка
- Ревматоїдний артрит
- Бруцельозний артрит
- Туберкульозний артрит
- Гонококовий артрит

?

Хвору 22 р., через 5 тижнів після переохолодження турбує підвищення температури тіла, слабкість, м'язовий біль, неможливість самотійно рухатись. Об-но: болючість, ущільнення м'язів плечей, гомілок; активні рухи

мінімальні; еритема грудної клітки спереду; періорбітальний набряк з геліотропною еритемою. Позитивний симптом Готтрона. Яке дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу?

+Біопсія м'язів

-Активність амінотрансфераз

-Рентгенографія суглобів

-Титр АСЛО

-Ревматоїдний фактор

?Хвора 35 р., скаржиться на зниження працездатності, тривалий фебрилітет, висипку, біль у дрібних суглобах кистей. Об-но: на щоках – еритематозний “метелик”, суглоби симетрично припухлі; над легеньми – шум тертя плеври. Загальний аналіз крові: анемія, лейкопенія, лімфопенія. У сечі – протеїнурія, циліндрурія. Ваш діагноз?

+Системний червоний вовчак

-Ревматична лихоманка

-Дерматоміозит

-Реактивний артрит

-Ревматоїдний артрит

?

Хвора 42 років скаржиться на болі і припухання в суглобах рук і ніг під час руху і в спокої, на ранкову скутість протягом трьох годин. Захворіла три роки тому після перенесеного грипу. Об-но: деформація 3 - 4 проксимальних міжфалангових суглобів правої кисті, припухлість і обмеження рухливості в лівому променевоzap'ястковому суглобі, атрофія м'язів на тилі обох кистей. Аналіз крові: лейкоцити – $12,5 \times 10^9/\text{л}$; ШЗЕ – 35 мм/год. На рентгенограмах кистей – остеопороз. Попередній діагноз?

+Ревматоїдний артрит

-Остеоартроз

-Ревматизм, поліартрит

-Реактивний артрит

-Псоріатичний артрит

?

Хвора 56 років вагою 110 кг звернулась зі скаргами на ниючий біль в колінних, гомілкових та кульшових суглобах, який виникає під час рухів і в

стані спокою, підсилюється під вечір, при зміні погоди і при фізичному навантаженні, кульгавість при ході. Температура тіла – 36,8 С. Колінні суглоби деформовані, при пальпації – біль по внутрішній поверхні в місці проекції суглобової щілини. Рухи супроводжуються хрускотом. Який з наведених діагнозів є найбільш імовірним?

+Остеоартроз

-Подагричний артрит

-Анкілозуючий спондилоартрит

-Ревматоїдний артрит

-Псоріатичний артрит

?

Хвора 28 років скаржиться на болі, припухання міжфалангових суглобів та лівого колінного суглоба, на ранкову скутість. Об-но: суглоби міжфалангові, п'ястково-фалангові малорухомі, припухлі, рухи в них болючі, не в повному об'ємі, незначна атрофія міжкісткових м'язів кисті. Аналіз крові: лейкоцити – 9,6

$\times 10^9/\text{л}$; ШЗЕ – 48 мм/год.; СРБ +++; реакція Ваалер-Роуза – 1:128. Діагноз:

+Ревматоїдний артрит

-Ревматичний артрит

-Остеоартроз

-Подагричний артрит

-Реактивний артрит

?

Хвора 70 років скаржиться на болі в області плечових суглобів, сідниць, стегон, ранкову скутість більше 1 години, схуднення. Захворіла гостро, симптоми наростали протягом 2-х тижнів. При обстеженні виявляється різка болючість м'язів при пальпації в зазначених областях, ШОЕ – 60 мм/год. Лікування повинно починатися з:

+Цитостатиків

-Глюкокортикостероїдів

-Нестероїдних протизапальних препаратів

-Препаратів 4-аминохинолінового ряду

-Міоспазмолітики

?

У хворої Т., 30 років через 1,5 тижня від початку захворювання грипом виникли біль у ділянці серця, задишка, серцебиття, перебої в роботі серця. Об-но: акроціаноз, АТ – 90/70 мм рт.ст, ЧСС – 96 за хв. Тони серця глухі, над верхівкою систолічний шум. ЕКГ: вольтаж зубців значно зменшений, повна блокада ЛНПГ, поодинокі шлуночкові екстрасистоли. В крові значна еозинофілія. Ваш попередній діагноз?

+Міокардит

-Кардіоміопатія

-Перикардит

-Ревмокардит

-Інфекційний ендокардит

?

Хвора М., 22 років з підозрою на системний червоний вовчак скаржиться на “летючий” біль в суглобах рук і ніг, підвищення температури до 38,5- 39 °С впродовж 3-х тижнів, задишку, серцебиття, слабкість. Об-но: еритема на щоках та носі. У крові: Нb – 90 г/л, тромбоцити – 135×10^9 /л, ШЗЕ – 43 мм/год. Усечі: білок – 2,66 г/л, еритроцитів – 8-10 в п/з. виявлення яких антитіл у хворої найбільша значима для постановки діагнозу?

+До нативної ДНК

-До тромбоцитів

-До фосфоліпідів

-Ревматоїдний фактор

-Кріоглобуліни

?

Хворий 25 років відмічав печіння в уретрі, що посилюється при сечовипусканні. Після гри у футбол з'явився різкий біль у ахілловому сухожиллі та в правому колінному суглобі, його набряклість, субфебрильна температура тіла. В аналізі крові виявлені підвищена ШЗЕ, лейкоцитоз зі зрушенням вліво. Найбільш вірогідний діагноз:

+Ревматичний артрит колінного суглобу

-Травматичний артрит

-Туберкульозний гоніт

-Ревматоїдний артрит

-Реактивний артрит

?

Хворий 15 років скаржиться на болі і припухлість в колінних та лівому гомілковостопному суглобах, проксимальних міжфалангових суглобів 2-го пальця обох кистей, що турбують протягом 3 місяців. Рентгенографія суглобів – епіфізарний остеопороз. Аналіз крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb – 136 г/л, ШЗЕ – 29 мм/год. СРБ (++) , ревматоїдний фактор і антинуклеарні антитіла не визначаються. Типування за HLA-системою виявило позитивність за HLA B27. Ваш попередній діагноз?

+Ювенільний хронічний артрит

-Реактивний артрит

-Синдром Стілла

-Синдром Фелті

-Синдром Рейтера

?

Хвора 68 років, скаржиться на різні за характером – болі в гомілковостопних і колінних суглобах, відчуття хрускоту при рухах. Хворіє понад 10 років, останнім часом наростає обмеження рухливості кінцівок. Вказані суглоби деформовані, при рентгенографії: остеопороз, звуження суглобової щілини, склероз суглобових поверхонь, остеофіти. Який патогенез даної патології?

+Дегенерація хряща

-Крайові кісткові розростання

-Гіперпродукція сечової кислоти

-Формування антитіл до імуноглобуліну

-Формування фіксованих імунних комплексів

?

Хворий 28 років, кілька років, відзначає біль у поперековому відділі хребта, різке обмеження рухливості в хребті. Рентгенографія попереково-крижового відділу хребта і крижово-клубового зчленування – звуження суглобових щілин, остеопороз. Назвіть важливу ланку вторинної профілактики даної хвороби?

+Щоденна лікувальна гімнастика

-Приймання цитостатиків

-Імобілізація хребта (корсет)

-Тільки хірургічна корекція

-Постійний прийом малих доз препаратів золота

?

Хворий, 25 років скаржиться на болі у гомілкових суглобах, підвищення температури до 38 °С, неприємні відчуття в очах: "в очах повно піску".
Об'єктивно: припухлість гомілкових суглобів, обмеження руху в них. Який діагноз у хворого?

+Хвороба Рейтера

-Подагра

-Ревматизм

-Ревматоїдний артрит

-Остеоартроз

?

Хворий, 25 років скаржиться на болі у гомілкових суглобах, підвищення температури до 38 °С, неприємні відчуття в очах: "в очах повно піску".
Об'єктивно: припухлість гомілкових суглобів, обмеження руху в них. Які необхідно провести обстеження?

+Мазок з уретри на хламідії

-Реакція Ваалє-Роузе

-Загальний аналіз крові

-Протеїнограма

-Імунограма

?

Хвора М., 42 роки, скаржиться на враження шкіри живота, яке помітила три місяці назад. Враження визиває відчуття легкої напруги шкіри. Об'єктивно: на животі спостерігається два вогнища овальної форми враження шкіри розмірами 10×15см. та 5×8см. Шкіра в них суха, блискуча, має жовтуватий відтінок з рожево-синюшним вінчиком. Пальпаторно визначається затвердіння шкіри. Волосся в вогнищах враження шкіри відсутнє. Поставте клінічний діагноз.

+Бляшкова склеродермія

-Дерматит

-Фіксована еритема

-Обмежений нейродерміт

-Трихофітія гладенької шкіри

?

Хворий 45 років, протягом 12 років страждає ревматоїдний артритом. Рік тому з'явилися набряки на обличчі та нижніх кінцівках. В аналізі крові: ШЗЕ – 55 мм/год., альбуміни – 35 %, холестерин – 10 ммоль/л. В сечі: протеїнурія – 6 г/л, лейкоцити – 2 - 4, еритроцити – 2 - 3 в полі зору. Яке ускладнення основного захворювання має місце у хворого?

+Амілоїдоз нирок

-Гломерулонефрит

-Пієлонефрит

-Пухлина нирка

-Тубуло-інтерстиціальний нефрит

?

Хвора В. 63 років. Скарги на задишку, серцебиття при фізичному навантаженні. Межі відносної серцевої тупості розширені в верх та вліво. Діяльність серця ритмічна, I тон ослаблений, акцент II тону над А. pulmonalis, гучний систолічний шум над верхівкою, проводиться у fossa axillaris sinistra. ЕКГ – лівограма, зубець Р дорівнюється 0,12 с, ФКГ – I тон у вигляді низькоамплітудних коливань, систолічний шум, що зливається з I тоном, але не досягає II тону. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

+Мітральна недостатність

-Гіпертонічна хвороба

-Мітральний стеноз

-Аортальний стеноз

-Міокардит

?

У хворого 20 років скарги на біль в пальцях стопи, не може стати на праву п'яту із-за болю, субфебрильну температуру. Захворювання почалося 6 тижнів з болю при сечовипусканні та явищ кон'юнктивіту. Два місяця тому мав випадковий статевий зв'язок. Аналіз крові: лейкоцити – $8,0 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 45 мм/год. РФ – відсутній. Рентгенологічно – ознаки п'яточних шпор. Які інфекції виконують основну роль у розвитку хвороби у даному випадку?

+Хламідії

-Гонококи

-Кампілобактер

-Сальмонели

-ВІЛ - інфекція

?

Хворий Г., 63 років, скаржиться на біль в лівій половині грудної клітки, який триває упродовж тижня, поширюється в міжлопаткову ділянку, не зменшується від прийому нітрогліцерину. Біль посилюється у другу половину ночі, пальпаторний біль на рівні Th3 - Th5. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний (екстрасистолія), 85 уд./хв.; ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, порушення процесів реполяризації. Лабораторні показники без відхилень. Найбільш ймовірний діагноз:

+Остеохондроз верхньогрудного відділу хребта

-Розшаровуюча аневризма аорти

-Стенокардія спокою

-Метаболічна кардіоміопатія

-Дрібновогнищевий інфаркт міокарду

?

Хворий З., 28 років, звернувся до терапевта зі скаргами на болі у поперековому та крижовому відділі хребта, обмеження рухів у них, ранкову скутість до 3 годин. Позитивні симптоми Кушелевського. Аналіз крові: ШЗЕ – 38 мл/год, Hb – 98 г/л, лейкоцити – $4,9 \times 10^9$, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$. На рентгенограмі кісток тазу – склероз крижово-клубових з'єднань. Про який діагноз слід подумати в першу чергу:

+Анкілозуючий спондилоартрит

-Системний червоний вовчак

-Остеохондроз

-Ревматоїдний артрит

-Подагра

?

Жінка 42 років пред'являє скарги на відчуття стягування шкіри на обличчі, парестезії у китицях, утруднення ковтання, ущільнення шкіри на обличчі та китицях. Об'єктивно: шкіра на китицях ущільнена, на обличчі – симптом кисета. Призначення якого препарату є доцільним в даному випадку?

+Д - пеніциламін

-Фуросемід

-Індометацин

-Курантил

-Диметилсульфоксид

?

Хворий 3. 36 років, хворіє на ревматоїдний артрит протягом 8 років. Два місяці тому з'явилося припухання лівого колінного суглобу, резистентне до лікування. Об'єктивно: синовіт лівого колінного суглобу. Проведено пункцію цього суглобу і отримано 50 мл ексудату. Які клітини будуть виявленні при дослідженні суглобового пунктату?

+Рогоцити

-LE - клітини

-Клітини Березовського

-Еритроцити

-Еозинофіли

?

У хворого 48 років гостро з'явилися різкі болі в ділянці плесно- фалангових з'єднань 1-2 пальців правої стопи. При огляді шкіра над пораженими суглобами багрово-синюшного кольору, на дотик гарячі, хворий не може стати на ногу через різкий біль. Для невідкладної допомоги рекомендовано призначити?

+Колхіцин

-Дротаверин (Но-шпа)

-Диклофенак

-Аплікації димексиду

-Антибіотики

?

Хвора на склеродермію останнім часом почала відмічати виражену сухість в роті, відчуття "піску в очах", почервоніння склер. Навколоушні слинні залози збільшенні в розмірах, на дотик ущільнені. Проявою якого ускладнення стало вищезазначене?

+Синдрому Шегрена

-Синдрому Рейтера

-Синдрому Фелті

-Хвороба Шегрена

-Муковісцидоз

?

Юнак 15 років впродовж останніх 4 років страждає від періодичних загострень артриту з ураженням колінних та гомілково - ступневих суглобів, що проявляється лихоманкою, двобічним кон'юнктивітом, кардитом, розвитком шкірної еритеми. Ревматоїдний фактор – від'ємний. Назвіть ймовірний діагноз?

+Ювенільний хронічний артрит

-Синдром Марфана

-Реактивний артрит

-Ревматичний артрит

-Диспластична артропатія

?

У жінки 29 років захворювання розпочалося раптово з підвищення температури до 39 С, появи на шкірі обличчя, чолі навколо очей, шиї і передньої поверхні грудної клітки висип темно - бузкового кольору. Скелетні м'язи в'ялі, пальпаторно болючі, сила знижена. Відмічає утруднення в ковтанні. В аналізах різкопозитивні гострофазові показники. ШЗЕ – 39 мл/год, еритроцити – $2,9 \times 10^{12}$, Нb – 72 г/л. Для верифікації діагнозу з ферментів найважливіше значення буде мати визначення:

+Креатинфосфокінази

-Трансферину

-Трансамінази

-Лужної фосфатази

-Мідьоксидази

?

При рентгенологічному дослідженні суглобів кистей та колінних суглобів у хворого виявлений крайовий остеофітоз, звуження суглобової щілини, кальцифікація запальних пластин епіфізів. Хворий висловлює скарги на “стартові” болі, деформацію суглобів, хрускіт, “ниття” суглобів в кінці дня. Про яке захворювання слід думати?

+Остеоартроз

-Подагричний артрит

-Ревматоїдний артрит

-Гонорейний артрит

-Хондрокальциноз

?

Хворий 35 років поступив в стаціонар зі скаргами на болі в лівому грудинно-ключичному, колінному суглобах, в попереку. Захворів гостро, з підвищенням температури до 38 °С. Об'єктивно: лівий грудинно-ключичний, колінний суглоб з набряком, болючі. В крові: лейкоцитів – 9,5 Г/л, ШЗЕ – 40 мм/год, СРБ (+++), фібриноген – 4,8 г/л, сечова кислота – 0,28 ммоль/л. В зіскобі із уретри – хламідії. Який діагноз найбільш ймовірний?

+Синдром Рейтера

-Ревматичний артрит

-Подагра

-Хвороба Бехтерева

-Ревматоїдний артрит

?

Хвора 35-ти років скаржиться на болі, скутість суглобів, кистей рук, щелепних суглобів більш 30 хвилин. Хворіє 2 роки. Об'єктивно: набряк проксимальних міжфалангових суглобів кистей, обмеженість руху в суглобах кистей. Яке необхідно провести обстеження хворого?

+Рентгенографія кистей

-Загальний аналіз крові

-Реакція Ваалє-Роузе

-Імунограма

-Протеїнограма

?

Хворий 32 років скаржиться на озноб, біль у попереку, виражений біль у м'язах гомілок, втрату ваги до 10 кг, оніміння кистей. Об-но: шкіряні покрови бліді. Тони серця приглушені, t тіла до 38,5 С, ЧСС = пульс = 110 за хв., АТ 190/115 мм рт. ст. Симптом Пастернацького слабо позитивний с обох сторін. В крові еритроцити – $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 65 г/л, ШЗЕ – 58 мм/год., А/Г – 0,82, глобуліни – 30 %. Аналіз сечі: білок – 0,8 г/л, лейкоцити – 20-25 у п/з, еритроцити

до 100 у п/з, креатинін – 0,190 ммоль/л. Який вірогідний діагноз у даному випадку.

- +Нирково-кам'яна хвороба
- Гострий нефрит
- Системний червоний вовчок
- Вузликовий поліартеріїт
- Дерматоміозит

?

Хвора 58-ми років, бухгалтер, 2 роки страждає на остеоартроз колінних суглобів. 2 тижні лікувалась в стаціонарі. 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 подальша тактика ведення хворої?

- +Консультація у ортопеда
- Лікування в умовах санаторію.
- Повторне стаціонарне лікування.
- Провести артроскопію.
- Направити на МСЕК.

?

Хворий, 52 років, скаржиться на біль в суглобах, м'язах, слабкість у м'язах. Хворіє біля року. Лікування нестероїдними протизапальними препаратами було без ефекту. При огляді: самостійні рухи тулуба та кінцівок утруднені, у параорбітальній області – темна еритема. Пальпація м'язів плечового поясу та стегон болюча. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою. Який найбільш імовірний основний патогенетичний механізм розвитку цього захворювання?

- +Синтез міозин-специфічних антитіл.
- Гіперпродукція колагену
- Утворення антитіл до РНК.
- Утворення антитіл до нативної ДНК.
- Утворення циркулюючих імунних комплексів

?

У юнака 16 років через 2 тижні після ангіни з'явилися різкі болі і припухлість дрібних суглобів кистей рук і колінних суглобів, підвищення температури до 38 С, серцебиття, задуха. Болісність в суглобах носять мігруючий характер,

без стійкого порушення функції. У крові: нейтрофільний лейкоцитоз із помірним паличкоядерним зрушенням, ШЗЕ – 30 мм/год. С-реактивний білок “+”. Ваш діагноз?

+Ревматизм

-Хвороба Рейтера

-Реактивний артрит

-Бактеріальний (гнійний) артрит

-Ревматоїдний артрит

?

Хворий 27 років протягом 5 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?

+Рентгенографія ілеосакральних суглобів

-Наявність ревматоїдного фактору

-Визначення HLA-B27 антигену

-Рівень ЦІК в крові.

-Пунктат кісткового мозку

?

Чоловіка 32-х років протягом останнього року турбують болі в крижах та кульшових суглобах, болючість та скутість при рухах в поперековому відділі хребта. ШЗЕ – 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Хворий є носієм антигену HLA B27. Який діагноз є найбільш вірогідним?

+Анкілозуючий спондилоартрит

-Хвороба Рейтера

-Коксартроз

-Ревматоїдний артрит

-Спондильоз

?

Хворий 25-ти років через 2 тижні після фарингіту почав скаржитись на підвищення температури до 38 °С, загальну слабкість, задуху під час ходьби, припухлість і біль у суглобах летючого характеру. Об'єктивно: ціаноз

губ, пульс – 100/хв., слабкого наповнення, ритмічний. Ліва межа серця зміщена зовні від медіаклявікулярної лінії на 1 см. І тон на верхівці послаблений, прослуховується ніжний систолічний шум. Який етіологічний фактор, що зумовив патологічний процес, найбільш вірогідний?

+β - гемолітичний стрептокок

-Стафілокок

-Пневмокок

-Вірус

-Гриби

?

Хворий 18 років скаржиться на болі в колінних і гомілкових суглобах, підвищення температури тіла до 39,5 °С. За півтора тижні до того переніс респіраторне захворювання. При огляді: температура тіла до 38,5 °С. Відмічається припухлість колінних і гомілкових суглобів. Пульс – 106/хв., ритмічний. АТ – 90/60 мм рт.ст. Межі серця не змінені, тони послаблені, м'який систолічний шум на верхівці. Який показник найбільш пов'язаний з можливою етіологією процесу?

+Антистрептолізин-О

-α₁ - антитрипсин

-Креатинкіназа

-Ревматоїдний фактор

-Серомукоїд

?

Жінка 31 року протягом 3-х років скаржиться на біль та підпухлість променевозап'ястних та п'ястково-фалангових суглобів, ранкову скутість до 1,5 години. Два тижні тому з'явився біль, підпухлість та почервоніння колінних суглобів, підвищення температури тіла до 37,5 °С. При обстеженні внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Встановлено діагноз – ревматоїдний артрит. Які зміни на рентгенограмах суглобів найбільш ймовірні?

+Звуження суглобової щілини, узури

-Численні краєві остеофіти

-Звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз

-Кісти у субхондральній кості

-Остеоліз епіфізів

?

Жінка 49 років скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюються при рухах, обмеження рухливості, короточасну ранішню скутість. Хворіє декілька років. В минулому займалась спортивною гімнастикою. На рентгенограмі плечових суглобів – звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остеофіти у нижньо-внутрішньому відділі головки плечової кістки. Що лежить в основі патогенезу ураження суглобів у хворої?

- +Порушення метаболізму хряща
- Порушення обміну сечової кислоти
- Відкладення у синовіальній оболонці імунних комплексів
- Відкладення у суглобах пірофосфату кальцію
- Пошкодження синовіальної оболонки інфекційним агентом

?

Хвора страждає на ревматоїдний артрит більше 1 року. Має швидко прогресуючий перебіг хвороби. Рентгенологічно підтверджено наявність крайових узур. Лікування яким “базисним” препаратом є найдоцільніше?

- +Метотрексат
- Гідроксіхлорохін
- Сульфасалазин
- Лефлюнамід
- Аспірин

?

У хворої на ревматизм визначається діастолічне тремтіння грудної стінки (“котяче муркотіння”), посилений I тон на верхівці, діастолічний шум з пресистолічним посиленням, клацання відкриття мітрального клапана, акцент II тону над легеневою артерією. Яка вада серця у хворої?

- +Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору
- Відкрита артеріальна протока
- Недостатність клапанів аорти
- Стеноз легеневої артерії
- Недостатність мітрального клапану

?

Хвора Т., 18 років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури до субфебрильних цифр, серцебиття, ниючий біль у ділянці серця, біль у великих суглобах кінцівок "летючого" характеру. Захворіла гостро після перенесеної ангіни. Об'єктивно: стан задовільний. Суглоби не змінені. Серце: 1 тон на верхівці послаблений, систолічний шум. ЧСС – 100/хв, АТ – 120/70 мм рт.ст. Печінка і селезінка не збільшені. Периферійних набряків немає. Яка стадія хвороби може бути зворотною?

+Мукоїдний набряк

-Гіаліноз

-Утворення фібриноїду

-Утворення ревматичної гранулеми

-Стадія фіброзу

?

Хвора М., 31 року протягом 14 років страждає системною склеродермією. Неодноразово лікувалася в стаціонарах. Скаржиться на періодичний тупий біль в ділянці серця, серцебиття, задишку, головний біль, набряки повік, схуднення, біль та деформацію суглобів кінцівок. Ураження якого органу погіршує прогноз захворювання?

+Нирок

-Шкіри та суглобів

-Серця

-Легенів

-Шлунково - кишкового тракту

?

Хвора Л., 23 р. н., скаржиться на припухлість та болі в колінних суглобах. Захворіла 2 тижні тому, коли після охолодження зросла температура до 38 °С, яка трималася протягом перших 2 днів захворювання. Тони приглушені, систолічний шум на верхівці. ЧСС – 100 уд. на хв, АТ – 120/70 мм рт.ст. ШЗЕ – 30 мм в год., ДФА – 0,270, АСЛ "О" – 625 од. Після лікування (пеніцилін 6 млн. од/добу, аспірин 1,5 г/добу протягом місяця) всі указані скарги зникли, стан поліпшився. ЛОР: хронічний декомпенсований тонзиліт. Назвіть найбільш імовірний діагноз:

+Гострий ревматизм

-Інфекційно-алергічний міокардит

-Вірусний міокардит

- Бактеріальний ендокардит
- Тонзилогенна кардіоміопатія

?

Хвора 56 років з надмірною масою тіла скаржиться на біль в колінних суглобах, який посилюється при ходінні, особливо по східцях, при довгому стоянні на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, набряклі, під час руху – болючі. Рентгенограма суглобів: суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, краєві остеофіти. Який діагноз найбільш ймовірний?

- +Остеоартроз
- Ревматичний артрит
- Реактивний артрит
- Подагра
- Ревматоїдний артрит

?

Хвора 60 років скаржиться на біль в міжфалангових суглобах кистей, яка посилюється при роботі. Об'єктивно: дистальні та проксимальні суглоби II – IV пальців дефігуровані, з вузлами Гебердена, Бушара, болючі, з обмеженою рухомістю. Рентгенограма суглобів: суглобові щілини звужені, краєві остеофіти, субхондральний склероз. Який діагноз найбільш ймовірний?

- +Остеоартроз
- Хвороба Рейтера
- Хвороба Бехтерева
- Ревматичний артрит
- Псоріатичний артрит

?

Хворий 35 років поступив в стаціонар зі скаргами на болі в лівому грудинно-ключичному, колінному суглобах, в попереку. Захворів гостро, з підвищенням температури до 38 °С. Об'єктивно: лівий грудинно-ключичний, колінний суглоб з набряком, болючі. В крові: лейкоцитів – 9,5 Г/л, ШЗЕ – 40 мм/год, СРБ (++) , фібриноген – 4,8 г/л, сечева кислота – 0,28 ммоль/л. В зіскобі із уретри – хламідії. Який діагноз найбільш ймовірний?

- +Синдром Рейтера
- Ревматичний артрит

- Подагра
- Хвороба Бехтерева
- Ревматоїдний артрит

?

Хвора 22-х років перенесла гострий ентероколіт ієрсиніозного генезу. Лікувалася в інфекційній лікарні. Після виписки гостро з'явився біль у правому колінному суглобі, набряк, обмежена рухомість. У крові: лейкоцитоз, ШЗЕ – 30 мм/год, СРБ (++) , фібриноген – 5,2 г/л, гамма - глобуліни – 12 %, РФ (-). Який діагноз найбільш вірогідний?

- +Реактивний артрит
- Ревматоїдний артрит
- Гнійний артрит
- Деформуючий остеоартроз
- Хондроматоз суглобів

?

У хворої 28 років з синдромом Рейно 6-річної давності в останній місяць з'явилися болі в дрібних суглобах кистей, а також утруднення проходження їжі по стравоходу. Про яке захворювання можна думати в даному випадку?

- +Системна склеродермія
- Ревматоїдний артрит
- Вузликовий періартеріїт
- Системний червоний вовчок
- Дерматоміозит

?

Хворий 46 років скаржиться на постійні болі в ділянці серця з іррадіацією в ліву лопатку, руку. Раніше болі виникали, коли доводилось працювати з піднятими руками. В останній час стали з'являтися в ліжку, особливо при різкому повороті. При пальпації в паравертебральних зонах виражена болючість з іррадіацією болю в серце. Який попередній діагноз?

- +Остеохондроз шийно-грудного відділу хребця
- Стенокардія напруження
- Плечелопатковий періартрит
- Анкілозуючий спондиліт

-Синдром Тітце

?

Хвора 27-ми років на ревматоїдний артрит протягом 7-ми місяців. Об'єктивно має набряки ліктьових, променево-п'ясних, колінних та гомілковостопних суглобів, ревматоїдні вузлики в ділянці ліктьових суглобів. В крові: ШЗЕ – 56 мм/г, СРБ +++ . На рентгенограмах суглобів виявляється виражений остеопороз. Яка базисна терапія вданій ситуації?

+Метотрексат

-Індометацин

-Диклофенак натрію

-Преднізолон

-Мелоксикам

?

Чоловік 38-ми років скаржиться на неінтенсивний біль та наростаючу останні 3 тижні слабкість в м'язах плечового і тазового поясу, спини, значні труднощі при вставанні з ліжка, пересуванні сходами, голінні. Запідозрений дерматоміозит. В крові: Hb – 114 г/л, лейкоц. – $10,8 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 9 %, ШЗЕ – 22 мм/год, С-реактивний протеїн (++) . Зміни якого лабораторного показника матимуть вирішальне діагностичне значення?

+Креатинфосфокіназа

-Антитіла до нативної ДНК

-Церулоплазмін

-Сіалові кислоти

-Гама - глобуліни

?

У хворої 38-ми 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'ястково-фалангових та проксимальних фалангових суглобів, субфебрильна температура. ШЗЕ – 45 мм/год. Рентгенологічно: відзначається остеопороз та узурація суглобової поверхні дрібних суглобів кисті та ступні. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Ревматоїдний артрит

-Реактивний поліартрит

-Псоріатична артропатія

-Деформуючий остеоартроз

-Системний червоний вовчак

?

Жінка 34-х років захворіла гостро. 3 місяці тому після гострої респіраторної інфекції з'явився біль в міжфалангових суглобах, а потім через 2 тижні в колінних суглобах, ранкова скутість, підвищилась температура тіла до 38 °С. Міжфалангові, п'ястково-фалангові, колінні суглоби припухлі, малорухомі, набряклі, гарячі на дотик. В крові: ШЗЕ – 45 мм/год, СРБ (+++), ревматоїдний фактор – 56 ОД/мл. Про який механізм захворювання можна думати?

+Автоімунний

-Алергічний

-Обмінний

-Дегенеративний

-Дистрофічний

?

Чоловіка 57 років непокоїть біль в колінних суглобах, дистальних міжфалангових суглобах кистей. В колінних суглобах при рухах і пальпації відмічається болючість та інтраартикулярний хруст. На кінцевих фалангах пальців рук пальпуються тверді вузлики. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. Клінічний аналіз крові не змінений. С-реактивний білок (+++), ревматоїдний фактор – 6 ОД/мл. Рентгенографія суглобів: звуження міжсуглобної щілини, субхондральний остеопороз. Який з перелічених діагнозів найбільш вірогідний?

+Остеоартроз

-Подагра

-Склеродермія

-Ревматоїдний артрит

-Ревматичний поліартрит

?

Хвора 16-ти років хворіє протягом 1 року системним червоним вовчаком. Після перенесеного грипу стан різко погіршився. З'явилась стійка гіпертермія, задишка, тахікардія, гематурія, надмірна протеїнурія, рідина в плевральній і черевній порожнинах, надмірні показники креатиніну і

сечовини у плазмі крові. Яке лікування може дати найкращий ефект у хворої?

+Пульт-терапія глюкокортикоїдами

-Гепаринотерапія

-Аміносаліцилати

-D - пеніциламін

-Амінохінолони

?

У хворої 20 років після тривалого перебування на сонці з'явилась субфебрильна температура, біль і припухлість в колінних і гомілковостопних суглобах, еритема на обличчі і переніссі, лейкопенія, прискорена ШЗЕ. Виставлено попередній діагноз системного червоного вовчака. Які патогномонічні лабораторні дані підтверджують цей діагноз?

+Наявність антинуклеарного фактору

-Анемія

-Прискорена ШЗЕ

-Присутність С-реактивного білку

-Лімфоцитоз

?

Хвора 42 років, яка страждає на склеродермію протягом 5 років, досягла стійкої ремісії після використання Д-пеніциламіну протягом року. Який механізм дії препарату зумовлює патогенетичну дію?

+Гальмування синтезу колагену

-Вплив на Т-лімфоцити

-Вплив на білковий обмін

-Дезінтоксикація

-Пригнічення функції макрофагів

?

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

+Подагра.

-Інфекційний артрит.

-Ревматоїдний артрит.

-Бешихове запалення.

-Остеоартроз

?

Хвора 45-ти років скаржиться на біль і слабкість у м'язах рук і ніг; почервоніння, лущення та свербіння шкіри обличчя. Об'єктивно: еритема та набряк параорбітальної клітковини, тістуваті набряки кінцівок. Спостерігається болючість м'язів плечового і тазового поясу при пальпації. Яке дослідження дозволить встановити діагноз з найбільшою точністю

+Шкірно - м'язова біопсія.

-Визначення рівня LE - клітин у крові.

-Електроміографія.

-Визначення рівня креатинфосфокінази в крові.

-Визначення рівня гормонів щитовидної залози в крові.

?

Чоловік 32 років, скаржиться на летючі болі в великих суглобах, підвищення температури до 38,6 °С, озноб, різку слабкість, висипання на шкірі рук і ніг, свербіж. Хворіє 2-й день. Об-но: на шкірі рук і ніг симетрична, чітко окреслена петехіальний висип, місцями зливна, зі слідами розчухів. Слизові оболонки не вражені. Великі суглоби незначно набряклі, болючі. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: Ер. – $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb – 138 г/л, КП – 1,0; Лейк. – 10,6

$\times 10^9/л$, е – 2 %, п – 4 %, с – 64 %, л – 24 %, м – 6 %, ШЗЕ – 26 мм/год., тромбоцити – $260 \times 10^9/л$. Час кровотечі за Дюке – 4 хвилини. Найбільш ймовірний діагноз у хворого?

+Геморагічний васкуліт

-Хвороба Верльгофа

-Кропив'янка

-Ревматичний поліартрит

-Хвороба Вініватера-Бюргера

?

Хворий 58-ми років скаржиться на відчуття оніміння, різкого збліднення II-IV пальців кистей, відчуття скутості в м'язах, перебої в роботі серця. Присутні поліартралгія, прояви дисфагії, закрепи. Обличчя хворого "маскоподібне", щільний набряк кистей. Розміри серця збільшені, в легенях вислуховуються сухі хрипи. В крові: ШЗЕ – 20 мм/год, загальний білок – 85 г/л, гамма-глобуліни – 25

%. Який діагноз є найбільш ймовірний в даному випадку?

- +Системна склеродермія
- Дерматоміозит
- Ревматоїдний артрит
- Системний червоний вовчак
- Хвороба Рейно

?

Хвора С., 34 звернулася зі скаргами на загальну слабкість, набряк обличчя, кистей, швидку втому при ходьбі, утруднення при ковтанні. Перебої в роботі серця. Дані симптоми з'явилися через 11 днів після відпочинку на морі. Об-но: еритема обличчя, набряк м'язів гомілки. Тони серця приглушені, АТ – 100/70 мм рт.ст. В крові: активність АсАТ – 0,95 ммоль/год/л, АлАТ – 1,3 ммоль/год/л, альдолази – 9,2 МО/л, креатинфосфокінази – 2,5 ммоль/год/л. Який метод обстеження є найбільш специфічним?

- +Біопсія м'язів
- ЕКГ
- Ехо-КГ
- Електроміографія
- Визначення рівня кортизолу в крові та сечі

?

У дівчини 17 років після перебування на морі з'явилися болі у м'язах, суглобах на, обличчі з'явилися «метелик», серцебиття. Яке захворювання слід запідозрити у хворої?

- +Системний червоний вовчок
- Вогнищеве запалення легень
- Грип
- Ревматизм
- Поліартрит

?

У дівчини 17 років після перебування на морі з'явилися болі у м'язах, суглобах, на обличчі з'явилися «метелик», серцебиття. Яке обстеження має найбільше значення в діагностиці даного захворювання?

+Антитіла до двуспиральної ДНК

-Загальний аналіз крові

-Загальний аналіз сечі

-С-реактивний білок

-Гістогенограма

?

У хворої 25 років, яка на протязі 5-ти років хворіє системним червоним вовчаком і приймає 8 мг медролу, після переохолодження підвищилась температура до 39 °С, посилилися болі в суглобах, м'язах. Аналіз крові: Ер – $2,7 \times 10^{12}/л$, Нв – 72 г/л, лейкоцити – $2,5 \times 10^9/л$, тромбоцити – $90 \times 10^9/л$, п/я – 7 %, с/я – 78 %, л – 12 %, м – 3 %, ШЗЕ – 50 мм/год. Аналіз сечі: білок – 1,75 г/л, лейкоцити – 2-3 п/з, еритроцити – 30-40 в п/з, гіалінові циліндри – 7-10 в п/з. Яку терапію треба призначити хворів в даному випадку?

+Комбінована пульс - терапія глюкокортикоїдами з циклофосфаном

-Антибактеріальна терапія

-НПЗП

-Підвищити дозу медролу

-Пульс - терапія глюкокортикоїдами

?

У хлопця 20-ти років через два місяці після перенесення гострого запалення мигдаликів, з'явилася лихоманка до 38 °С, болі у суглобах, серцебиття, задишка, пальцеподібна еритема на шкірі рук і ніг. Який найвірогідніший діагноз?

+Гостра ревматична лихоманка

-Гостре респіраторне захворювання

-Вогнищеве запалення легень

-Поліартрит

-Вузлувата еритема

?

Хвора 40-років скаржиться на набряк пальців на кистях, стопах, почуття стягнення шкіри обличчя, болі в суглобах. Яке захворювання слід запідозрити у хворої?

+Системна склеродермія

-Алергія

-Поліартрит

-Хвороба Рейно

-Ревматоїдний артрит

?

Хворий 35 років, скаржиться на виражену слабкість м'язів плечового та тазового поясу, хворому важко встати самому з ліжка, підняти руки, підняти голову з подушки. На шкірі навколо очей виникла лілово - пурпурна еритема. Яке захворювання треба запідозрити у хворої?

+Дерматоміозит

-Системний червоний вовчак

-Системна склеродермія

-Онкопатологія

-Міастенія

?

Хворий 35 років, скаржиться на виражену слабкість м'язів плечового та тазового поясу, хворому важко встати самому з ліжка, підняти руки, підняти голову з подушки. На шкірі навколо очей виникла лілово - пурпурна еритема. Яке обстеження слід призначити хворому?

+Креатинфосфокіназа

-Загальний аналіз крові

-Ревматоїдний фактор

-Антитіла до ДНК

-Рентгенографія органів грудної клітини

?

Хворий 35 років, скаржиться на виражену слабкість м'язів плечового та тазового поясу, хворому важко встати самому з ліжка, підняти руки, підняти голову з подушки. На шкірі навколо очей виникла лілово - пурпурна

еритема. Яке з приведених обстежень має найбільш значне значення в діагностиці даного захворювання?

+Біопсія шкірно - м'язового лоскуту

-Загальний аналіз крові

-Креатинфосфокіназа

-Антитіла до ДНК

-С - реактивний протеїн

?

Хвора 45 років скаржиться на відчуття сухості, печіння та болю в очах, відсутність сліз у разі негативних емоцій, відчуття сухості у роті, періодичне припухання слинних залоз, болі в суглобах, слабкість, похолодіння кінцівок. Яке захворювання слід запідозрити у хворої?

+Хвороба Шегрена

-Кон'юнктивіт

-Поліартрит

-Системна склеродермія

-Ревматоїдний артрит.

?

Хвора 45 років скаржиться на відчуття сухості, печіння та болю в очах, відсутність сліз у разі негативних емоцій, відчуття сухості у роті, періодичне припухання слинних залоз, болі в суглобах, слабкість, похолодіння кінцівок. Яке обстеження слід назначити хворій?

+Антинуклеарні антитіла (ANA)

-Загальний аналіз крові

-Тест Ширмера

-Протеїнограма

-Ревматоїдний фактор

?

Хвора 45 років скаржиться на відчуття сухості, печіння та болю в очах, відсутність сліз у разі негативних емоцій, відчуття сухості у роті, періодичне припухання слинних залоз, болі в суглобах, слабкість, похолодіння кінцівок. Призначення якого препарату найбільш доцільно при лікуванні даної патології?

+Імунобіологічна терапія

-НПЗП

-Антибіотики

-Глюкокортикоїди

-Інгібітори протеаз

?

Хвора 45 років скаржиться на появу системної петихіальної геморагічної висипки на ногах із залученням сідниць, що супроводжується свербіжем гомілковостопних суглобів. Який най вірогідніший діагноз?

+Геморагічний васкуліт

-Ревматоїдний артрит

-Системний червоний вовчак

-Токсичний дерматит

-Хвороба Верльгофа

?

Хвора 35 років після перебування на холоді скаржиться на появу геморагічної висипки на нижніх кінцівках, болі в суглобах ніг, слабкість. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Кріоглобулінемічний васкуліт

-Геморагічний васкуліт

-Хвороба Верльгофа

-Ревматоїдний артрит

-Ревматоїдний артрит

?

Хвора 35 років після перебування на холоді скаржиться на появу геморагічної висипки на нижніх кінцівках, болі в суглобах ніг, слабкість. Який лабораторний показник має найбільше значення в діагностиці даного захворювання?

+Наявність в крові кріоглобуліну, кріофібриногену

-Загальний аналіз крові

-Ревматоїдний фактор

-С-реактивний протеїн

-Антинуклеарний фактор

?

Хворий 45 років скаржиться на виражену слабкість, схуднення на 10 кг. за місяць, лихоманку до 39 °С, яка не проходить після прийому НПЗП, болі в м'язах, особливо в литкових. Хворіє протягом місяця. Аналіз крові: Hb – 120 г/л, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – 12×10^9 /л, п/я – 5 %, с/я – 57 %, еозинофіли – 15 %, лімфоцити – 20 %, моноцити – 3 %, ШЗЕ – 57 мм/год. АД – 170/100 мм/рт.ст. Який діагноз у хворого?

+Вузловий поліартрит

-Сепсис

-Гострий мікоз

-Туберкульоз

-Поліміозит

?

Хворий 45 років скаржиться на виражену слабкість, схуднення на 10 кг. за місяць, лихоманку до 39 °С, яка не проходить після прийому НПЗП, болі в м'язах особливо в суглобах ніг. Хворіє протягом місяця. Аналіз крові: Hb – 120 г/л, ер.

$3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – 12×10^9 /л, п/я – 5 %, с/я – 57 %, еоз. – 15 %, л – 20 %, м

3 %, ШЗЕ – 57 мм/год. АД – 170/100 мм/рт.ст. Який із перерахованих препаратів доцільно призначити?

+Циклофосфамід

-Диклофенак

-Пеніцилін

-Преднізолон

-Парацетамол

?

Хворий 27 років скаржиться на болі в спині що посилюються вночі, болі в сідницях і стегнах, зменшення дихальної експірації грудної клітини. Хворіє 5 років. Лікується у невролога. Аналіз крові: ер. – 10^{12} /л, Hb – 127 г/л, лейкоцити

$5,6 \times 10^9$ /л, ШЗЕ – 40 мм/год, С-реактивний протеїн – 40 мг/л, МРТ тазу

–

двобічний сакроілеїт. Який діагноз у хворого?

+Анкілозуючий спондиліт (хвороба Бехтерева)

-Остеохондроз хребта

-Реактивний артрит

-Туберкульозний спондиліт

-Бруцельоз

?

Хворий 27 років скаржиться на болі в спині що посилюються вночі, болі в сідницях і стегнах, зменшення дихальної експерсії грудної клітини. Хворіє 5 років. Лікується у невролога. Аналіз крові Ер – $10^{12}/л$, Нб – 127 г/л, лейкоцити – $5,6 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 40 мм/год, С-реактивний протеїн – 40 мг/л, МРТ тазу – двобічний сакроілеїт. Який сучасний базовий препарат доцільно назначити хворому?

+Імунобіологічна терапія

-Диклофенак

-Медрол

-Метотрексат

-Салазопірин

?

Хворий 52 роки скаржиться на лихоманку, біль в суглобах правої стопи, набряк, почервоніння 1-го пальця правої стопи, через біль не може ходити. Захворів гостро вперше, вчора був на весіллі. Який діагноз у хворого?

+Подагра

-Ревматоїдний артрит

-Реактивний артрит

-Остеопороз

-Пірофосфатна артропатія

?

Хворий 52 роки скаржиться на лихоманку, біль в суглобах правої стопи, набряк, почервоніння 1-го пальця правої стопи, через біль не може ходити. Захворів гостро вперше, вчора був на весіллі. Який аналіз має діагностичне значення?

+Сечова кислота крові

-Загальний аналіз крові

-С - реактивний протеїн

-Загальний аналіз сечі

-ШЗЕ

?

Хворий 52 роки скаржиться на лихоманку, біль в суглобах правої стопи, набряк, почервоніння 1-го пальця правої стопи, через біль не може ходити. Захворів гостро вперше, вчора був на весіллі. Який препарат доцільно призначити при гострому нападі подагри?

+Колхіцин

-Диклофенак

-Алопурінол

-Пеніцилін

-Димексид

?

Жінка 55 років скаржиться на болі в колінних суглобах, які посилюються при фізичному навантаженні, болі носять стартовий характер, обмеженість руху в них, крепітації. Який найвірогідніший діагноз у хворої?

Остеоартроз

Ревматоїдний артрит

Реактивний артрит

Подагра

Пірофосфатна артропатія

Жінка 55 років скаржиться на болі в колінних суглобах, які посилюються при фізичному навантаженні, болі носять стартовий характер, обмеженість руху в них, крепітації. Який з методів обстеження має найбільше значення в діагностиці даного захворювання?

Рентгенографія суглобів

Загальний аналіз крові

С-реактивний білок

МРТ - суглобів

Ревматоїдний фактор

Хвора 25 років скаржиться на раптову лихоманку, появу підшкірних болючих вузлів розміром 2-5 см на передньобічних поверхнях гомілок, болі в гомілковоступневих суглобах. Який найвірогідніший діагноз?

Вузлувата еритема

Реактивний артрит

Гостра ревматична лихоманка

Туберкульоз

Ревматоїдний артрит.

Дівчина 19 років скаржиться на болі та скутість в променезап'ястних, проксимальних міжфалангових, п'ястково-фалангових, гомілковостопних плесно-фалангових суглобах, субфебрильну температуру, схуднення. Який найвірогідніший діагноз?

Ревматоїдний артрит

Псоріатичний артрит

Реактивний артрит

Анкілозуючий спондиліт (хвороба Бехтерева)

Системний червоний вовчак

В ревматологічне відділення поступила хвора 20-ти років з явищами поліартриту. На шкірі обличчя – почервоніння у вигляді "метелика". У сечі –

білок – 4,8 г/л. Лікар запідозрив наявність у хворої системного червоного вовчаку. Який додатковий метод дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

+Аналіз крові на антинуклеарні антитіла

-Загальний аналіз крові

-Імунологічне дослідження крові

-Аналіз крові на LE - клітини

-Аналіз крові на ревматоїдний фактор

?

Хворий 40-ка років скаржиться на болі у лівому кульшовому суглобі, що посилюються під час ходи, підвищення температури до 37,7 °С впродовж 2-х місяців. В анамнезі: вогнищевий туберкульоз легень. На рентгенограмі лівого кульшового суглоба визначається деструкція суміжних поверхонь головки стегнової кістки і даху вертлюгової западини, звуження суглобової щілини. Проба Манту з 2 ТО – папула 14 мм. Який з перелічених діагнозів найбільш імовірний?

+Туберкульозний коксит зліва

-Саркома лівого кульшового суглоба

-Артрозо - артрит лівого кульшового суглоба

-Ревматоїдний артрит

-Ревматичний артрит

?

Дівчина 18-ми років госпіталізована до кардіологічного відділення. Об'єктивно: відзначається ураження шкіри над розгинальними поверхнями суглобів з атрофічними рубчиками, депігментація, симетричне ураження скелетних м'язів (слабкість, біль, набряки, гіпотрофія). Для якого захворювання найбільш характерні вказані зміни?

+Системний червоний вовчак

-Системна склеродермія

-Дерматоміозит

-Вузликовий періартеріїт

-Хвороба Рейтера

?

Хвора 18-ти років через 2 тижні після ангіни скаржиться на підвищення температури тіла, болі й припухлість у колінних суглобах, висипку у вигляді червоних кілець на гомілках. Через кілька днів почав турбувати біль у гомілково

ступеневих, потім – у ліктях. Для якого захворювання характерні такі симптоми?

+Гостра ревматична лихоманка

-Ревматоїдний артрит

-Реактивний артрит

-Токсико-алергічний дерматит

-Деформуючий остеоартроз

?

У дівчини 17-ти років протягом 2-х місяців відмічається періодичне підвищення температури тіла до 39 °С, веретеноподібна припухлість міжфалангових суглобів та біль у верхній частині груднини та шиї, скутість зранку. Який найбільш імовірний діагноз?

+Ювенільний ревматоїдний артрит

-Ревматизм

-Токсичний синовіт

-Септичний артрит

-Остеоартрит

?

Жінка 47-ми років скаржиться на біль у суглобах та слабкість у м'язах, швидку втомлюваність, пітливість, серцебиття, підвищення температури. Об'єктивно: дисфагія, висип червоного кольору навколо очей, на вилицях та над міжфаланговими суглобами, набряк верхніх повік, тахікардія. У крові: підвищення ШЗЕ та С-реактивного білку. Яке захворювання зумовлює таку картину?

+Дерматоміозит

-Міастенія

-Ревматоїдний артрит

-Системний червоний вовчак

-Системна склеродермія

?

Чоловік 55-ти років надійшов до клініки 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, вкриті тонкою блискучою шкірою. Рс – 88/хв. АТ – 170/100 мм рт.ст. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Хворому призначено обстеження. Вивчення якого лабораторного показника найбільш доцільно для встановлення діагнозу?

+ШЗЕ

-Сечова кислота

-Ревматоїдний фактор

-Осад сечі

-Молочна кислота

?

Чоловіка 32-х років впродовж останнього року турбують біль у крижах та кульшових суглобах, болючість та скутість при рухах в поперековому відділі хребта. ШЗЕ – 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Хворий є носієм антигену HLA B27. Який діагноз найбільш імовірний?

+Анкілозуючий спондилоартрит

-Коксартроз

-Ревматоїдний артрит

-Хвороба Рейтера

-Спондиліоз

?

Хворий 35-ти років надійшов в стаціонар зі скаргами на біль у лівих грудино-ключичному та колінному суглобах, в попереку. Захворів гостро, з підвищенням температури до 38 °С. Об'єктивно: ліві грудино-ключичний та колінний суглоб набрякли, болісні. У крові: лейкоцити – $9,5 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 40 мм/год, СРБ – 1,5 ммоль/л, фібриноген – 4,8 г/л, сечова кислота – 0,28 ммоль/л. В зіскобі із уретри – хламідії. Який діагноз найбільш імовірний?

?

+Синдром Рейтера

-Ревматичний артрит

-Подагра

-Хвороба Бехтерева

-Ревматоїдний артрит

?

Хворий 32-х років протягом 3-х років відзначає напади ядухи, які майже не купуються беротеком. В останні місяці відзначає болі у суглобах і порушення чутливості шкіри гомілок і ступень. Рс – 80/хв., АТ – 210/100 мм рт.ст. У крові: еозинофілія 20 %. Про яке захворювання можна думати?

+Васкуліт Чарга-Стросса

-Системний червоний вовчак

-Системна склеродермія

-Дерматоміозит

-Хвороба Вегенера

?

У хворої 20-ти років після тривалого перебування на сонці з'явилися субфебрильна температура, біль і припухлість в колінних і гомілково-ступневих суглобах, еритема на обличчі і перенісці, лейкопенія, прискорена ШЗЕ. Встановлено попередній діагноз системного червоного вовчака. Які патогномонічні лабораторні дані підтверджують цей діагноз?

+Наявність антинуклеарного фактору

-Прискорена ШЗЕ

-Присутність С - реактивного протеїну

-Анемія

-Лімфоцитоз

?

У хворої 30-ти років підвищилася температура тіла до 38,5 С, виник біль у дрібних суглобах, а також набряки і еритема обличчя. У крові: ер. – $2,6 \times 10^{12}/л$; Нб – 98 г/л; лейкоц. – $2 \times 10^9/л$; ШЗЕ – 58 мм/год. У сечі: білок – 3,1 г/л; еритроцити – 10-15 у п/з. Про яке захворювання можна думати у даному випадку?

+Вузликовий періартеріїт

-Сепсис

-Системна склеродермія

-Системний червоний вовчак

-Гострий гломерулонефрит

?

У хворої 18-ти років через 2 тижні після ГРЗ з'явилися біль і припухлість в гомілково-ступневих суглобах та дифузний біль у животі, який посилюється після вживання їжі, періодичний рідкий геморагічний пронос, папульозно- геморагічна висипка на нижніх кінцівках. У крові: еритроцити – $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 95 г/л, ШЗЕ – 40 мм/год, тромбоцити в нормі. Який найбільш імовірний діагноз?

+Геморагічний васкуліт

-Хвороба Верльгофа

-Системний червоний вовчак

-Інфекційний ендокардит

-Ревматоїдний артрит

?

Хвора 34-х років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, набряк обличчя та кистей, швидку втому при ходьбі, утруднення при ковтанні, перебої в роботі серця. Дані симптоми з'явилися через 11 днів після відпочинку на морі. Об'єктивно: еритема обличчя, набряк м'язів гомілки. Тони серця приглушені, АТ – 100/70 мм рт.ст. В крові: активність АсАТ – 0,95 ммоль/год·л, АлАТ – 1,3 ммоль/год·л, альдолази – 9,2 ммоль/год·л, креатинфосфокінази сироватки – 2,5 ммоль Од/год·л. Який метод обстеження є найбільш специфічним?

+Біопсія м'язів

-ЕКГ

-Ехо-КГ

-Електроміографія

-Визначення рівня кортизолу в крові та сечі

?

Хворий 25-ти років через 2 тижні після фарингіту почав скаржитись на підвищення температури до 38 С, загальну слабкість, задуху під час ходьби, припухлість і біль у суглобах летючого характеру. Об'єктивно: ціаноз губ, Рс – 100/хв., слабого наповнення, ритмічний. Ліва межа серця зміщена зовні від медіаклявікулярної лінії на 1 см. І тон на верхівці послаблений, прослуховується ніжний систолічний шум. Який етіологічний фактор, що зумовив цей патологічний процес, найбільш вірогідний?

+β - гемолітичний стрептокок

-Стафілокок

-Пневмокок

-Вірус

-Гриби

?

Хвора 32-х років скаржиться на біль у дрібних суглобах кистей, парестезії в кінчиках пальців, слабкість, утруднення під час ковтання. Хворіє впродовж 13-ти років. Об'єктивно: амімічність обличчя, вкорочення нігтьових фаланг. Ущільнення шкіри у ділянці плечового поясу. У легенях рентгенологічно – базальний пневмосклероз. При ФЕГС – звуження стравоходу в кардіальному відділі. У крові: лейкоц. – $9,8 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 22 мм/год, гамма-глобулін – 22 %. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Дерматоміозит

-Системний червоний вовчак

-Ревматоїдний артрит

-Системна склеродермія

-Мікседема

?

Хворий 35-ти років надійшов до стаціонару зі скаргами на біль в лівому груднино - ключичному та колінному суглобах, попереку. Захворів гостро, з підвищенням температури до 38 С. Об'єктивно: лівий груднино - ключичний та колінний суглоби набрякли, болісні під час пальпації. У крові: лейкоц. – $9,5 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 40 мм/год, СРБ (++) , фібриноген – 4,8 г/л, сечова кислота – 0,28 ммоль/л. У зіскобі з уретри – хламідії. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Синдром Рейтера

-Ревматичний артрит

-Подагра

-Хвороба Бехтерева

-Ревматоїдний артрит

?

Дівчина 27-ми років хворіє на ревматоїдний артрит протягом 7-ми місяців. Об'єктивно: набряклість ліктьових, променево-зап'ясткових, колінних та гомілковостопних суглобів, ревматоїдні вузлики в ділянці ліктьових суглобів. В крові: ШЗЕ – 56 мм/год, С - реактивний протеїн (+++). На рентгенограмах

суглобів виявляється виражений остеопороз. Яка базисна терапія в даній ситуації?

+Метотрексат

-Індометацин

-Диклофенак натрію

-Преднізолон

-Мелоксикам

?

Жінка 34-х років захворіла гостро після ГРВІ, коли з'явився біль в міжфалангових суглобах, а потім через 2 тижні в колінних суглобах, ранкова скутість, підвищилася температура тіла до 38 С. Об'єктивно: міжфалангові, п'ястково-фалангові та колінні суглоби припухлі, набряклі, гарячі на дотик, рухи в них обмежені. У крові: ШЗЕ – 45 мм/год, СРБ +++, реакція Ваалер - Роузе 1:128. Про який механізм захворювання можна думати?

+Автоімунний

-Алергічний

-Обмінний

-Дегенеративний

-Дистрофічний

?

У 52-х річної хворої з поширеним остеохондрозом хребта, після підняття важкості, з'явився біль у попереку та по ходу лівого сідничного нерву. Об'єктивно: з лівого боку позитивний симптом Ласега і знижений ахілів рефлекс. Призначення якого препарату патогенетично найбільш виправдане?

+Диклофенак

-Аспірин

-Анальгін

-Новокаїн

-Спазмалгон

?

Чоловік 21-го року скаржиться на біль у спині, яка виникає останні 3 місяця, в ранкові часи. Біль зменшується протягом дня та після фізичних

навантажень. Об'єктивно: обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, підвищення м'язового тонуусу в поперековій ділянці і згорбленість під час рухів. На рентгенограмі хребта: двобічні склеротичні зміни в попереково - крижовому відділі. Проведення якого тесту буде найбільш доцільне для підтвердження діагнозу?

+HLA - B27

-ШЗЕ

-Ревматоїдний фактор

-Сечова кислота в плазмі крові

-Антинуклеарні антитіла

?

Хвора 58-ми років, бухгалтер, 2 роки хворіє на остеоартроз колінних суглобів. 2 тижні лікувалась в стаціонарі. Виписана в задовільному стані із

скаргами на незначний больовий синдром після тривалого статичного навантаження. Локальні гіпертермія та ексудативні явища у ділянці суглобів відсутні. Яка найбільш доцільна подальша тактика ведення хворої?

Лікування в умовах санаторію

Повторне стаціонарне лікування

Провести артроскопію

Направити на МСЕК

Консультація у ортопеда

Хворий 52-х років скаржиться на біль у суглобах та м'язах, слабкість у м'язах. Хворіє близько року. Лікування нестероїдними протизапальними препаратами було неефективним. Об'єктивно: самостійні рухи тулуба та кінцівок утруднені, у параорбітальній ділянці – темна еритема. Пальпація м'язів плечового поясу та стегон болісна. Тони серця послаблені, систолічний шум над верхівкою. Який найбільш вірогідний основний патогенетичний механізм розвитку цього захворювання?

Синтез міозин - специфічних антитіл

Гіперпродукція колагену

Утворення антитіл до РНК

Утворення антитіл до нативної ДНК

Утворення циркулюючих імунних комплексів

Хвора 32-х років протягом 14-ти років страждає на системну склеродермію. Неодноразово лікувалася в стаціонарах. Скаржиться на періодичний тупий біль у ділянці серця, серцебиття, задишку, біль голови, набряки повік, схуднення, біль та деформацію суглобів кінцівок. Ураження якого органу погіршує прогноз захворювання?

Нирки

Серце

Легені

Шлунково - кишковий тракт

Шкіра та суглоби

Хвора 60-ти років скаржиться на біль у міжфалангових суглобах кистей, який посилюється при роботі. Об'єктивно: дистальні та проксимальні суглоби II

IV пальців дефігуровані, з вузлами Гебердена, Бушара, болючі, з обмеженою

рухомістю. Рентгенограма суглобів: суглобові щілини звужені, краєві остеофіти, субхондральний склероз. Який діагноз найбільш вірогідний?

+Деформуючий остеоартроз, вузлова форма

-Хвороба Рейтера

-Хвороба Бехтерева

-Ревматичний артрит

-Псоріатичний артрит

?

Чоловік 30 років скаржиться на сильний біль, почервоніння шкіри, набряк в області гомілковостопного суглоба, підвищення температури до 39 °С. Захворів раптово. В минулому були подібні напади тривалістю до 5 - 6 днів без залишкових змін у суглобі. Шкіра над суглобом гіперемована, без чітких

контурів та інфільтративного валу на периферії. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Подагра

-Інфекційний артрит

-Ревматоїдний артрит

-Бешихове запалення

-Остеоартроз

?

Чоловік 39 років знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого холециститу. Переведений до терапевтичного відділення у зв'язку з підвищенням артеріального тиску до 180/120 мм рт.ст., появою білка в сечі, стійкою лихоманкою. Стійкий субфебрилітет був резистентний до антибіотикотерапії. Через 10 днів після лікування в хворого виник приступ ядухи з утрудненим видихом; згодом з'явилися артралгії та еритематозне ураження шкіри. У крові: еозинофіли – 18 %. Яке захворювання виникло у хворого?

+Васкуліт Чарга-Стросса

-Неспецифічний аортоартеріїт

-Гострий гломерулонефрит

-Системний червоний вовчак

-Геморагічний васкуліт

?

Жінка 31 року протягом 3-х років скаржиться на біль та підпухлість променево-зап'ясних та п'ястковофалангових суглобів, ранкову скутість до 1,5 годин. Два тижні тому з'явився біль, підпухлість та почервоніння колінних

суглобів, підвищення температури тіла до 37,5 °С. При обстеженні внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Встановлено діагноз – ревматоїдний артрит. Які зміни на рентгенограмах суглобів найбільш вірогідні?

+Звуження суглобової щілини, узури

-Звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз

-Кісти в субхондральній кістці

-Множинні краєві остеофіти

-Остеоліз епіфізів

?

Хворий 20 років скаржиться на значну слабкість. Захворів гостро з підвищенням температури тіла, нездужанням, болем у суглобах та за ходом м'язів ніг. Об'єктивно: фіолетово-синюшна еритема навколо очей та над колінними суглобами. ЧСС – 120/хв., тони серця ослаблені. У крові: лейкоц. – $12 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 40 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Дерматоміозит

-Системний червоний вовчак

-Ревматоїдний артрит

-Атопічний дерматит

-Реактивний поліартрит

?

Хворий 32 років скаржиться на озноб, біль у попереку, м'язах гомілок, втрату ваги до 10 кг, затерплість кистей. Об'єктивно: шкірні покриви бліді. Тони серця приглушені, t – до $38,5^\circ\text{C}$, ЧСС = Ps – 110 уд/хв., АТ – 190/115 мм рт.ст. Симптом Пастернацького – слабкопозитивний з обох боків. У крові: ер. – $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 65 г/л, ШЗЕ – 58 мм/год, А/Г – 0,82, гамма-глобуліни – 30 %. У сечі: білок – 0,8 г/л, лейкоц. – 20-25 у п/з, ер. – до 100 у п/з, креатинін –

0,190 ммоль/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Вузликовий періартеріїт

-Системний червоний вовчак

-Гострий нефрит

-Дерматоміозит

-Нирково-кам'яна хвороба

?

У 23-річної жінки, яка 5 років страждала на синдром Рейно, місяць тому з'явилися підвищення температури тіла до $38,5 - 39,2^\circ\text{C}$, біль у суглобах, гіперемія обличчя, схуднення, слабкість. У крові: лейкоц. – $3,2 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 38 мм/год. Дослідження яких з імунологічних показників буде мати найбільшу діагностичну цінність?

+Антитіла до dsДНК

-Антитіла до фосфоліпідів

-Рівень імуноглобулінів сироватки крові

-Кількість Т - лімфоцитів

-Кількість Т - супресорів

?

Жінка 43-х років висловлює скарги на болі у променевоzap'ясткових, міжфалангових суглобах кистей і стоп, скутість рухів вранці. Хворіє 7 років. Захворювання почалося з симетричного ураження дрібних суглобів кистей і стоп. Відзначається деформація кистей і стоп, атрофія міжкісткових м'язів, набряк і запалення променево-zap'ясткових суглобів; рухи у них обмежені і різко болісні. Внутрішні органи без особливостей. Який показник найбільш інформативний для встановлення діагнозу?

+Ревматоїдний фактор

-Лейкоцитоз

-Прискорена ШЗЕ

-Диспротеїнемія

-С - реактивний протеїн

?

Жінка 41-го року скаржиться на слабкість, швидку втомлюваність, підвищення температури тіла до 38 °С, висип на шкірі обличчя, біль у променевоzap'ясткових та ліктьових суглобах. Хворіє 3 роки. При огляді: на щоках еритематозні висипи у вигляді метелика, променевоzap'ясткових та ліктьові суглоби уражені симетрично, припухлі; над легеньми шум тертя плеври. У крові: анемія, лейкопенія, лімфопенія. У сечі протеїнурія і циліндрурія. Утворення яких антитіл є найбільш імовірним у механізмі розвитку захворювання?

+До нативної ДНК

-Міозит - специфічних

-До ендотеліальних клітин

-До міозину

-Ревматоїдного фактора

?

Хвора 56-ти років з надмірною масою тіла скаржиться на біль у колінних суглобах, який посилюється при ходінні, особливо по східцях, при довгому

стоянні на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, набряклі, під час руху болючі. На рентгенограмі: суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, крайові остеофіти. Який діагноз найбільш імовірний?

+Деформуючий остеоартроз

-Ревматичний артрит

-Реактивний артрит

-Подагра

-Ревматоїдний артрит

?

Пацієнтка 65-ти років звернулася зі скаргами на періодичні болі у проксимальних міжфалангових і променевозап'ясткових суглобах з періодичним набряканням і почервонінням, які непокоять її протягом 4-х років. На рентгенограмі наявні зміни у вигляді остеопорозу, звуження суглобових щілин і поодинокі узури. Який найбільш імовірний діагноз?

+Ревматоїдний артрит

-Остеоартроз

-Подагра

-Псевдоподагра

-Мієломна хвороба

?

Хвора 48-ми років, яка страждає на склеродермію протягом 5-ти років, досягла стійкої ремісії після використання Д-пеніциламіну протягом року. Який механізм дії препарату зумовлює патогенетичну дію?

+Гальмування синтезу колагену

-Вплив на білковий обмін

-Зв'язування отрут

-Вплив на Т - лімфоцити

-Пригнічення функції макрофагів

?

Хвора 35-ти років скаржиться на біль та ранкову скутість суглобів кистей рук та скронево-нижньощелепних суглобів тривалістю більше 30 хвилин. Хворіє 2

роки. Об'єктивно: набряк проксимальних міжфалангових суглобів кистей та обмеженість руху в них. Яке дослідження необхідно провести?

+Рентгенографія кистей рук

-Загальний аналіз крові

-Реакція Ваалє - Роузе

-Імунограма

-Протеїнограма

?

Жінка 35 років доставлена зі скаргами на сильний розлитий біль по всьому животу, нудоту, блювання. Погіршення стану настало за 2 дні до госпіталізації, коли на шкірі кінцівок виник дрібнокрапчаста геморагічна висипка, виникли переймоподібні болі в животі, кров'янисті виділення з прямої кишки. За 2 тижні до цього перенесла гостру вірусну інфекцію. Об'єктивно: АТ – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 95/хв, живіт при пальпації напружений, є симптоми подразнення очеревини. При дослідженні крові спостерігаються нейтрофільний лейкоцитоз та еозинофілія, зменшення кількості еритроцитів та гемоглобіну. Який діагноз можна встановити у хворої?

+Геморагічний васкуліт

-Гемофілія

-Тромбоцитопенічна пурпура

-Хвороба Крона

-Гемороїдальна кровотеча

?

Хвора М., 22 років з підозрою на системний червоний вовчак скаржиться на "летючий" біль в суглобах рук і ніг, підвищення температури до 38,5 - 39°C впродовж 3-х тижнів, задишку, серцебиття, слабкість. Об-но: еритема на щоках та носі. У крові: Нb – 90 г/л, тромбоцити $135 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 43 мм/год. У сечі: білок – 2,66 г/л, еритроцитів – 8-10 в п/з. Виявлення яких антитіл у хворої найбільша значима для постановки діагнозу?

+До нативної ДНК.

-До тромбоцитів.

-До фосфоліпідів.

-Ревматоїдний фактор.

-Кріоглобуліни.

?

Хворий М., 27 років, скаржиться на оніміння всіх пальців рук та їх збліднення, які виникають на холоді. Палить 2 пачки за день. У матері хворого мають місце такі ж прояви захворювання. Загальний стан задовільний. Аналіз крові і сечі без змін. Картина мікроскопії нігтьового ложа нормальна. Які загальні поради можна рекомендувати хворому:

+Все перелічене.

-Уникати вазоконстриктивних ліків (бета - блокаторів, ерготамін).

-Уникати холоду і раптової зміни температури.

-Тепло вдягатися в холодну погоду.

-Припинити паління.

?

Хвора Р., 59 р., поступила в ревматологічне відділення з підозрою на склеродермію у дуже важкому стані. Об-но: зниженого відживлення, спостерігається „маскоподібність” обличчя, остеоліз нігтьових фаланг пальців. В крові: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/л$, ШЗЕ – 40 мм/год. В сечі – підвищення рівня вільного оксипроліну. Однією з найбільш ймовірних ланок патогенезу є:

+Поява антитіл до колагену.

-Утворення антитіл до нативної ДНК.

-Утворення антитіл до формених елементів крові.

-Утворення антитіл до поперечносмугастої мускулатури.

-Утворення антитіл до судинної стінки.

?

Хвора 20 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38 °С, задуху, серцебиття, набряки на ногах, болі у суглобах. На щоках – еритема. Тахікардія, систолічний шум на верхівці, помірне збільшення печінки, селезінки. В аналізі крові: анемія, лейкопенія, ШЗЕ – 52 мм/год. В аналізі сечі: протеїнурія – 5,6 г/л, еритроцити – 20-30 в п/з, циліндри гіалінові – до 10 в п/з. Який метод необхідний для постанови діагнозу?

+Виявлення антитіл до ДНК

-УЗД нирок

-Кров на антистрептолізін-О

-ЕХО-КС

-Біопсія нирки

?

Хвора Т., 72 років, впродовж десяти років скаржиться на біль і хруст під час руху в колінних суглобах. Об'єктивно: вага тіла 102 кг, зріст 162 см, деформація і обмеження рухливості колінних суглобів. Що лежить в основі першопричини даного стану:

+Деструкція суглобового хряща.

-Запалення синовіальної оболонки.

-Остеопороз.

-Імунопатологічні реакції.

-Травма суглобів.

?

47-річний хворий поступив до лікарні з нападом ниркової кольки, яка рецидивує протягом року. При огляді в ділянці вушних раковин та правого ліктьового суглобу знаходяться вузлики, які покриті тонкою блистучою шкірою. Що собою являють описані вузлики:

+Відкладання сечокислих солей під шкірою.

-Розростання сполучної тканини.

-Розростання кісткової тканини.

-Відкладання солі вапняку.

-Запалення гранулематозного походження.

?

Хвора Г., 65 років, яка має зайву вагу, скаржиться на біль у колінних суглобах, який має стартовий характер. При огляді: деформація колінних суглобів, обмеження рухомості і хруст в них. На дистальних міжфалангових суглобах – вузлики Гебердена. Назвіть фактори ризику розвитку даного стану:

+Все перелічене.

-Механічне навантаження суглобів.

-Спадковість.

-Переохолодження.

-Ожиріння.

?

Жінка 22 років поступила в ревматологічне відділення зі скаргами на біль в суглобах, набряклість великих суглобів, почервоніння правого гомілковоступневого суглобу, слабкість, $t - 39,6^{\circ}\text{C}$. Вище вказані скарги з'явилися за 3 дні до поступлення до стаціонару, після ангіни. ШЗЕ – 32 мм/год. Ваш попередній діагноз?

+Реактивний артрит.

-Ревматоїдний артрит.

-Деформуючий артроз

-Склеродермія.

-Подагра.

?

Юнак 17 років звернувся до лікаря зі скаргами на болі і припухлість в правому гомілково-ступневому суглобі. Травми не було. Два тижні тому лікувався з приводу кон'юнктивіту. При огляді – правий гомілково- ступневий суглоб дефігурований за рахунок набряку, шкіра над ним гіперемована, місцева температура підвищена. Активні рухи обмежені, болючі. В загальному аналізі крові: лейкоцити – $11 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 24 мм/год. В загальному аналізі сечі: білок – 0,088 г/л, лейкоцити – 10-12 в полі зору, еритроцити – 0-1 в полі зору. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

+Реактивний артрит

-Ревматичний артрит

-Ревматоїдний артрит

-Подагричний артрит

-Деформуючий артрит

?

Хвора Л., 75 років, скаржиться на біль у колінних і кульшових суглобах, який має стартовий характер. При огляді: деформація колінних суглобів, обмеження рухливості і хруст в них, обмеження рухливості в кульшових суглобах. Якими є головні етіологічні чинники даного стану:

+Всі перераховані фактори.

-Порушення нормальної конгруентності суглобових поверхонь хряща.

-Метаболічні порушення.

-Неспецифічне запалення суглобів.

-Функціональне перевантаження суглобів.

?

Хворий 40 р. хворіє біля 8 років. Скаржиться на біль в поперековому відділі хребта при фізичному навантаженні, в шийному і грудному відділі, особливо при кашлю, біль в кульшовому і колінному суглобах справа. Об'єктивно: тулуб фіксований в положенні нахилу вперед з опущеною вниз головою, атрофія сідничних м'язів. Рентгенографія хребта: остеопороз хребців, заостеніння повздожних зв'язок. Який з діагнозів найбільш вірогідний?

+Анкілозуючий спондилоартрит

-Туберкульозний спондиліт

-Псоріатична спондилоартропатія

-Спондилоартропатія на фоні хвороби Рейтера

-Розповсюджений остеохондроз хребта

?

49-річний чоловік скаржиться на різкий біль в плесне-фаланговому суглобі великого пальця лівої стопи. При огляді відмічається t тіла – $38,8^{\circ}\text{C}$. набряк суглобу, виражена гіперемія шкіри. На рентгенограмі – “штамповані” дефекти епіфізів. Що лежить в основі виникнення цього приступу:

+Асептичне запалення з порушенням пуринового обміну.

-Порушення пуринового обміну.

-Порушення вуглеводного обміну.

-Порушення електролітного обміну.

-Порушення Ph - середовища.

?

43-річний хворий поступив до лікарні з нападом ниркової кольки, яка рецидивує протягом року. При огляді в ділянці вушних раковин знаходяться вузлики, які покриті тонкою блистучою шкірою. Які фактори сприяють розвитку даного захворювання:

+Всі перелічені фактори.

-Спадковий.

-Надмірне фізичне навантаження.

-Зловживання жирною їжею.

-Вживання алкоголю.

?

45-річний чоловік скаржиться на різкий біль в плесне-фаланговому суглобі великого пальця правої стопи. При огляді: t тіла – 38,8 °C, набряк навколосуглобових тканин, гіперемія шкіри над суглобом. В крові підвищений рівень сечової кислоти крові. Що може сприяти підвищенню рівня сечової кислоти крові:

- +Все перелічене.
- Охолодження.
- Променева терапія.
- Надмірне фізичне навантаження.
- Вживання великої кількості жиру.

?

Хвора С., 23 років, скаржиться на лихоманку, сильний біль у суглобах, серцебиття, задишку, набряки на обличчі та ногах. При огляді: лімфаденопатія, на щоках і перенісці - еритема у вигляді “метелика”, тахікардія., АТ – 150/100 мм рт. ст. В крові: анемія, лейкопенія, ШЗЕ – 65 мм/год. В сечі: протеїнурія – 3,3 г/л, мікрогематурія. Еквівалентом “метелика” при цьому захворюванні є:

- +Капілярити на долонях.
- Виразки на гомілках.
- Виразки у порожнині рота.
- Кільцевидна еритема.
- Вітіліго.

?

Хвора В., 25 років, страждає на СЧВ протягом 6 років, впродовж яких постійно приймає підтримуючу дозу преднізолону. Назвіть найчастіші побічні ефекти при тривалому використанні ГК:

- +Всі перераховані ознаки.
- Остеопороз.
- Пригнічення функції кори наднирників.
- Активация інфекції.
- Міопатія.

?

Хвора 37 років. 10 років страждає на ревматоїдний артрит. На протязі року спостерігається високий титр ревматоїдного фактора (1:512, 1:1024), з'явилась сухість у роті, неприємні відчуття в очах ("ніби пісок"), не може ковтати суху їжу, вимушена запивати її водою. Розвиток якого синдрому спостерігається у хворої?

+Синдром Шегрена

-Синдром хронічної втомлюваності

-Синдром Мікулича (неспецифічний паротит)

-Синдром Фелті

-Синдром Стіла

?

У 46-річного чоловіка рецидивують напади різких болів в плесне- фалангових суглобах великих пальців стоп, які супроводжуються лихоманкою, гіперемією шкіри, набряком м'яких тканин стопи. В крові – підвищений рівень сечової кислоти. Лікар призначив колхіцин. Які ускладнення можливі при використанні цього препарату:

+Все перераховане.

-Нудота, блювота.

-Пронеси, біль в животі.

-Висипка.

-Лейкопенія.

?

Хворий Ш., 19 років, скаржиться на колючий біль у ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні. При огляді: астеник, зріст 184 см, вага 65 кг, при аускультії серця над верхівкою вислуховується систолічне клацання та систолічний шум, який наростає до II тону. Які відхилення в будові скелету спостерігаються при даному стані:

+Все перераховане.

-Арахнодактилія.

-Готичне піднебіння.

-Плоскостопість.

-Сколіоз.

?

У хворої 3., 25 років, через тиждень після перенесеної вірусної інфекції з'явилися лихоманка, схуднення, гнійно-геморагічні виділення з носу, кашель, кровохаркання. При обстеженні: на рентгенограмі легень – множинні двобічні інфільтрати з розпадом; в аналізі сечі: протеїнурія; в крові: підвищений рівень креатиніну крові. Назвіть найімовірніший діагноз:

+Гранулематоз Вегенера.

-Мікроскопічний поліангіт.

-СЧВ.

-Синдром Бехчета.

-Гангренізуюча гранульома обличчя.

?

Хворий 28 років, хворіє 2 місяці після ангіни. Скарги на ранішню скутість, біль проксимальних міжфалангових II та III пальців рук, колінних, ліктьових суглобів. При лабораторному обстеженні – гіпохромна анемія, ШЗЕ 40 мм/год, реакція Ваалер-Роузе – 1:128. Який препарат слід використати для внутрішньосуглобового введення?

+Депо - медрол

-Алфлутоп

-Метотрексат

-НПЗП

-Лідаза

?

Хворий М., 25 років, скаржиться на біль у правому гомілковостопному і лівому колінному суглобі. Впродовж тижня лікувався в уролога з приводу уретриту, потім ще 3 дня у окуліста з діагнозом – кон'юнктивіт. Що є найважливішою діагностичною ознакою для цього стану:

+Наявність п'яткових шпор, "сосископодібна" дефігурація пальців стоп.

-Пацієнти, що носять антиген гістосумісності HLA B 27.

-Негативний тест на ревматоїдний фактор.

-Ураження нігтів.

-Сакроілеїт, спондилоартрит.

?

В процесі обстеження хворого К., 50 років, який поступив в ревматологічне відділення з ціллю уточнення характеру артриту, було виявлено нефролітіаз. Який артрит найчастіше поєднується з нефролітіазом:

- +Подагричний.
- Ревматоїдний.
- Псоріатичний.
- Остеоартроз.
- Ревматичний.

?

У хворого Л., 28 років, через тиждень після перенесеної вірусної інфекції з'явились лихоманка, артралгії, гнійно - геморагічні виділення з носу, кашель, задишка. Консультація отоларинголога: виразково-некротичний риніт, серозний середній отит. На рентгенограмі легень: множинні двобічні інфільтрати з розпадом. В аналізі крові: нормохромна анемія, збільшення ШЗЕ та вмісту СРБ; в аналізі сечі – протеїнурія, мікрогематурія. Яка ознака не є характерною для даного захворювання:

- +Виявлення антинуклеарного фактору.
- Розвиток захворювання у віці до 30 років.
- Гнійний синусит.
- Інфільтрати в легенях.
- Виявлення антитіл до цитоплазми нейтрофілів.

?

Хвора С., 23 років, скаржиться на лихоманку, сильний біль у суглобах, кистей, серцебиття, задишку, набряки на обличчі та ногах. При огляді: на щоках і переніссі – еритема у вигляді “метелика”, тахікардія, АТ – 150/100 мм рт. ст. В крові: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, ШЗЕ – 65 мм/год. В сечі: протеїнурія – 3,3 г/л, мікрогематурія. Найважливішим діагностичним тестом при даному захворюванні є:

- +Визначення антитіл до ДНК.
- Збільшення ШЗЕ.
- Збільшення фібриногену, альфа-2 та гама-глобулінів.
- Наявність LE- клітин.
- Наявність ЦІК у сироватці крові.

?

Жінка 19 років, скаржиться на біль в великих суглобах верхніх та нижніх кінцівок, підвищення температури до 38,6 °С. 2 тижні тому перехворіла ангіною. Мати страждає ревматичною вадою серця. Об'єктивно: в ділянці вражених суглобів гіперемія, невеликий набряк їх; $t - 37,3\text{ }^{\circ}\text{C}$, пульс – 84/хв., АТ – 120/70 мм рт. ст. Межі серця збільшені вліво на 2 см, І тон на верхівці серця ослаблений, систолічний шум; Нв – 126 г/л, Л – $9,2 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 47 мм/год. ЕКГ – ритм правильний, PQ – 0,24". Яка етіологія цього захворювання?

+Бета-гемолітичний стрептокок.

-Вірусно-бактеріальна асоціація.

-Золотистий стафілокок

-Вірусна.

-Генетично обумовлена.

?

У 24-річної дівчини після вірусної інфекції вперше з'явилися субфебрильна температура, еритема і набряк в ділянці орбіти, міалгії, значна м'язова слабкість кінцівок. Назвіть критерії цього захворювання:

+Все перераховане.

-Слабкість в проксимальних групах м'язів кінцівок і тулуба.

-Підвищення рівня КФК.

-Ознаки системного запалення.

-Запальна інфільтрація скелетної мускулатури з дегенерацією танекрозом.

?

Хворий Л., 33 років, скаржиться на біль у поперековому, грудному і шийному відділах хребта, який супроводжується ранішньою скутістю більше 1 години. Біль в поперековому відділі іррадіює в сідниці. При огляді: болючість при пальпації крижово-клубових зчленувань. Рентгенографія: ущільнення замикаючих пластин за рахунок субхондрального склерозу. Для цього стану найхарактернішою є осанка:

+Поза прохача.

-Кіфоз грудного відділу.

-Сколіоз.

-Прасувальна дошка.

-Відсутність кіфозу.

?

Хворого Д., 19 років, через 2 тижні після лакунарної ангіни почали турбувати болі в суглобах. При огляді: температури тіла – 37,4 °С, ЧСС – 110, ослаблення першого тону і систолічний шум над верхівкою. Якими є особливості кардиту при даному захворюванні:

+Все перелічене.

-Гострий або підгострий початок.

-Часте виявлення панкардиту.

-Позитивна динаміка клінічних і параклінічних ознак під впливом пеніцилінотерапії.

-Хронологічний зв'язок з перенесеною гострою стрептококовою інфекцією.

?

В ревматологічне відділення поступила хвора 20 років з явищами поліартриту. На шкірі обличчя – почервоніння у вигляді “метелика”. В аналізі сечі – білок 4,8 г/л. Лікар запідозрив наявність у хворої системного червоного вовчак. Який додатковий метод дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

+Аналіз крові на антинуклеарні антитіла

-Загальний аналіз крові

-Імунологічне дослідження крові

-Аналіз крові на LE - клітини

-Аналіз крові на ревматоїдний фактор

?

21-річна дівчина протягом року хворіє на системний червоний вовчак. Після перенесеного грипу стан різко погіршився. З'явилися стійка гіпертермія, задишка, тахікардія, протеїнурія нефротичного рівня, мікрогематурія, АГ. Який препарат із групи імунодепресантів є препаратом вибору у хворих на СЧВ з нефротичним синдромом:

+Циклофосфан.

-6 - меркаптопурин.

-Метотрексат.

-Хлорбутін.

-Тіофосфамід.

?

У хворого А., 25 років, після перенесеної вірусної інфекції з'явилися лихоманка, артралгії, гнійно-геморагічні виділення з носу, кашель, кровохаркання, задишка. Консультація отоларинголога: виразково-некротичний риніт, середній отит. На рентгенограмі легень: множинні двобічні інфільтрати з розпадом. В аналізі крові: нормохромна анемія, збільшення ШЗЕ та вмісту СРБ. В аналізі сечі – протеїнурія, мікрогематурія. Яке підтвердження відносно даного стану є вірним:

+Все перелічене.

-Деструкція тканин верхніх та нижніх дихальних шляхів.

-Наявність гранулематозного васкуліту.

-Виявлення антитіл до цитоплазми нейтрофілів.

-Жодне з переліченого.

?

Хвора Р., 21 року, скаржиться на лихоманку, сильний головний біль, поліартралгії, серцебиття, задишку, набряки на обличчі та ногах. При огляді: шкірний покрив жовтяничний, на щоках і перенісці – еритема у вигляді "метелика", тахікардія, систолічний шум над верхівкою, АТ – 150/100 мм рт. ст. В крові: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, ШЗЕ – 60 мм/год. В сечі: протеїнурія – 6,3 г/л, мікрогематурія. Найнесприятливішим у прогностичному відношенні серед клінічних проявів при цьому стані є:

+Гематологічний криз.

-Ендокардит Лібмана - Сакса.

-Нефрит.

-Ексудативний плеврит.

-Ураження нервової системи.

?

Жінка 56 р. скаржиться на біль в променевозап'ясних і колінних суглобах. Хворіє 8 років. Температура тіла нормальна. Міжфалангові суглоби рук потовщені і болючі при рухах, хруст в колінних суглобах при згинанні. Рентгенографія колінних суглобів: остеопороз, звуження суглобової щілини, незначні кісткові розростання по краях суглобів. Ан. крові: лейкоц. – $6,2 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 13 мм/год. Про яке захворювання можна думати в даному випадку?

+Деформуючий остеоартроз

- Ревматичний поліартрит
- Подагрична артропатія
- Ревматоїдний артрит
- Реактивний поліартрит.

?

Хвора 48-ми років скаржиться на біль та слабкість у м'язах шиї, верхніх та нижніх кінцівок, лихоманку. Хворіє близько 2-х років. Об'єктивно: температура тіла - 37,8оС. Периорбітально бузково-рожевий колір шкіри. При пальпації м'язів верхніх та нижніх кінцівок болючість та ущільнення. Зниження сили м'язів кінцівок. У крові швидкість осідання еритроцитів - 45 мм/год. Для верифікації діагнозу найбільш доцільно виконати:

- +Дослідження біоптату м'язів.
- Визначення рівня креатинфосфокінази крові
- Визначення антитіл до нативної ДНК
- Дослідження мікроциркуляції
- Дослідження рівню імуноглобулінів.

?

Хворий 46-ти років вперше помітив набряки на ногах, слабкість, відчуття "повноти" та важкості в правому підребер'ї. 20 років хворіє на ревматоїдний артрит. Збільшені печінка і селезінка, щільної консистенції. Креатинін крові 0,23 ммоль/л, протеїнемія - 53 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л, питома вага сечі - 1012, протеїнурія - 3,3 г/л, поодинокі воскоподібні циліндри, еритроцити вилужені в п/з, лейкоцити - 5-6 в п/з. Яке ускладнення найбільш імовірно??

- +Амілоїдоз нирок
- Хронічний гломерулонефрит
- Гострий гломерулонефрит
- Серцева недостатність
- Хронічний пієлонефрит.

?

Жінка 23-х років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,4оС, появу геморагічного висипу на нижніх кінцівках, біль в попереку, червоний колір сечі. Захворіла 3 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: шкіра бліда, на поверхні гомілок і стегон - дрібний геморагічний симетричний висип. Частота серцевих скорочень - 90/хв., артеріальний тиск - 115/90 мм рт.ст.

Симптом Пастернацького слабкопозитивний з обох боків. В крові: лейкоцити - $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити - $180 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів 31 мм/год. В сечі: білок - 0,33 г/л, ер. Змінені - 3-40 в п/з, лейкоцити - 5-8 в п/з. Який з наведених препаратів є патогенетично обґрунтованим для лікування в даному випадку?

+Гепарин.

-Кальцію глюконат

-Аскорбінова кислота

-Вікасол.

-Рутин.

?

Чоловік 27-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на біль та набряк у II та III пальцях лівої стопи, почервоніння та гнійні виділення з очей, різь та біль при виділенні сечі. Зі слів пацієнта має декількох статевих партнерів, зрідка користується презервативами. При фізикальному обстеженні лікарем виявлено двосторонній кон'юнктивіт та дактиліт пальців стопи. Обстеження інших органів і систем патології не виявило. У загальному аналізі крові ШЗЕ 40 мм/год, біохімічний аналіз без відхилень. На рентгенограмах пальців стопи збільшення об'єму м'яких тканин, звуження суглобової щілини. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Реактивний артрит.

-Сифіліс

-Ревматоїдний артрит

-Синдром Шегрена

-Подагра.

?

Чоловік 34-х років звернувся до лікаря зі скаргами на ранкову скутість, болі в поперековій ділянці, плечових суглобах, суглобах шиї, хребта, які посилюються при різких рухах. Захворювання почалося з болів у поперековій ділянці після переохолодження. При фізикальному обстеженні болючість при пальпації остистих відростків та здухвинно-крижового сполучення, сегментарна ригідність поперекової ділянки хребта, атрофія прилеглих м'язів. На рентгенограмі поперекового відділу хребта осифікація зв'язок і сухожилів, синдесмофіти, повне зрощення хребців. При лабораторному дослідженні в крові лейкоцити $4,3 \cdot 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 37 мм/год. Який з наведених діагнозів є найбільш імовірним?

+Анкілозуючий спондилоартрит.

-Остеоартроз

-Ревматоїдний артрит

-Реактивний артрит

-Псоріатичний артрит

?

Жінка 52-х років звернулася до лікаря зі скаргами на швидку втомлюваність та задишку протягом останнього року з періодичним сухим кашлем.

Пацієнтка відзначає, що останнім часом їй стало важко піднімати обидві руки та розчісувати волосся. При фізикальному обстеженні температура тіла 37,4^оС, пульс 76/хв., артеріальний тиск 130/85 мм рт.ст., SpO₂ 95% при кімнатному повітрі. При неврологічному дослідженні незначне зниження сили дельтоподібного м'яза. При аускультатії легень розповсюджені сухі хрипи. На щоках, навколо орбіт та на ліктях еритематозний висип. Який метод найбільш імовірно підтвердить діагноз у цієї пацієнтки?

+Біопсія м'яза

-Виявлення антинуклеарних антитіл

-Біопсія шкіри

-КТ легень

-Рентгенографія ОГП.

?

Жінка 60-ти років скаржиться на періодичний біль у колінних суглобах, що виникає частіше під час тривалого ходіння, спуску сходами, ввечері, непокоїть у першій половині ночі і вщухає до ранку після тривалого відпочинку. В ході обстеження виявлена надмірна маса тіла. Суглоби зовнішньо не змінені, обсяг рухів в них не обмежений. На рентгенограмі правого колінного суглоба видно остеофіти. Для профілактики подальшого прогресування захворювання слід рекомендувати:

+Уникати підвищених навантажень на колінні суглоби.

-Обмежити у дієті продукти, багаті на пурины

-Щоденний біг підтюпцем

-Регулярний прийом алопуринолу.

-Короткочасна іммобілізація суглоба лонгетою

?

Хворий 46-ти років серед ночі викликав "швидку допомогу" з приводу раптового, різкого болю, почервоніння і припухлості першого пальця правої стопи, підвищення температури тіла. Напередодні вживав сухе виноградне вино та жирне м'ясо. Раніше нічим подібним не хворів. Поставте попередній діагноз.:

- +Подагричний артрит
- Ревматоїдний артрит.
- Ревматичний артрит
- Реактивний артрит
- Деформівний остеоартроз
- ?

Хвора 47-ми років вагою 100 кг звернулася зі скаргами на ниючий біль в колінних та кульшових суглобах, який виникає під час рухів і в стані спокою, підсилюється під вечір та при фізичному навантаженні. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, під час пальпації - біль у внутрішній поверхні в місці проекції суглобової щілини, рухи супроводжуються хрускотом. Протягом 16 років хворіє на виразкову хворобу ДПК. Який засіб симптоматичної терапії є найбільш доцільним у даній ситуації?

- +Целекоксиб.
- Ібупрофен.
- Піроксикам.
- Диклофенак натрію.
- Індометацин. .
- ?

Жінка 49-ти років скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюється під час рухів, обмеження рухливості, короткочасну вранішню скутість. Хворіє декілька років. В минулому займалася спортивною гімнастикою. На рентгенограмі плечових суглобів - звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остеофіти у нижньовнутрішньому відділі голівки плечової кістки. Що лежить в основі патогенезу ураження суглобів у хворої?

- +Порушення метаболізму хряща.
- Відкладення у синовіальній оболонці імунних комплексів.
- Порушення обміну сечової кислоти.

-Відкладення у суглобах пірофосфату кальцію.

-Пошкодження синовіальної оболонки інфекційним агентом.

?

Жінка 36-ти років скаржиться на біль, обмеження рухів у дрібних суглобах рук, утруднене ковтання твердої їжі, слабкість, сухий кашель. Об'єктивно: шкіра кистей та передпліч щільна, гладенька. Проксимальні суглоби II-IV пальців кистей рук набряклі, болючі при пальпації. Над легеньми сухі розсіяні хрипи, межі серця зміщені вліво на 2 см, тони приглушені. У крові: швидкість осідання еритроцитів - 36 мм/год, ?-глобуліни - 24%. У сечі: змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?:

+Системна склеродермія.

-Системний червоний вовчак.

-Дерматоміозит.

-Ревматоїдний артрит.

-Саркоїдоз.

?

Чоловік 39-ти років, який перебував на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого холециститу, переведений в терапевтичне відділення з приводу підвищення артеріального тиску до 180/120 мм рт.ст., появи білка в сечі, стійкої лихоманки. Стійкий субфебрилітет був резистентний до антибіотикотерапії. Через 10 днів після лікування у хворого виник напад задухи з важким видихом, згодом з'явилися артралгії та еритематозне ураження шкіри. В аналізі крові - 18% еозинофілів. Яке захворювання виникло у хворого?

+Ювенільний ревматоїдний артрит.

-Ревматоїдний артрит.

-Хронічна ревматична хвороба серця.

-СЧВ.

-Подагрична артропатія. .

?

До ревматологічного відділення надійшла хвора 20-ти років з явищами поліартриту. На шкірі обличчя - почервоніння у вигляді "метелика". У сечі: білок - 4,8 г/л. Лікар припустив наявність у хворої системного червоного вовчаку. Який додатковий метод дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

+Аналіз крові на антинуклеарні антитіла.

-Загальний аналіз крові.

-Імунологічне дослідження крові.

-Аналіз крові на LE-клітини.

-Аналіз крові на ревматоїдний фактор.

?

Хворий 18-ти років відстає у фізичному розвитку, періодичне пожовтіння шкіри. Об'єктивно: селезінка 16x12x10 см, холецистолітіаз, виразка шкіри нижньої третини лівої гомілки. У крові: ер. - $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb- 90 г/л, КП- 1,0, мікросфероцитоз, ретикулоцитоз. Білірубін крові 56 мкмоль/л, непрямий 38 мкмоль/л. Оберіть метод лікування:

+Спленектомія

-Пересадка селезінки

-Портокавальний анастомоз

-Оментоспленопексія

-Оментогепатопексія

?

У жінки 62-х років спостерігається слабкість, підвищена пітливість. В анамнезі: часті застудні захворювання. Об'єктивно: температура 37,5 °С. Пальпуються шийні лімфовузли розмірами до 1,5-2 см, безболісні під час пальпації, не спаяні, щільноеластичної консистенції. В крові: лейкоцити $30 \times 10^9/\text{л}$, лімфоцити 68%, пролімфоцити 6%. Знайдені клітини лейколізу. Який з наступних діагнозів найбільш імовірний?

+Хронічний лімфолейкоз

-Лімфома

-Регіонарний лімфаденіт

-Лімфосаркома

-Лімфогранулематоз

?

Хвора 19-ти років звернулася до лікаря у зв'язку з вираженою слабкістю, лихоманкою, прогресивним схудненням, запамороченням. Об'єктивно: зріст 165 см, вага 40 кг. Шкірні покриви сухі, лущаються, шкіра різко бліда з жовтуватим відтінком. У крові: ер. - $1,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb- 85 г/л, лейкоц. - $500 \times 10^9/\text{л}$,

мієлобласти 78%, нейтрофіли 15%, лімфоцити 7%. Який найбільш імовірний діагноз?

+Гострий мієлобластний лейкоз

-Гострий лімфобластний лейкоз

-Хронічний лімфобластний лейкоз

-Анемія

-Лейкемоїдна реакція

?

У хворої 54-х років спленомегалія без особливих суб'єктивних скарг. У крові: НЬ- 142 г/л; лейкоцити $32 \times 10^9/\text{л}$, е- 5%, баз. - 2%, мієлобласти 6%, промієлоцити

5%, мієлоцити 6%, юні 8%, паличкоядерні 4%, с- 46%, л- 12%, м- 6%; ШЗЕ-19

мм/год. Для лікування хворої доцільно використати:

+Мієлосан

-Циклофосфан

-Схема 5+2

-Преднізолон

-Лікування не показане

?

У хворого 54-х років внутрішня кровотеча. Йде операція. При визначенні групи крові аглютинація наступила в першій та третій краплях двох серій стандартних гемаглютинаційних сироваток. Яка група крові у хворого?

+A (II)

-0 (I)

-B (III)

-AB (IV)

-Визначення слід повторити

?

Під час переливання крові при проведенні біологічної проби хворий поскаржився на озноб, вкрився холодним потом, відзначає мерехтіння "метеликів" перед очима, незначний біль у поперековій ділянці. Що у хворого?

+Гемотрансфузійна реакція

-Пірогенна реакція

-Бактеріально-токсичний шок

-Цитратний шок

-Напад ниркової кольки

?

Учні школи-інтернату скаржаться на виділення крові при чищенні зубів, погіршення зору у вечірній період, появу синців при незначних травмах. Недостатність яких нутрієнтів можливо припустити у цьому випадку?

+Аскорбінова кислота та ретинол

-Рибофлавін та піридоксин

-Кальцій і фосфор

-Токоферол і кальціферол

-Селен, мідь, цинк

?

Хворий 25-ти років спостерігається у гематолога з приводу гемофілії А. Після падіння з турніка виник гострий гемартроз колінного суглоба. Об'єктивно: правий колінний суглоб різко збільшений в об'ємі, шкіра над ним гіперемована. Час кровотечі за Д'юком 3 хв., час зсідання крові за Лі-Уайтом 20 хвилин. Який препарат найбільш ефективний для лікування даного хворого?

+Рекомбінантний VIII фактор

-Рекомбінантний фактор

-Тромбоконцентрат

-Амбен

-Амінокапронова кислота

?

У хворого на лімфогранулематоз збільшені шийно-надключичні лімфатичні вузли справа. Загальний стан задовільний, пітливість немає, температура тіла 36,7°C. Яке лікування треба призначити?

- +Радіотерапія
- Комбінована хіміотерапія
- Комбінована хіміотерапія + радіотерапія
- Монохіміотерапія
- Монохіміотерапія + радіотерапія

?

Жінка 58-ми років скаржиться на безпричинну появу синців, слабкість, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкірні покриви бліді, з численними крововиливами різної давнини. Лімфатичні вузли незбільшені. Рс- 100/хв., АТ- 110/70 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: ер. - $3,0 \times 10^{12}/л$, Нb- 92 г/л, КП- 0,9, анізоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоц. - $10 \cdot 10^9/л$, е- 2%, п- 12%, с- 68%, л- 11%, м- 7%, ШЗЕ- 12 мм/год. Додатковевизначення якого лабораторного показника найбільш доцільне для встановлення діагнозу?

- +Тромбоцити
- Ретикулоцити
- Час згортання крові
- Осмотична резистентність еритроцитів
- Фібриноген

?

При проведенні комплексу реакцій, необхідних для гемотрансфузії, хворому з виразковою хворобою шлунка з групою крові A(II) Rh+ встановлено: кров в

ампулі групи A(II) Rh+ (при повторній перевірці). При реакції на індивідуальну сумісність за резус-фактором аглютинація є. Яка подальша тактика?

- +Індивідуальний підбір крові на станції переливання крові
- Повністю відмовитися від проведення гемотрансфузії
- Повторно провести індивідуальну пробу на резус-сумісність
- Перелити хворому кров A(II) Rh+
- Перелити хворому вказану кров з профілактикою гемотрансфузійного шоку

?

Пацієнт 18-ти років хворіє з раннього дитинства. У крові: Hb- 110 г/л, ер. - $3,9 \times 10^{12}$ /л, КП- 0,8, лейкоц. - $6,0 \cdot 10^9$ /л; ШЗЕ- 30 мм/год. Коагулограма: протромбіновий індекс 95%, ретракція кров'яного згортка 50%, час згортання крові через 40 хвилин не відбулось, тривалість кровотечі 3 хвилини. Які механізми лежать в основі патогенезу даного захворювання?

+Недостатність у крові антигемофільного глобуліну А

-Дефіцит вітаміну С

-Наявність специфічних антитіл до ендотеліальних стінок судин

-Імунне пригнічення кісткового мозку

-Екзогенний дефіцит заліза

?

Жінка 60-ти років протягом останнього року стала відзначати слабкість, запаморочення, швидку втомлюваність. Останнім часом задишка, парестезії. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді з іктеричним відтінком. Сосочки язика згладжені. Печінка, селезінка у краю реберної дуги. У крові: Hb- 70 г/л, ер.

$1,7 \times 10^{12}$ /л, КП- 1,2, макроцити. Призначення якого препарату є патогенетично обґрунтованим?

+Вітамін B₁₂

-Вітамін B₆

-Аскорбінова кислота

-Препарати заліза

-Вітамін B₁

?

Жінка 30-ти років скаржиться на загальну слабкість, утруднення ковтання їжі, сухість шкіри та ламкість волосся. Об'єктивно: t о- 36,6 °С, ЧД- 16/хв., Рс- 92/хв., АТ- 110/70 мм рт. ст. Шкірні покрови та видимі слизові оболонки бліді. У крові: Hb- 65 г/л, ер. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, КП- 0,6, рет. - 3%, лейкоц. - $6,7 \times 10^9$ /л, е. - 2%, п. - 3%, с.

- 64%, л. - 26%, м. - 5%, ШЗЕ- 17 мм/год. Сироваткове залізо 7,4 мкмоль/л,

загальний білок 78 г/л. Дефіцит якого фактору зумовив виникнення захворювання?

+Залізо

-Вітамін В₆

-Білок

-Фолієва кислота

-Глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа

?

В гематологічне відділення надійшов юнак 16-ти років зі скаргами на біль у правому плечовому суглобі, який виник після забою суглоба. З анамнезу відомо, що така клінічна картина спостерігалась неодноразово з раннього дитинства. Об'єктивно: суглоб збільшений в об'ємі, різко болючий при пальпації. У крові: ер.

- $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 110 г/л, тромб. - $115 \times 10^9/л$, лейкоц. - $6,9 \times 10^9/л$, ШЗЕ- 25 мм/год. Протромбіновий індекс 90%, час рекальцифікації 280 хв., час згортання крові 38 хв, фібриноген 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?

+Гемофілія

-Імунна коагулопатія

-Тромбоцитопатія

-Імунна тромбоцитопенія

-Геморагічний васкуліт

?

Хворий 53-х років скаржиться на слабкість, відсутність апетиту, схуднення, підвищення температури. Об'єктивно: полілімфаденопатія, вузли тістуватої консистенції, гепатомегалія. У крові: ер. - $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb- 110 г/л, лейкоц. – $100 \times 10^9/л$, б. - 1%, е. - 1%, п. - 4%, с. - 42%, м. - 25%, л. - 50%, тіні Боткіна-Гумпрехта. Який діагноз найбільш імовірний?

+Хронічний лімфолейкоз

-Гострий лейкоз

-Хронічний мієлолейкоз

-Лімфогранулематоз

-Мієломна хвороба

?

При визначенні груп крові виявилась позитивною реакція ізогемаглютинації із стандартними сироватками A(II) і B(III) груп і негативною із 0(I) і AB(IV) груп. Про що свідчить даний результат?

+Непридатність стандартних сироваток

-Перша група крові

-Друга група крові

-Третя група крові

-Четверта група крові

?

Хворому 54-х років з виразковою кровотечею, група крові 0(I), Rh-негативний, перелито 200 мл еритроцитарної маси. Через кілька годин після трансфузії у хворого виникли такі симптоми: послаблення пульсу, зниження артеріального тиску до 80/50 мм рт. ст., блідість шкіри обличчя, запаморочення, головний біль, болі в усьому тілі, особливо в поперековій ділянці. Рік тому хворому вже проводилася гемотрансфузія із приводу кровотечі. Про яке ускладнення йдеться?

+Несумісність крові по Rh-фактору

-Несумісність крові за груповими факторами

-Недоброякісність донорської крові

-Анафілактичний шок

-Цитратна інтоксикація

?

У хворого 77-ми років при обстеженні визначаються жовтяничність склер, симетричні парестезії, збільшення селезінки. У крові анемія, макроцитоз, лейкопенія, тромбоцитопенія. ФГДС атрофічний гастрит з ахлоргідрією. Яке дослідження слід провести для верифікації захворювання?

+Стернальна пункція

-Вміст вітаміну B₁₂ у крові

-Вміст фолатів у крові

-Біопсія слизової оболонки шлунку

-Білірубін крові

?

Хвора 62-х років госпіталізована із скаргами на збільшення шийних, надключичних та пахових лімфовузлів, загальну слабкість, підвищену пітливість, субфебрильну температуру протягом останніх 3-х місяців. У крові: лейкоц. - $64 \times 10^9/\text{л}$, у формулі лімфоцити 72%. Який метод дослідження доцільно використати для уточнення діагнозу?

+Мієлограма

-Лімфографія

-Лімфосцинтиграфія

-Рентгенологічне дослідження

-Термографія

?

Хворий 42-х років скаржиться на біль у попереку, потемніння сечі, загальну слабкість, запаморочення, що виникли після лікування застуди аспірином та ампіциліном. Об'єктивно: блідий, склери субіктеричні. ЧСС- 98/хв. Печінка +2 см, селезінка +3 см. У крові: ер. - $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb- 60 г/л, КП- 0,9, лейкоц. - $9,4 \times 10^9/\text{л}$, б.

- 0,5%, е. - 3%, п. - 6%, с. - 58%, л. - 25%, м. - 7%, ШЗЕ- 38 мм/год, ретикулоцити

24%. Загальний білірубін 38 ммоль/л. Яке ускладнення виникло у хворого?

+Набута гемолітична анемія

-Токсичний гепатит

-Жовчнокам'яна хвороба

-Агранулоцитоз

-Пароксизмальна нічна гемоглобурія

?

У хворого 16-ти років, який страждав на виражену кровоточивість при невеликих порізах, ранках, постало питання про необхідність екстракції коренів зубів. Під час огляду виявлено збільшення в об'ємі правого колінного суглоба, обмеження рухливості. Інших змін немає. В аналізі крові тенденція до анемії (Hb-

120 г/л). Чим необхідно здійснити профілактику кровоточивості перед втручанням стоматолога?

+Кріопреципітат

-Епсилон-амінокапронова кислота

-Фібриноген

-Суша плазма крові

-Вливання хлористого кальцію

?

У хворої 27-ми років скарги на носові кровотечі, множинні синці на шкірі передньої поверхні тулуба і кінцівок, різка загальна слабкість. У крові: Hb- 74 г/л, ретикулоцити 16%, еритроцити $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоцити $30 \cdot 10^9/\text{л}$, ШЗЕ- 25 мм/год. Що є найбільш ефективним в лікуванні тромбоцитопенії?

+Спленектомія

-Препарати заліза

-Переливання крові

-Цитостатики

-Вітамін B₁₂

?

Хвора 22-х років, зниженого харчування, вегетаріанка, звернулася в поліклініку зі скаргами на збочення нюху, смаку, "заїди" у кутах роту. Об'єктивно: виражена голубизна склер. Був встановлений діагноз: залізодефіцитна анемія. Який клінічний синдром має перевагу?

+Сидеропенічний

-Анемічний

-Гемологічний

-Гемолітичний

-Мієлодиспластичний

?

Хворий 24-х років звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення підщелепних лімфовузлів. Об'єктивно: збільшені підщелепні, пахвові та пахвинні лімфатичні вузли. На рентгенограмі органів грудної клітки збільшені лімфовузли середостіння. В крові: ер. - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb- 100 г/л, КП- 0,88, тр. - $190 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоц.

- $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$, е. - 8%, п. - 2%, с. - 67%, лімф. - 23%, ШЗЕ- 22 мм/год. Яке дослідження показане для верифікації причини лімфаденопатії?

+Відкрита біопсія лімфатичних вузлів

-Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

- Томографія середостіння
- Пункційна біопсія лімфатичних вузлів
- Стернальна пункція

?

У жінки 38-ми років у крові: Hb- 84 г/л, ер. - $3,5 \times 10^{12}/л$, КП- 0,72, лейкоц. - $4,1 \times 10^9/л$; ретик. - 2%, ШЗЕ- 26 мм/год. Залізо сироватки крові 9,0 ммоль/л. Було призначено лікування. На 6-й день лікування проведено дослідження периферичної крові. Які зміни показників дозволять найбільш імовірно підтвердити адекватність призначеної терапії?

- +Підвищення кількості ретикулоцитів
- Нормалізація рівня гемоглобіну
- Нормалізація кількості еритроцитів
- Підвищення колірного показника
- Зниження швидкості зсідання еритроцитів

?

Юнак 16-ти років госпіталізований зі скаргами на некуповану кровотечу з носа і нестерпний біль у правому ліктьовому суглобі. Об'єктивно: уражений суглоб збільшений у розмірах, дефігурований, гіперемія шкіри над ним. Мають місце прояви артропатії інших суглобів. Ps- 90/хв. У крові: ер. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb- 130 г/л, КП- 1,0, лейкоц. - $5,6 \times 10^9/л$, тр. – $220 \times 10^9/л$, ШЗЕ- 6 мм/год. Час зсідання крові за Лі-Уайтом: початок 24 хвилини, кінець 27 хвилин 10 секунд. Який препарат найбільше ефективний у лікуванні даного хворого?

- +Кріопреципітат
- Хлористий кальцій
- Еритромаза
- Амінокапронова кислота
- Вікасол

?

Хворий на виразкову хворобу 12- палої кишки звернувся зі скаргами на слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні, бажання їсти крейду. Об'єктивно: блідий, трофічні зміни шкіри. В крові: Hb- 90 г/л, ер. - $3,6 \times 10^{12}/л$, КП- 0,75, ретик. - 2%, залізо крові 5,6 мкмоль/л. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

- +Залізодефіцитна анемія
- Гемолітична анемія
- Еритремія
- Апластична анемія
- В₁₂-фолієводефіцитна анемія

?

Хворий 37-ми років доставлений до відділення у непритомному стані. Отримав закриту травму в ділянку живота. Підозрюється внутрішньочеревна кровотеча, пошкодження внутрішніх органів. Готуються до термінового оперативного втручання. Лікар визначив за допомогою стандартних сироваток групу крові та отримав такий результат: 0(I) відсутність аглютинації, A(II) відсутність аглютинації, B(III) відсутність аглютинації. Яка група крові у постраждалого?

- +0(I)
- A(II)
- B(III)
- AB(IV)

--

?

Хворий 38-ми років скаржиться на кволість, субфебрилітет, збільшення лімфатичних вузлів, носові кровотечі, біль у кістках. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових, пальпуються збільшені безболісні лімфовузли, стерналгія, печінка +2см, селезінка +5 см, безболісна. У крові: ер. - $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 84 г/л, лейкоц. - $58 \times 10^9/л$, е. - 1%, п. - 2%, с. - 12%, лімфоц. - 83%, лімфобл. - 2%, клітини Боткіна- Гумпрехта; ШЗЕ- 57 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Хронічний лімфолейкоз
- Хронічний мієлолейкоз
- Гострий лімфолейкоз
- Гострий мієлолейкоз
- Лімфогранулематоз

?

Хвора 52-х років надійшла до стаціонару зі скаргами на кровоточивість слизових оболонок, значні крововиливи в шкіру у вигляді екхімозів, плям, носовіта шлункові кровотечі. Після клінічних обстежень було встановлено діагноз:тромбоцитопенічна пурпура. Яка найбільшвірогідна причина виникнення даного захворювання?

- +Утворення антитромбоцитарних автоантитіл
- Порушення гемостазу
- Дефіцит VIII фактору згортання крові
- Спадкова недостатність плазмових факторів згортання крові
- Дефіцит заліза в сироватці крові, кістковому мозку та депо

?

Хворий отримав радіаційне опромінення. Скаржиться на слабкість, часті носові кровотечі, "синці" на тілі, серцебиття, задишку. Часто хворіє на респіраторні захворювання. Аналіз крові: ер. - $1,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 54 г/л, лейкоц. - $1,7 \times 10^9/л$, е. - 0%, п. - 0%, с. - 32%, л. - 62%, м. - 6%; ШЗЕ- 52 мм/год. ; тромбоц. - $30 \times 10^9/л$. Яке лікування найбільшдоцільне в даному випадку?

- +Пересадка кісткового мозку
- Переливання тромбоцитарної маси
- Переливання еритроцитарної маси
- Переливання цільної крові
- Антилімфоцитарний імуноглобулін

?

Хворий 63-х років звернувся зі скаргами на біль у попереку. З приводу радикуліту проведено курс фізіотерапевтичного лікування. Однак стан хворого непокращився. Хворому проведено Ро-графію кісток хребта та тазу, на котрих знайдено остеопороз і значні кісткові дефекти. В крові помірна нормохромна анемія, в сечі протеїнурія. Загальний білок крові 107 г/л. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- +Мієломна хвороба
- Сечокам'яна хвороба
- Гострий радикуліт
- Метастази у кістці

-Системний остеопороз

?

Хворий 28-ми років скаржиться на збільшення лімфатичних вузлів протягом останніх півроку, прогресуючу слабкість, пітливість, періодичні підвищення температури до 38 °С. Декілька років вживає наркотики внутрішньовенно. Зниженого харчування. Розповсюджений себорейний дерматит, пальпуються збільшені, безболісні шийні, пахові та пахвинні лімфатичні вузли до 2-2,5 см. Яке дослідження слід призначити в першу чергу?

+Дослідження крові на наявність антитіл до ВІЛ

-Бактеріологічне дослідження крові

-Біопсія лімфовузла

-Стернальна пункція

-Дослідження крові на наявність антитіл до вірусу Епштейна-Бара

?

Хворий 27-ми років хворіє на гемофілію. Госпіталізований з меленою, блідістю шкіри. Об'єктивно: Рс- 110/хв., АТ- 100/60 мм рт. ст. У крові: Нб- 80 г/л; ер. - $2,8 \times 10^{12}/л$. Призначення якого з наведених нижче лікувальних засобів є першочерговим у даному випадку?

+Кріопреципітат

-Консервована кров

-Еритроцитарна маса

-Дицинон

-Епсилон-амінокапронова кислота

?

Хворий 34-х років скаржиться на профузний нічний піт, схуднення за останні 3 місяці на 9 кг, свербіж шкіри. При огляді: зниженого харчування, шкіра бліда. На шиї та в пахових ділянках пальпуються щільно-еластичні лімфатичні вузли близько 1 см в діаметрі, не спаяні зі шкірою, малорухливі. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Лімфогранулематоз

-Хронічний лімфаденіт

-Лімфосаркома

-Лімфома Беркіта

-Метастази раку

?

Хвора 25-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, геморагічні висипи на шкірі. Хворіє протягом місяця. У крові: ер. - $1,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб- 37 г/л, КП-0,9, лейкоц. - $1,2 \times 10^9/\text{л}$, тр. - $42 \times 10^9/\text{л}$. Який метод дослідження буде найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

+Стернальна пункція

-Біопсія селезінки

-Біопсія печінки

-Коагулограма

-УЗД органів черевної порожнини

?

Хвора 52-х років надійшла до стаціонару зі скаргами на підвищену кровоточивість слизових оболонок, значні крововиливи в шкіру у вигляді екхімозів, плям, носові та шлункові кровотечі. Після клінічних обстежень було встановлено діагноз: тромбоцитопенічна пурпура. Яка найбільш вірогідна причина виникнення даного захворювання?

+Утворення антитромбоцитарних автоантитіл

-Порушення гемостазу

-Дефіцит VIII фактору згортання крові

-Спадкова недостатність плазмових факторів згортання крові

-Дефіцит заліза в сироватці крові, кістковому мозку та депо

?

Хвора 30-ти років знаходиться у відділенні з приводу хвороби Верльгофа. Об'єктивно: бліда, має петехіальні крововиливи на розгинальних поверхнях передплічч. Рс- 92/хв, АТ- 100/60 мм рт. ст. Нижній край селезінки на рівні пупка. В крові: ер. - $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб- 90 г/л, Нт- 0,38, тромб. - $30 \times 10^9/\text{л}$. Хвора готується до операції спленектомії. Яке трансфузійне середовище слід обрати в першу чергу для передопераційної підготовки?

+Тромбоцитарна маса

-Консервована кров

-Нативна еритроцитарна маса

-Еритроцитарна завесь

-Відмиті еритроцити

?

Хвора 64-х років скаржиться на загальну слабкість, шум у голові, охриплість голосу. Об'єктивно: шкіра бліда з жовтяничним відтінком, язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної та больової чутливості, Ps- 120/хв, АТ- 80/50 мм рт. ст., пальпується селезінка. У крові: Hb- 58 г/л, ер. - $1,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. - $2,8 \cdot 10^9/л$, тр. - $140 \cdot 10^9/л$, ШЗЕ- 17 мм/год, анізоцитоз, пойкилоцитоз виражені (++) . Яке дослідження буде вирішальним у з'ясуванні генезу анемії?

+Стернальна пункція

-Непряма проба Кумбса

-Пряма проба Кумбса

-Фіброгастроскопія

-Ендолюмбальна пункція

?

Хворий 20-ти років пройшов курс поліхіміотерапії за схемою ВАМП з приводу гострого лімфобластного лейкозу. Яка морфологічна картина крові може свідчити про настання ремісії?

+Вміст бластних клітин до 5%

-Вміст бластних клітин до 15%

-Вміст бластних клітин до 10%

-Вміст бластних клітин до 1%

-Відсутність бластних клітин

?

Чоловік 42-х років скаржиться на слабкість, серцебиття, носові кровотечі, появу крововиливів на шкірі. Стан прогресивно погіршується протягом місяця. Об'єктивно: стан тяжкий, на шкірі кінцівок і тулуба петехіальні та плямисті крововиливи, лімфовузли не пальпуються, Ps- 116/хв, печінка +2 см, селезінка непальпується. У крові: виражена панцитопенія. Про яке захворювання треба думати в першу чергу?

+Гіпопластична анемія

-Гострий лейкоз

-Хвороба Верльгофа

- Геморагічний васкуліт
- Гострий агранулоцитоз
- ?

Хвора 60-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, важкість у верхній частині живота, парестезії пальців рук та ніг. Об'єктивно: жовтяничність шкіри, язик малинового кольору, гладенький. Гепатомегалія. У крові: Hb- 90 г/л, ер. - $2,3 \times 10^{12}/л$, ретикулоцити 0,2%; КП- 1,2, макроцитоз; тільця Жоллі, кільця Кебота. Який препарат для лікування найбільш доцільний?

- +Вітамін B12
- Фероплекс
- Еритроцитарна маса
- Преднізолон
- Дисферол
- ?

У хворої 56-ти років, під час холецистектомії, почалася масивна кровотеча. Вирішено перелити кров. У хворої група крові AB(IV) Rh-. На станції переливання крові такої групи немає. Донори якої групи можуть бути викликані для здачі крові?

- +Донори рідкісних груп крові
- Активної групи
- Донори-родичі
- Екстрені донори
- Донори резерву
- ?

До стаціонару надійшов хворий 33-х років із зупиненою повторною виразковою кровотечею. Під час огляду виснажений, блідий. У крові: Hb- 77 г/л, Ht- 0,25. У зв'язку з наявністю анемії двічі була спроба переливання однокрупної Rh+ крові. Обидва рази переливання було зупинене у зв'язку з розвитком анафілактичної реакції. Переливання якого трансфузійного середовища бажано в даному випадку?

- +Відмиті еритроцити
- Свіжоцитратна кров
- Еритроцитарна маса (нативна)

-Еритроцитарна завись

-Еритроцитарна маса, яка бідна на лейкоцити та тромбоцити

?

Чоловік 43-х років, проходить медичний огляд. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, згладженість сосочків язика, поперечна посмугованість нігтів, тріщини в кутах рота, тахікардія. Вміст гемоглобіну в крові 90 г/л; анізоцитоз, пойкилоцитоз. Найбільш вірогідним причинним фактором цього стану є недостатнє надходження до організму наступного мікроелементу:

+Залізо

-Мідь

-Цинк

-Магній

-Селен

?

Хвора 37 років протягом останніх 6 років відзначає часті носові кровотечі, виражені метрорагії, періодичне утворення синців на шкірі. 10 днів тому, після значної носової кровотечі, підсилилася слабкість, з'явилися запаморочення та серцебиття. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, на передній поверхні тулуба, ніг тарук поширені петехіальні геморагії та поодинокі екхімози. У крові: Hb- 80 г/л, ер.

- $4,0 \times 10^{12}/л$, КП- 0,7; лейкоц. - $5,3 \times 10^9/л$; п- 2%, с- 65%, е- 2%, л- 24%, м- 5%, тромб.

$10 \times 10^9/л$, ШЗЕ-15 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Хвороба Верльгофа

-Гемофілія

-Геморагічний васкуліт

-Залізодефіцитна анемія

-Апластична анемія

?

Внаслідок ДТП потерпілий отримав множинні переломи кінцівок та кісток таза. В анамнезі: гемофілія А. Об'єктивно: на ушкоджених ділянках виникають гематоми. Стан погіршується. АТ- 90/50 мм рт. ст. Яка найбільш

доцільна комбінація інфузійних засобів для лікування пацієнта після застосування поліглюкіну та сольових розчинів?

- +Кріопреципітат, еритроцитарна маса
- Свіжозаморожена плазма, альбумін
- Еритроцитарна маса, свіжозаморожена плазма
- Кріопреципітат, глюкоза
- Еритроцитарна маса

?

Хворий 18 років надійшов до гематологічного відділення зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, відсутність апетиту, підвищення температури тіла до 39 °С, появу припухлості на шиї. Об'єктивно: t - 38 °С, шкіра та слизові оболонки різко бліді, пакети лімфовузлів на шиї по обидва боки розміром до 1 см, неболючі. Печінка +1 см, неболюча, селезінка +0,5 см. У крові: Hb- 98 г/л, ер. - $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - 32×10^9 /л, п- 0%, с- 28%, м- 2%, л- 39%, бласт- 31%, рет. - 31%, тромб. - 120×10^9 /л, ШЗЕ- 36мм/год. Яка форма лейкозу в хворого?

- +Гострий лімфобластний лейкоз
- Гострий мієлобластний лейкоз
- Хронічний лімфолейкоз
- Хронічний мієлолейкоз
- Недиференційований лейкоз

?

Хворий 46 років скаржиться на свербіж шкіри, пітливість, особливо вночі, підвищення температури до 38,6 °С. Об'єктивно: на шкірі грудей сліди розчухів, надключичні лімфовузли величиною з голубине яйце, з шкірою не спаяні. Який метод дослідження є найбільш доцільним?

- +Пункція збільшеного лімфовузла
- Загальний аналіз крові
- Оглядова рентгенографія грудної клітки
- Імунограма
- Загальний білок та білкові фракції

?

До хірургічного стаціонару надійшов хлопець 19 років, який отримав закриту травму живота. Під час операції виявлені множинні розриви селезінки та тонкої кишки. Артеріальний тиск прогресивно знижується. Виникла необхідність у гемотрансфузії. Хто може виконати визначення групи крові та резус-належності у потерпілого?

+Лікар будь-якої спеціальності

-Лікар-лаборант

-Хірург

-Лікар-травматолог

-Лікар-анестезіолог

?

Хворий 27 років, близько року відмічає втому, пітливість, важкість у лівому підребер'ї, особливо після приймання їжі. Об'єктивно: збільшення селезінки, печінки. У крові: ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 100 г/л, КП- 0,87, лейкоц. - $100 \times 10^9/л$, б. - 7%, е. - 5%, м. - 15%, ю. - 16%, п. - 10%, с. - 45%, лімф. - 2%, мон. - 0%, ретикул. - 0,3%, тромб. - $400 \times 10^9/л$, ШЗЕ- 25 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

+Хронічний мієлолейкоз

-Хронічний лімфолейкоз

-Гострий лейкоз

-Еритремія

-Цироз печінки

?

Хворий 66 років скаржиться на серцебиття, загальну слабкість, парестезії, зниження чутливості в ногах, порушення смаку, нюху. У крові: ер. - $2,1 \times 10^{12}/л$,

Hb- 84 г/л, КП- 1,2, макроцитоз, полісегментація ядр нейтрофілів. Що відіграєпровідну роль у патогенезі цього стану?

+Порушення синтезу ДНК, мегалобластичний тип кровотворення

-Порушення синтезу гемоглобіну через хронічний дефіцит заліза

-Дизеритропоез через порушення утилізації заліза на рівні кісткового мозку

-Підвищене руйнування еритроцитів

-Ушкодження кісткового мозку токсичними факторами

?

Хворий надійшов до клініки зі скаргами на виражену слабкість, підвищення температури до 39,2 °С, біль у горлі під час ковтання, геморагічне висипання на шкірі тулуба. У крові анемія, тромбоцитопенія, бласти– 14%, ШЗЕ- 40 мм/год. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- +Стернальна пункція
- Рентгенографія кісток черепа
- Розгорнутий аналіз крові
- Посів із мигдаликів
- Коагулограма

?

Хвора 52 років звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, болісне свербіння шкіри після умивання, миття у ванній, важкість у голові. Об'єктивно: шкірні покриви обличчя, шиї, кінцівок гіперемовані. АТ- 180/100 мм рт. ст. Селезінка на 4 см нижче краю реберної дуги. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Еритремія
- Гіпертонічна хвороба
- Дерматоміозит
- Алергічний дерматит
- Системна склеродермія

?

Хворий 58 років обстежується у терапевта у зв'язку з загальною слабкістю, втомлюваністю, помірним болем у лівому підребер'ї, іноді часте сечовипускання з різучим болем. Виявлена помірна спленомегалія. У крові: нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом до мієлоцитів, базофіли- 2%, еозинофіли- 5%. У сечі: маса уратів, ер. - 2-3 у полі зору. Який попередній діагноз?

- +Хронічний мієлолейкоз
- Лейкемоїдна реакція
- Лімфогранулематоз
- Цироз печінки
- Сечокам'яна хвороба

?

Дівчина 18 років скаржиться на слабкість, запаморочення, зниження апетиту, менорагії. Об'єктивно: на шкірі верхніх кінцівок петехії різного кольору. У крові: Нb— 105 г/л, ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$, КП— 0,95, тромб. — $20 \times 10^9/л$. Час зсідання крові за Лі-Уайтом— 5 тривалість кровотечі за Дюком— 8 проби щипка та джгута (+).

Який діагноз найбільш вірогідний?

+Тромбоцитопенічна пурпура

-Гемофілія

-Геморагічний діатез

-Залізодефіцитна анемія

-Хвороба Маркіафави-Мікелі

?

З метою швидкого заповнення крововтрати хворому перелито 1000 мл одногрупної резус-сумісної донорської крові, консервованої цитратом натрію. Підкінець гемотрансфузії у хворого виникли збудження, блідість шкіри, тахікардія, судоми м'язів. Про яке ускладнення можна думати в першу чергу?

+Цитратна інтоксикація

-Цитратний шок

-Алергічна реакція

-Анафілактичний шок

-Пірогенна реакція

?

Чоловік 35-ти років скаржиться на зростаючу слабкість, серцебиття, "метелики" перед очима, запаморочення. В анамнезі: пептична виразка шлунку. Об'єктивно: шкіра бліда. В легенях везикулярне дихання. Над верхівкою серця систолічний шум. Рс- 100/хв., АТ- 100/70 мм рт. ст. Пальпаторно незначна болючість в епігастрії. У крові: ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нb- 100 г/л, КП- 0,95. Який характер анемії в даному випадку?

+Постгеморагічна анемія

-Сідеробластна анемія

-Хронічна залізодефіцитна анемія

-Гемолітична анемія

-Гіпопластична анемія

?

Чоловік 44-х років надійшов до інфекційного відділення з діагнозом: фолікулярна ангіна. Температура тіла 38,6 °C, шкіра та слизові звичайного кольору. Рс- 102/хв., АТ- 130/70 мм рт. ст. У крові: ер. - $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 90 г/л, КП-1,0; лейкоц. - $38 \times 10^9/л$, бласти 68%, п- 2%, с 14%, л- 14%, м- 2%, ШЗЕ- 46 мм/год. Яке захворювання слід запідозрити у хворого?

- +Гострий лейкоз
- Лейкемоїдна реакція
- Хронічний лімфолейкоз
- Хронічний мієлолейкоз
- Гострий агранулоцитоз

?

Жінка 63-х років скаржиться на загальну слабкість, почуття тягаря, тиснення, переповнення в епігастрії, нудоту, відрижку після їжі. Хворіє біля 15 років. Об'єктивно: температура 36,4°C, ЧД- 20/хв, Рс- 88/хв, АТ-115/75 мм рт. ст. Шкірата слизові бліді. У крові: ер. - $2,0 \times 10^{12}/л$, Hb- 100 г/л. Виявлені антитіла до обкладинкових клітин шлунку. Яка найбільш імовірна причина розвитку анемічного синдрому в даної хворої?

- +Продукція антитіл до внутрішнього фактору
- Порушення синтезу гемоглобіну
- Порушення синтезу еритропоєтину
- Порушення всмоктування заліза
- Підвищена витрата заліза

?

У чоловіка 43-х років при проведенні медичного огляду об'єктивно виявлені блідість шкіри і слизових оболонок, згладженість сосочків язика, поперечна посмугованість нігтів, тріщини у кутиках рота, тахікардія. У крові: Hb- 90 г/л, анізоцитоз, пойкилоцитоз. Найбільш імовірним причинним фактором даного стану є недостатнє надходження до організму:

- +Заліза
- Міді
- Цинку
- Магнію

-Селену

?

Хвора 39-ти років страждає на хронічну ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру. Протягом двох тижнів скаржиться на запаморочення, різку слабкість, чорний колір калу. Об'єктивно: стан важкий, шкіра бліда, на обличчі і кінцівках багато крапкових геморагій. У крові: ер. - $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ- 50 г/л, КП- 0,7, тромб. - $2 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. - $3,1 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ- 30 мм/год., анізоцитоз, пойкилоцитоз. Який характер анемії у хворої?

+Постгеморагічна

-Гемолітична

-Залізодефіцитна

-Мегалобластна

-Апластична

?

Хворий 50 років скаржиться на різку слабкість, запаморочення, плями на шкірі. Місяць тому назад хворів на ангіну, лікувався самостійно антибіотиками. Об'єктивно: загальний стан важкий, шкіра та слизові оболонки бліді. На шкірі обличчя та тулуба плями різного розміру, синього та коричневого кольору. При пальпації живіт безболісний, печінка +1,5 см виступає з-під краю правої реберної дуги. Загальний аналіз крові: Ер $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 50 г/л, КП 0,70, тромбоцити $2 \times 10^9/\text{л}$, анізо- пойкилоцитоз. ШЗЕ 55 мм/год. Який попередній діагноз?

+Тромбоцитопенічна пурпура

-Геморагічний васкуліт, абдомінальна форма

-Гостра постгеморагічна анемія

-Мієломна хвороба

-Гемофілія

?

У хворого 24 років протягом останніх двох місяців відмічається наростаюча головний біль, загальна слабкість, запаморочення, кровоточивість (носові кровотечі, геморагії на шкірі і слизових оболонках). Лімфатичні вузли, печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: Нб-50 г/л, Ер- $1,6 \times 10^{12}/\text{л}$, КП-1,0, Лейк- $2,0 \times 10^9/\text{л}$, п-1%, С-35%, е-1%, б-1%, л-10%, м-4%, тром- $30 \times 10^9/\text{л}$. Який ймовірний діагноз?

+Апластична анемія

-Гострий лейкоз

-Залізодефіцитна анемія

-В₁₂- дефіцитна анемія

-Гемолітична анемія

?

Хворий 53 роки, звернувся до невропатолога зі скаргами на біль в поперековій ділянці. На рентгенограмі хребта і тазу виявлено остеопороз і значні кісткові дефекти. В крові помірна нормохромна анемія, в сечі протеїнурія до 2,0г/л. Загальний білок крові 107 г/л. Яке дослідження слід провести для встановлення остаточного діагнозу?

- +Стернальну пункцію
- Розгорнутий аналіз крові
- УЗД органів черевної порожнини
- Цитохімічне дослідження
- Радіоізотопне ренографія
- ?

У хворого 36 р. скарги на болі в грудній клітці. Об-но: стан важкий. синдром інтоксикації. Т-38,4 °С. П-88 за 1 хв. Збільшені підщелепні лімфовузли, болючі. Дихання ослаблене везикулярне, справа в нижній долі вислуховуються крепітація та різнокаліберні хрипи. ЗАК: ер- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нb-100 г/л, тромб- $180 \times 10^9/л$, л. $12 \times 10^9/л$ бласти- 2%, промієлоцити- 3%, мієлоцити- 5%, метамієлоцити-10%, п-15%, с- 65%. ШЗЕ- 35 мм/год. Токсична зернистість нейтрофілів та дегенеративні зміни в них. Який характер змін у периферичній крові?

- +Лейкемоїдна реакція по мієлоїдному типу
- Мієлопроліферативний процес
- Гіперлейкоцитоз
- Біцитопенія
- Бластна трансформація
- ?

Хвора М., 52 р., скаржиться на слабкість, задишку, печіння у язиці, оніміння в кінцівках, субфебрилітет. Об-но: блідість, гомілки пастозні. При перкусії грудина болюча. П 140 за хв., АТ 130/80 мм рт. ст. Сог- тони ослаблені, на верхівці систолічний шум. Язик малиновий, „лакований”. Печінка + 2 см, селезінка + 1 см. Ер $2,0 \times 10^{12}/л$, Нb 60 г/л, Л $2,5 \times 10^9/л$, еоз 1%, п –5%, с 57%, л 36%, м 1%, ШЗЕ 62мм/год, мегалобласти, кільця Кебота, Жолі, гіперхромазія. Який діагноз є найбільш імовірним?

- +В12-фолієводефіцитна анемія
- Гемолітична анемія
- Апластична анемія

-Залізодефіцитна анемія

-Сидероахрестична анемія

?

Хворий А., 18 р., скаржиться на слабкість, задишку, серцебиття, періодичне потемніння сечі. Об-но: піднебіння готичне, жовтяничність шкіри та склер. Селезінка + 4 см, болюча. Аналіз крові: Ер- $2,9 \times 10^{12}/л$, Нб 75 г/л, КП 0,86, ретикулоцити 5%, тромбоцити $70 \times 10^9/л$, л $5,6 \times 10^9/л$, п 2%, с 56%, еоз 2%, б 1%, л29%, м 10%, сфероцити, ШЗЕ 35 мм/год. Осмотична резистентність еритроцитів знижена. Ваш діагноз:

+Анемія Міньковського Шофара

-Таласемія

-В₁₂ –фолієводефіцитна анемія

-Сидероахрестична анемія

-Апластична анемія

?

Хвора О., 35 р., багатодітна мати, скаржиться на швидку втомлюваність, серцебиття, ламкість нігтів, випадіння волосся. Ер- $2,3 \times 10^{12}/л$, Нб 65 г/л, КП 0,7, ретикулоцити 0,5, тромбоцити $200 \times 10^9/л$, л $6,6 \times 10^9/л$, п 2%, с 56%, еоз 2%, б 1%, л 29%, м 10%, анізоцитоз, поїкілоцитоз, ШЗЕ 5 мм/год. Ваш діагноз:

+Залізодефіцитна анемія

-Гемолітична анемія

-В₁₂ –фолієводефіцитна анемія

-Сидероахрестична анемія

-Апластична анемія

?

Хворий Л., 35 р., скаржиться на слабкість, свербіж, субфебрилітет, біль в лівому та правому підребер'ї, збільшення лімфовузлів. ЗАК: нейтрофільний лейкоцитоз, лімфоцитопенія, анемія, збільшена ШЗЕ. Біопсія л/вузла поліморфноклітинні гранулеми, клітини Березовського-Штернберга. Ваш діагноз

+Лімфогранулематоз

-Хронічний лімфолейкоз

-Хронічний мієлолейкоз

-Гострий лейкоз

-Мієломна хвороба

?

У хворого після прийому бісептолу з'явилась олігурія, жовтяниця з вираженою блідістю шкіри та слизових оболонок, збільшилась селезінка,. ЗАК: Ер. $-2,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 60 г/л, К. п. 0,62, Le- $14 \times 10^9/л$, ретикулоцити 24‰. Непрямий білірубін в сироватці крові 35 мкмоль/л. Сеча та кал темного кольору, підвищений рівень стеркобіліну. Який діагноз є найбільш ймовірним у даного хворого?

+Гемолітична анемія

-Токсичний гепатит

-Гострий лейкоз

-Апластична анемія

-Обтураційна жовтяниця

?

Хворий В., 57 р. скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, задишку, печію язика. Об-но: шкіра бліда, склери субіктеричні. Тони серця глухі, систолічний шум на верхівці. ЧСС 110/хв. Язик червоний, гладкий. В крові: ер. $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb 100 г/л, КП 1,4; Le $4,2 \times 10^9/л$; кільця Жоллі, пойкилоцитоз, ШЗЕ 20 мм/год., білірубін 28 мкмоль/л. ЕФГДС: атрофічний гастрит. Призначення якого з наведених препаратів є найбільш доцільним в даному випадку?

+Ціанокобаламін

-Фероплекс

-Преднізолон

-Глоберон

-Вітамін В₆

?

Жінка 35 років скаржиться на загальну слабкість, роздратованість, сухість шкіри, ламкість нігтів, випадіння волосся. Об-но: шкіра та видимі слизові бліді, Рс 96/хв., АД 100/60 мм рт. ст. У крові: Hb 70 г/л, ер. $3,4 \times 10^{12}/л$, КП 0,7, рет. 2%, Le $4,7 \times 10^9/л$, е 2%, п 3%, с 64%, л 26%, м 5%, ШЗЕ 15 мм/хв. Сироваткове залізо 7,3 мкмоль/л, загальний білок 70 г/л. Дефіцит якого із факторів зумовив виникнення захворювання?

+Заліза

- Вітаміну В₆
- Вітаміну В₁₂
- Кобальту
- Фолієвої кислоти

?

Хворий, 18 років, поступив у приймальне відділення зі скаргами на тривалу кровотечу із лунки екстрагованого зуба. Раніше відмічав підвищену кровоточивість при пошкодженнях, набряки суглобів. Дід по материнській лінії мав невстановлений геморагічний діатез. При обстеженні в аналізі крові: еритроцити $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 90 г/л, кольоровий показник 0,8, тромбоцити $400 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцити $7,5 \times 10^9/\text{л}$, юні 1%, паличкоядерні 5%, сегментоядерні 64%,

лімфоцити 30%, ШЗЕ 12 мм/год. Час згортання крові по Лі-Уайту 14 хвилин. Фібриноген 3 г/л, протромбіновий індекс 90%. Яку коагулопатію слід запідозрити у пацієнта?

- +Гемофілія А
- Гемофілія В
- Гемофілія С
- ДВЗ синдром
- Передозування антикоагулянтами

?

Чоловік 28 років скаржиться на підвищену пітливість. 2 місяці тому помітив збільшення підщелепного лімфатичного вузла; декілька разів відмічав підвищення температури. Об'єктивно: температура 36,8 °С, ЧДР 16/хв., пульс 78/хв., АТ 115/75 мм рт. ст. Лімфовузли підщелепні та шийні збільшені, рухливі, щільно-еластичні, не спаяні із шкірою, безболісні. В крові: Hb 110 г/л, еритроцити $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити $10,3 \times 10^9/\text{л}$; е. - 7%; п. - 9%; с. - 68%; л. - 14%; м. - 2%; тромбоцити $180 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 25 мм/год. Біопсія лімфатичного вузла: клітини Березовського-Штернберга. Проявом якого захворювання найбільш імовірно є лімфаденопатія у хворого?

- +Лімфогранулематозу
- Лімфосаркоми
- Хронічного лімфолейкозу
- Гострого лімфобластного лейкозу

-Інфекційного мононуклеозу

?

Хворий 55 років скаржиться на головний біль, запаморочення, свербіння шкіри, кровоточивість з ясен. Об'єктивно: шкіра з червоно-ціанотичним відтінком, спленомегалія. Аналіз крові: Ер. $7,5 \times 10^{12}/л$, Нь 206г/л, КП 0,95, Л $10,3 \times 10^9/л$, ШЗЕ 2 мм/год. Ваш діагноз?

+Еритремія

-Мієломна хвороба

-Гострий мієлолейкоз

-Лімфогранулематоз

-Хронічний мієлолейкоз

?

Хвора 18 років скаржиться на слабкість, запаморочення, напади серцебиття, мерехтіння перед очима. Об'єктивно: блідість шкіри ламкість волосся, нігтів, на

ЕКГ екстрасистолія. Аналіз крові: Ер. $2,8 \times 10^{12}/л$, Нь 98 г/л, КП 0,7,анізоцитоз,пойкілоцитоз, ШЗЕ 4 мм/год. Ваш діагноз?

+Залізодефіцитна анемія

-Міокардит

-Гемолітична анемія

-НЦД

-Гостра ревматична лихоманка

?

Хворий 55 років скаржиться на біль у грудині, поперековому відділі хребта, ребрах. Анамнестично: патологічний перелом кісток правої гомілки. У крові- загальний білок-110г/л, позитивний М-градієнт. У сечі-блок Бенс-Джонса. Ваш діагноз?

+Мієломна хвороба

-Остеохондроз

-Стенокардія напруги 2ФК

-Гломерулонефрит

-Невралгія

?

Хворий 60 років скаржиться на слабкість, втомлюваність, парестезії в кінцівках. З анамнезу-3 роки тому переніс резекцію шлунку в зв'язку з виразковою хворобою. Об'єктивно: язик малинового кольору, „шліфований”, шаткість в позі Ромберга. Аналіз крові: Ер. $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb 96г/л, КП 1,3 макроцитоз. Ваш діагноз?

+В12 дефіцитна анемія

-Залізодефіцитна анемія

-Гемолітична анемія

-Метастази раку шлунку в печінку

-Пухлина мозку

?

У хворого 18 років гематомний тип кровоточивості. Тромбоцити 350 Г/л. ПТІ-85/%; час рекальцифікації плазми 100 с, фібриноген 8,6 г/л. Фібринолітична активність 200 хв., толерантність плазми до гепарину 6 хвилин. Час згортання крові за Бюркером-початок 18 хв., кінець 28 хв. Тривалість кровотечі за Дюком- 4хвилини, індекс ретракції- 0,45. Який механізм геморагічного діатезу у даному випадку?

+Порушення внутрішнього механізму згортання

-Враження стінок мікросудин імунними комплексами

-Порушення тромбоцитарного гемостазу

-Телеангіектазії

-Порушення функції печінки з геморагічним ускладненням

?

У підлітка 15 років через 5 годин після екстракції зуба посилилась кровотеча з лунки. У дитинстві відмічалася кефало-гематома, носові кровотечі, гематоми у області черепа та стегон. Який діагноз у даному випадку найбільш вірогідний?

+Гемофілія

-Тромбоцитопенічна пурпура

-Хвороба Шенлейн-Геноха

-ДВЗ

-Хвороба Рандю-Ослера

?

Вагітна, 24 років, поступила зі скаргами на загальну слабкість, задуху, серцебиття при фізичному навантаженні, головокружіння. В анамнезі 2 родів, дана вагітність третя, терміном 36 тижнів. При огляді шкірні покриви бліді, АТ 110/70 мм рт. ст., рІ 86 уд./хв; ритмічний, вислуховується слабкий систолічний шум на верхівці, печінка та селезінка не побільшені. Лабораторні обстеження: НЬ

80 г/л, еритроцити $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, ретикулоцити 5‰, колірний показник 0,8, гематокрит 0,3, пойкилоцитоз, анізоцитоз, сироваткове залізо 9 мкмоль/л. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

+Залізодефіцитна анемія

-Недостатність мітрального клапану

-Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу

-Гемолітична анемія

-Гемоглобінопатія

?

Хворий, 18 років, доставлений в стаціонар з приводу кровотечі з рота після екстракції зуба. В анамнезі при порізах довготривалі кровотечі, у діда по материнській лінії відмічалась схильність до кровоточивості. Ан. крові: ер. $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ 80 г/л, лейкоц. - $4,1 \times 10^9/\text{л}$, е. -1%, п. -3%, с. -63%, л. -28%, м. -5%, тромбоцити $320 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 20 мм/год. Ваш діагноз

+Гемофілія А

-Хвороба Верльгофа

-Агранулоцитоз

-Апластична анемія

-Гострий лейкоз

?

Хворому С., 45 років, з групою крові A(B)Rh(-) та гемотрансфузіями в анамнезі з приводу постгеморрагічної анемії перелили 200 крові A(B)Rh(+). Під час гемотрансфузії з'явилися: озноб, біль в попереку, за грудиною, нудота. Об'єктивно: шкіра бліда, холодна, волога, дихання шумне з утрудненим видихом. Пульс 110 уд/хв., АТ-80/60 мм рт. ст. Виділилася сеча чорного кольору. Яке ускладнення виникло у хворого?

+Гемолітичний шок

- Гіпотонічний криз
- Анафілактичний шок
- Кардіогенний шок
- Гостра ниркова недостатність

?

Хворий 43 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,6 °С, пітливість, шкірну сверблячку. Пальпуються шийні, пахвові, пахвинні лімфатичні вузли, розмірів до лісового горіха, щільні, безболісні, рухомі. Ан. крові: Hb 136 г/л, ер. - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $10,0 \times 10^9$ /л, баз. 0%, еоз. 6%, нп 10%, нс 65%, лімф. 14%, мон. 3%, ШЗЕ 58 мм/год. Діагностичні припущення?

- +Лімфогранулематоз
- Хронічний лімфолейкоз
- Гострий лейкоз
- Сепсис
- ВІЛ-інфекція

?

Хворий, 24 років, звернувся до лікаря виявивши в себе збільшені підщелепні лімфовузли. При подальшому обстеженні лікарем виявлені збільшені під пахвові та пахові лімфатичні вузли. На рентгенограмі органів грудної клітки збільшені лімфовузли середостіння. В аналізі крові: еритроцити $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 100 г/л, кольоровий показник 0,88, тромбоцити 190×10^9 /л, лейкоцити $7,5 \times 10^9$ /л, еозинофіли 8%, паличкоядерні 2%, сегментоядерні 67%, лімфоцити 23%, ШЗЕ 22 мм/год. Яке дослідження показане для верифікації причини лімфаденопатії?

- +Відкрита біопсія лімфатичних вузлів
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

- Томографія середостіння
- Пункційна біопсія лімфатичних вузлів
- Стернальна пункція
- ?

Чоловік, 35 років, скаржиться на швидко зростаючу слабкість, серцебиття, "метелики" перед очима, запаморочення. В анамнезі: пептична виразка шлунку. Об'єктивно: шкіра бліда. В легенях везикулярне дихання. Над верхівкою серця систолічний шум, пульс – 100 уд/хв., АТ-100/70 мм рт. ст. Пальпаторно незначна болючість в епігастрії. Аналіз крові: Ер- $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб-100 г/л, КП-0,95. Який характер анемії в даному випадку?

- +Постгеморагічна анемія
- Сідеробластна анемія
- Хронічна залізодефіцитна анемія
- Гемолітична анемія
- Гіпопластична анемія
- ?

Хворий скаржиться на кровоточивість ясен, підвищення температури тіла до 38 °С, виражену загальну слабкість. Хворіє 2 тижні. Об'єктивно: крововиливи на шкірі, пальпуються збільшені підщелепні, аксілярні, пахові лімфовузли. Загальний аналіз крові: ер. $2,1 \times 10^{12}/л$, Нб 80 г/л, тромбоц. $120 \times 10^9/л$, лейкоц. $18,6 \times 10^9/л$, е 1%, п 2%, с 9%, л 5%, м 3%, бластні клітини 80%, ШЗЕ 36 мм/год. Який діагноз у хворого?

- +Гострий лейкоз
- Хронічний лейкоз
- Гемолітична анемія
- В₁₂ дефіцитна анемія
- Агранулоцитоз
- ?

Хворий Д., 19 років, з дитинства страждає на підвищену кровоточивість. Після незначних травм виникають масивні підшкірні та внутрішньом'язові гематоми (ін'єкції, удари). Мати та сестра здорові.

Фібриноген крові 4,0 г/л., тромбоцити крові 180×10^9 /л. Про яке захворювання можна думати у цьому випадку?

- +Гемофілія А
- Тромбоцитопенія
- Тромбоцитопатія
- Афібриногенемія
- Геморагічний васкуліт

?

Хворий М., 18 років, страждає на підвищену кровоточивість після незначних травм з раннього дитячого віку. Молодший брат також страждає на підвищену кровоточивість з випадками гемартрозу. Які з лабораторних досліджень є інформативними для уточнення діагнозу?

- +Термін зсідання крові
- Рівень фібриногену
- Ретракція кров'яного згустку
- Кількість тромбоцитів
- Визначення протромбінового терміну

?

У хворого на хронічний лімфолейкоз збільшилася загальна слабкість, з'явилась жовтяниця. Ер- $2,1 \times 10^{12}$ /л; Нб 65г/л; кольоровий показник-1,0;

ретикулоцити- 5%. Білірубін заг. - 80,3 мкмоль/л, некон'югований-65,3мкмоль/л. Який ведучий патогенез зниження гемоглобіну?

- +Автоімунний гемоліз
- Пригнічення еритроїдної гілки гемопоезу
- Дефіцит еритропоетину
- Дефіцит фолієвої кислоти
- Порушення порфіринового обміну

?

Хворий 68 років, скаржиться на загальну кволість, біль у кістках, м'язову слабкість, біль при пальпації кісток. В сечі білок до 3,0 г/л, рік тому переніс аденомектомію. На рентгенограмах черепа і тазу у кістках велика кількість дрібних округлих ділянок деструкції діаметром від 0,8 до 2,5 см. Який найбільш імовірний діагноз?

+Мієлома хвороба.

-Остеолітичні метастази у кістках

-Амілоїдоз нирок з нефротичним синдромом

-Гіперпаратиреоїдна остеодистрофія

-Хронічний гломерулонефрит з нефротичним синдромом

?

Хворий С., 64 роки, обстежувався в поліклініці для скерування на санаторно-курортне лікування. При обстеженні виявлено збільшені шийні, підпахвинні і пахвинні лімфовузли, печінка на 3 см нижче реберної дуги. Загальний аналіз крові: Ер. $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 120 г/л, лейкоцити $30 \times 10^9/л$, е-2%, п-1%, с-33%, л-60%, м-4%, ШЗЕ-20 мм/год. Ваш попередній діагноз?

+Хронічний лімфолейкоз

-Цироз печінки

-Хронічний мієлолейкоз

-Туберкульозний лімфаденіт

-Лімфогранулематоз

?

Хвора С., 43 років, скаржиться на слабкість, біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 39 °С. Об'єктивно: шкіра бліда, Поодинокі синці на стегнах. Некротичні зміни на мигдаликах. Стерналія. Печінка не збільшена. Селезінка виступає на 3 см з підреб'я. В крові: ер- $2,0 \times 10^{12}/л$, Hb-70 г/л, тр- $40 \times 10^9/л$, лей- $28,8 \times 10^9/л$, Бласти 60%, п-1%, с-10%, л-29%. ШЗЕ- 60 мм/год. Ваш діагноз:

+Гострий лейкоз

-Хронічний мієлолейкоз

-Гіпопластична анемія

-Хронічний лімфолейкоз

-Тромбоцитопенічна пурпура

?

Чоловік 68 років скаржиться на втомлюваність, пітливість, збільшення шийних, підщелепних та пахвових лімфовузлів. В крові: лейкоц. $35 \times 10^9/\text{л}$, з них лімфоцитів 60%, тільки Боткіна-Гумпрехта; рівень гемоглобіну та кількість тромбоцитів у межах норми. Який діагноз найбільш імовірно у хворого?

+Хронічний лімфолейкоз

-Хронічний мієлолейкоз

-Лімфогранулематоз

-Гострий лімфолейкоз

-Туберкульозний лімфаденіт

?

Жінка 26 років скаржиться на загальну слабкість, підвищену ламкість нігтів, випадіння волосся. Об'єктивно: пульс 94/хв, АТ- 110/70 мм рт. ст. . Шкіра бліда. У крові: Нб- 90 г/л, Ер. - $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, КП 0,7, ШЗЕ 20 мм/год. Сироваткове залізо 8,7мкмоль/л. Яке призначення доцільно зробити цій хворій?

+Препарати заліза per os

-репарати заліза парентерально

-Вітамін В₁₂ в/м

-Переливання цільної крові

-Переливання еритроцитарної маси

?

Чоловік 32 років відмічає загальну слабкість, лихоманку. Хворіє понад 2 місяців, хворобу пов'язує з ангіною. Об'єктивно: температура 38,9 °С, ЧДР 24/хв., пульс 110/хв., АТ 100/65 мм рт. ст. Шкіра бліда, геморагічний сип на кінцівках, збільшені пахвові лімфовузли. В крові: Нб- 70 г/л; ер. - $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоц. - $3,5 \times 10^9/\text{л}$; бластні клітини 32%; метамієлоцити 1%; е - 1%; п - 3%; с 35%; л- 20%; м- 8%; тромбоцити $35 \times 10^9/\text{л}$; ШЗЕ 47 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

+Гострий лейкоз

- Хронічний лімфолейкоз
- Апластична анемія
- Хронічний мієлолейкоз
- Тромбоцитопенічна пурпура

?

Хворий 57 років скаржиться на болі в поперековій ділянці, кістках таза, пітливість, схуднення за останні місяці. При обстеженні в крові анемія, незначна тромбоцитопенія, ШЗЕ 70 мм/год. При рентгенологічному обстеженні деструктивні зміни в кістках черепа, у тілах поперекових хребців L₃-L₄. В аналізах сечі протеїнурія, осад без патології. Який найбільш вірогідний діагноз?

- +Мієломна хвороба
- Деформуючий спондиліоз
- Хвороба Бехтерева
- Метастази раку в кістки
- Хронічний гломерулонефрит

?

Хворий 60 років скаржиться на задишку. Впродовж багатьох років хворіє хронічним бронхітом. Об'єктивно: виражений дифузний ціаноз. Ожиріння. АТ- 180/110 мм рт. ст. В легенях розсіяні сухі хрипи. Пальпуються збільшені печінка та селезінка. Нb- 180 г/л, ер. - 6,6 x10¹²/л, лейкоц. - 12 x10⁹/л, тромбоц. - 520 x10⁹/л, ШЗЕ 2 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- +Еритремія. Хронічний бронхіт
- Гіпертонічна хвороба. Симптоматичний еритроцитоз
- Хронічний бронхіт. Симптоматичний еритроцитоз
- Синдром Піквіка. Симптоматичний еритроцитоз
- Хронічний мієлолейкоз. Хронічний бронхіт

?

Жінка 60 років На протязі останнього року стала відчувати слабкість, запаморочення, швидку втомлюваність. останнім часом задишка, парестезії. Шкіра та слизові оболонки бліді з іктеричним відтінком. Сосочки язика згладжені. Печінка, селезінка у реберної дуги. Аналіз

крові: гемоглобін -70 г/л; еритроцити – $1,7 \times 10^{12}$ /л; КП 1,2; макроцити. Призначення якого препарату є патогенетично обґрунтованим:

+Вітамін В12

-Вітамін В₆

-Аскорбінову кислоту

-Препарати заліза

-Вітамін В₁

?

У хворого С., 68 років, при огляді виявлено атрофію сосочків язика, іктеричність склер, спленомегалію, симетричні парестезії, при ФГДС виявлено атрофічний гастрит, при Рн-метрії – ахлоргідрію. В аналізі крові: анемія, макроцитоз. Яким дослідженням можливо підтвердити діагноз:

+Стернальна пункція

-УЗД черевної порожнини

-Консультація невролога

-Визначення заліза сироватки крові

-Пункція селезінки

?

У хворого К., 18 років, після екстракції зуба почалась рясна кровотеча. Придетальному зборі анамнезу було з'ясовано, що пацієнт страждає на гемофілію А. Якої невідкладної допомоги потребує хворий:

+Кріопреципітат

-Аскорутин

-Амінокапронова кислота

-Хлорід кальцію

-Вікасол

?

Хвора Л., 23 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38 °С, появу підшкірних крововиливів. Лікар діагностував апластичну анемію. Який із нижче перерахованих симптомів буде спостерігатися у хворої:

- +Лейкопенія
- Спленомегалія
- Лімфаденія
- Гепатомегалія
- Гіпертромбоцитоз
- ?

Хвора З., 68 років, скаржиться на біль в кістках, субфебрильну температуру тіла, схуднення. При обстеженні визначається помірна нормохромна анемія, ШЗЕ-55 мм/год, протеїнурія-0,99 г/л. Який із методів дослідження є найменш інформативним для уточнення діагнозу:

- +Стернальна пункція
- Визначення загального протеїну
- Визначення білкових фракцій
- Рентгенографія кісток
- Визначення рівня заліза сироватки
- ?

У хворого С., 68 років, при огляді виявлено іктеричність склер, гепатоспленомегалію, симетричні парестезії, при додатковому дослідженні - атрофічний гастрит з ахлоргідрією. Яка ознака суперечить клініці описаного стану:

- +Макроцитоз
- Гюнтеровський глосит
- Тромбоцитопенія
- Мікроцитоз
- Гіперсегментація ядр нейтрофілів
- ?

Для якого із перерахованих нижче захворювань характерні такі гематологічні показники: виражена анемія, лейкопенія, нейтропенія, наявність в кістковому мозку 15% плазматичних клітин:

- +Множинна мієлома

- Гостра лейкемія
- Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Лімфома Ходжкіна

?

У 23-річного чоловіка, який хворіє на гостру мієлоїдну лейкемію, з'явилися масивні підшкірні крововиливи, носова кровотеча. В аналізі крові - виражена анемія, тромбоцитопенія, 30% бластів. Якої невідкладної допомоги потребує хворий:

- +Переливання тромбоконцентрату
- Продовження поліхіміотерапії
- Переливання еритроцитарної маси
- Введення препаратів заліза
- Введення вікасолу

?

У хворого 36 р. скарги на болі в грудній клітці. Об'єктивно: стан важкий, синдром інтоксикації. Т - 38,4 °С, П - 88 за 1 хв. Збільшені підщелепні

лімфовузли, болючі. Дихання ослаблене везикулярне, справа в нижній долі вислуховуються крепітація та різнокаліберні хрипи. В крові: Е - $3,0 \times 10^{12}/л$, Нb - 100 г/л, тромб - $180 \times 10^9/л$, L - $12 \times 10^9/л$, бласти - 2%, про мієлоцити - 3%, мієлоцити

- 5%, мета мієлоцити - 10%, п - 15%, с - 65%. ШЗЕ- 35 мм/год. Токсична зернистість нейтрофілів та дегенеративні зміни в них. Який характер змін у периферичній крові?

- +Лейкемоїдна реакція по мієлоїдному типу
- Мієлопроліферативний процес
- Біцитопенія
- Бластна трансформація
- Гіперлейкоцитоз

?

Хворий К., 58 років, відмічає збільшення шийних, пахвових лімфатичних вузлів. При обстеженні: лімфовузли розміром 3х4см, безболісні, м'які, рухомі, шкіра над ними не змінена. Загальний аналіз крові: E- $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb-102 г/л, КП- 1,0; L- $235 \times 10^9/л$, е-2%, п-4%, с-12%, л-76%, м-6%, тільки Гумпрехта. Визначте вірогідний діагноз:

- +Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Реактивний лімфаденіт
- Лімфома Ходжкіна
- Злоякісна лімфома
- Метастази рака в лімфатичні вузли
- ?

63-річний учасник ліквідації аварії на ЧАЕС, скаржиться на немотивовану слабкість, відчуття розпирання в лівому підребер'ї. Вважає себе хворим протягом року. Об'єктивно: шкірний покрив блідий, печінка + 3см, селезінка +10 см. В аналізі крові: E- $3,1 \times 10^{12}/л$, Hb-100 г/л, L- $200 \times 10^9/л$, еозинофіли-6%, базофіли-3%, бласти-2%, промієлоцити-10%, мієлоцити-18%, п/я-27%, с/я-10%, л-12%, м-2%, ШЗЕ-40 мм/год. Який діагноз є найімовірнішим:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Гемолітична анемія
- Цироз печінки
- Гостра лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- ?

Хвора Л., 30 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищену ламкість нігтів, випадіння волосся, значні та тривалі менструації. Об'єктивно: блідість шкіри, ЧСС—90 за 1 хв., АТ-100/70 мм рт ст. Аналіз крові: E- $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb-90 г/л, КП-0,7; ШЗЕ-20 мм/год. Визначте попередній діагноз:

- +Залізодефіцитна анемія
- Вітамін B₁₂ дефіцитна анемія
- Апластична анемія
- Гостра лейкемія

-Фолієво-дефіцитна анемія

?

Хвора Ф., 50 років, скаржиться на свербіж шкіри після водяних процедур. Об'єктивно: шкіра червоного кольору, печінка + 2 см, селезінка + 4 см. Аналіз крові: E- $6,4 \times 10^{12}/л$, Hb-185 г/л, L- $10,0 \times 10^9/л$, e-5%, п-8%, с-56%, л-26%, м-5%, T- $525 \times 10^9/л$, ШЗЕ-1мм/год, гематокрит-72%. Яке дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу:

+Дослідження кісткового мозку, молекулярне дослідження (JAK2)

-Визначення вмісту B_{12} в крові

-Вміст лужної фосфатази крові

-Залізо сироватки крові

-УЗД органів черевної порожнини

?

Хвора Т., 36 років, звернулася до терапевта зі скаргами на біль у горлі, підвищення температури тіла до 39 °С. Об'єктивно: шкіра бліда, поодинокі синці на стегнах, некротичні зміни на мигдаликах, селезінка +3 см. Аналіз крові: E- $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb-57% г/л, L- $20,0 \times 10^9/л$, бласти - 26%, с-25%, л-42%, м-7%, T- $32,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ-60 мм/год. Яке дослідження треба провести для верифікації діагнозу:

+Стернальна пункція

-Мазок із зіву

-УЗД черевної порожнини

-Пункція селезінки

-КТ черевної порожнини

?

Хворий Л., 68 років, скаржиться на збільшення лімфатичних вузлів, пітливість. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді, пальпуються збільшені пахові та пахвинні лімфатичні вузли діаметром 2-3 см, м'які, неболючі, рухомі.

Розміри печінки за Курловим 18x14x13см. Аналіз крові: E- $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb-100 г/л, КП-0,8, L- $380 \times 10^9/л$, e-3 %, л-95%, м-2%, T- $190 \times 10^9/л$.

Визначте попередній діагноз:

- +Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Гостра лейкемія
- Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Лейкемоїдна реакція лімфоїдного типу
- Цироз печінки
- ?

Хвора А., 56 років, звернулася до лікаря зі скаргами на пітливість, схуднення, важкість в лівій половині живота. Шкіра і слизові оболонки бліді. Пальпується велика селезінка і помірно збільшена печінка. Аналіз крові: Е- $3 \times 10^{12}/л$, Нb-90 г/л, L- $240 \times 10^9/л$, еозинофіли-9%, базофіли-6%, мієлобласти-4%, промієлоцити-3%, мієлоцити-23%, метамієлоцити-16%, п-15%, с-12%, л-7%, м- 5%, ШЗЕ-40 мм/год. Визначте попередній діагноз:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Гостра лейкемія
- Лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу
- Цироз печінки
- ?

Хвора О., 50 років, скаржиться на загальну слабкість, затерплість нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіра бліда, печінка + 2 см. Аналіз крові: Е- $2,3 \times 10^{12}/л$, Нb-95 г/л КП-1,3, L- $2,4 \times 10^9/л$, п-2%, с-53%, л-40%, м-5%, ШЗЕ-34 мм/год, макроцитоз, гіперсегментація нейтрофілів. Яке дослідження треба провести для верифікації діагнозу:

- +Стернальна пункція
- УЗД черевної порожнини
- Вміст вітаміну В₁₂ в крові
- Залізо сироватки крові
- Пункція печінки
- ?

Хворий Г., 58 років, скаржиться на головний біль, запаморочення. Об'єктивно: шкіра плеторична, ЧСС-82 за 1 хв, АТ-180/90 мм рт ст.,

печінка та селезінка помірно збільшені. Аналіз крові: $E-8,0 \times 10^{12}/л$, $Hb-220$ г/л, $KП-1,0$; $L-$

$11,5 \times 10^9/л$, $T-560 \times 10^9/л$. Яке дослідження необхідно провести для діагностики захворювання:

+Стернальна пункція

-ЕхоКГ

-УЗД черевної порожнини

-Залізо сироватки крові

-Визначення гематокриту

?

Хвора М., 52 р., скаржиться на слабкість, задишку, печіння в язиці, оніміння в кінцівках, субфебрилітет. Об'єктивно: блідість, гомілки пастозні. При перкусії грудина болюча. $P-140$ за хв., $AT-130/80$ мм рт.ст. Cor - тони ослаблені, на верхівці – систолічний шум. Язик малиновий, „лакований”. Печінка + 2 см, селезінка + 1 см. В аналізі крові: $E-2,0 \times 10^{12}/л$, $Hb-60$ г/л, $L-2,5 \times 10^9/л$, $e-1\%$, $p-5\%$, $c-57\%$, $л-36\%$, $m-1\%$, $ШЗЕ-62$ мм/год, мегалобласти, кільця Кебота, Жоллі, гіперхромазія. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Вітамін B_{12} -дефіцитна анемія

-Гемолітична анемія

-Апластична анемія

-Залізодефіцитна анемія

-Сидероахрестична анемія

?

Хворий Т., 45 років, скаржиться на загальну слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у правому підребер'ї. Протягом 10 років зловживає алкоголем. Об'єктивно: зниженого харчування, шкірний покрив блідий з жовтяничним відтінком, систолічний шум над усіма аускультативними точками, печінка + 6 см, селезінка + 2 см. В крові: $E-1,8 \times 10^{12}/л$, $Hb-75$ г/л, $KП-1,3$; $L-3,5 \times 10^9/л$, $e-3\%$, $p-4\%$, $c-65\%$, $л-21\%$, $m-7\%$; $T-110 \times 10^9/л$, $ШЗЕ-50$ мм/год. Який діагноз є найімовірнішим:

+Фолієво-дефіцитна анемія

-Вітамін B_{12} -дефіцитна анемія

-Гіпопластична анемія

-Цироз печінки

-Автоімунна тромбоцитопенія

?

35-річна жінка, яка протягом двох років лікується у терапевта з приводу НЦД і у гінеколога з приводу менорагій, скаржиться на м'язову слабкість,

зниження пам'яті, субфебрильну температуру. Загальний аналіз крові: $E-3,5 \times 10^{12}/л$, $Hb-100$ г/л., $KП-0,7$, анізоцитоз, $L-3,8 \times 10^9/л$, $e-2\%$, $p-4\%$, $c-60\%$, $л-26\%$, $м-8\%$, $ШЗЕ-12$ мм/год, сироваткове залізо - $7,8$ мкм/л. Яке лікування треба призначити хворій:

+Препарати заліза per os

-Фолієву кислоту

-Препарати заліза в/в

-Вітаміни групи В

-Переливання еритроцитарної маси

?

За формулою крові: $E-1,3 \times 10^{12}/л$, $Hb-58$ г/л, $KП-1,3$, мегалобласти-2 на 100, ретикулоцити-0,2%, макроцитоз, $L-2,8 \times 10^9/л$, $e-3\%$, $p-5\%$, $c-49\%$, $л-37\%$, $м-6\%$, $T-100,0 \times 10^9/л$, $ШЗЕ-30$ мм/год сформулюйте попередній діагноз:

+Вітамін B_{12} дефіцитна анемія

-Залізодефіцитна анемія

-Апластична анемія

-Гостра лейкемія

-Агранулоцитоз

?

За формулою крові : $E-3,5 \times 10^{12}/л$, $Hb-110$ г/л, $L-330 \times 10^9/л$, базофіли-5%, еозинофіли-9%, промієлоцити-2%, мієлоцити-22% , метамієлоцити-21%, $p-15\%$, $c-12\%$, $л-8\%$, $м-6\%$; тромбоцити- $200,0 \times 10^9/л$, $ШЗЕ-45$ мм/год сформулюйте попередній діагноз:

+Хронічна мієлоїдна лейкемія

- Гостра лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Еритремія
- Множинна мієлома

?

Хворий Л., 35 р., скаржиться на слабкість, свербіж, субфебрилітет, біль в лівому та правому підребер'ї, збільшення лімфовузлів. Аналіз крові: нейтрофільний лейкоцитоз, лімфоцитопенія, анемія, збільшена ШЗЕ. Біопсія л/вузла: поліморфноклітинні гранулеми, клітини Березовського-Штернберга. Ваш діагноз?

- +Лімфома Ходжкіна
- Гостра лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Множинна мієлома

?

За формулою крові: $E-2,5 \times 10^{12}/л$, $Hb-68 г/л$, $KП-1,5$, мегалобласти-5 на 100, ретикулоцити-0,2% , $L-2,8 \times 10^9/л$, $e-3\%$, $p-4\%$, $c-45\%$, $л-33\%$, $м-5\%$, тромбоцити- $105 \times 10^9/л$, ШЗЕ-30 мм/год призначте додаткове дослідження, яке необхідно провести для підтвердження діагнозу:

- +Стернальна пункція
- УЗД печінки і селезінки
- Рентгенографія легень
- Дослідження вмісту вітаміну B_{12} в крові
- Дослідження вмісту заліза в сироватці крові

?

За указаною формулою крові: $E-2,8 \times 10^{12}/л$, $Hb-80 г/л$, $KП-0,8$, ретикулоцити-20%, $L-7,5 \times 10^9/л$, $e-2\%$, $p-4\%$, $c-54\%$, $л-37\%$, $м-3\%$, $T-200 \times 10^9/л$, ШЗЕ-35 мм/год, мікросфероцитоз призначте додаткове дослідження, яке необхідне для підтвердження діагнозу:

- +Дослідження осмотичної резистентності еритроцитів
- Стернальна пункція

- Дослідження вмісту вітаміну В₁₂ в крові
- Дослідження вмісту заліза в сироватці крові
- УЗД печінки і селезінки

?

Хвора К., 72 років, скаржиться на відразу до м'яса, втрату ваги на 12 кг за півроку. При огляді: шкірний покрив блідий, зліва над ключицею пальпується збільшений, малорухомий, щільний лімфовузол. Печінка + 4 см, щільна, малоболісна. Загальний аналіз крові: Е- $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb-78 г/л, L- $11,8 \times 10^9/л$, Т- $460 \times 10^9/л$, ШЗЕ-55 мм/год. Про яке захворювання можна думати:

- +Рак шлунку з mts
- Гостра лейкемія
- Вітамін В₁₂ дефіцитна анемія
- Фолієво-дефіцитна анемія
- Множинна мієлома

?

Хворий Г., 57 років, скаржиться на пронос, підвищення температури тіла до 37,5 °С, отерплість і поколювання в нижніх кінцівках. З приводу виразкової хвороби 4 роки тому була зроблена резекція шлунку. При огляді: шкірний покрив блідий, іктеричний, печінка +3 см, селезінка +2 см. Загальний аналіз крові: Е- $2,3 \times 10^{12}/л$, Hb-80 г/л, КП-1,2, L- $2,3 \times 10^9/л$, формула не змінена, Т- $140 \times 10^9/л$, ШЗЕ-45 мм/час, макроцитоз. Про яке захворювання може йти мова:

- +Вітамін В₁₂-дефіцитна анемія
- Залізодефіцитна анемія
- Рак шлунку
- Природжена гемолітична анемія
- Фолієво-дефіцитна анемія

?

Хвора З., 62 років, звернулась до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, свербіння шкіри після контакту з водою. Об'єктивно: шкіра обличчя червоно-синюшного кольору, АТ-180/90 мм рт.ст., селезінка + 4 см. Який діагноз є найімовірнішим:

+Справжня поліцитемія

-Алергійний дерматит

-Дерматоміозит

-Гіпертонічна хвороба

-Цироз печінки

?

Хворий Г., 57 років, скаржиться на періодичні проноси, підвищення температури тіла до 37,5 °С, отерплість і поколювання в кінцівках. З приводу виразкової хвороби 4 роки тому була зроблена резекція шлунка. При огляді: шкірний покрив блідий, іктеричний, печінка + 3 см, селезінка + 2 см. Загальний аналіз крові: Е - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нb - 80 г/л, КП - 1,3, L - $2,3 \times 10^9/л$, формула не змінена, Т - $140 \times 10^9/л$, ШЗЕ - 40 мм/час, макроцитоз. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу:

+Стернальна пункція

-УЗД печінки і селезінки

-ФГДС

-Дослідження білірубіну крові

-Рентгеноскопія шлунку

?

19-річний юнак скаржиться на різкий біль і припухлість в правому колінному суглобі, обмеження рухів в ньому, які виникли після незначної травми. В анамнезі – гемофілія А. При огляді визначається гемартроз колінного суглоба. В лікуванні слід використовувати:

+VIII фактор згортання крові, при відсутності – кріопреципітат

-Донорську кров (при прямому переливанні)

-Децинон

-Донорську кров (консервовану)

-Тромбоцитарну масу

?

44-річний чоловік поступив до інфекційного відділення з діагнозом фолікулярної ангіни. При огляді: температура тіла 38,6 °С, шкіра бліда,

пульс - 112 за 1 хв., АТ-90/60 мм рт. ст. В аналізі крові: E- $2,5 \times 10^{12}$ /л, Hb-90 г/л, КП- 0,8; L- $38,0 \times 10^9$ /л, бласти-68%, п-2%, с-5%, л-23%, м-2%, ШЗЕ-46 мм/год. Якого першочергового обстеження потребує хворий:

- +Стернальна пункція
- УЗД черевної порожнини
- Мазок із зеву
- Посів крові на стерильність
- Визначення феритину крові

?

28-річна жінка звернулась до лікаря зі скаргами на появу екхімозів після незначних травм або спонтанно. При огляді шкіра строката (свіжі і старі геморагії). на передній поверхні тулуба та кінцівках. В аналізі крові: T- 20×10^9 /л, у кістковому мозку збільшена кількість мегакаріоцитів і відсутнє відшнурування тромбоцитів. Яке найвірогідніше захворювання у жінки:

- +Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- Геморагічний васкуліт
- Хвороба Рандю-Ослера
- Гемофілія
- Системний червоний вовчак

?

У 55-річного чоловіка, хворого на B₁₂-дефіцитну анемію, поступово з'явилися симптоми фунікулярного мієлозу. У крові: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, підвищений колірний показник, ШЗЕ-40 мм/год;

гіпербілірубінемія за рахунок непрямого. Яка найімовірніша причина фунікулярного мієлозу:

- +Накопичення пропіонової та метилмалонової кислот
- Підвищений рівень білірубіну
- Тривала гіпоксія нервової системи
- Активация інфекції внаслідок лейкопенії
- Дефіцит харчування

?

У молодій жінки після вірусної інфекції з'явилися різкий біль у животі, пронос з домішками крові, біль у колінних суглобах, підвищення температури тіла. Об'єктивно: шкірний покрив блідий, мілкокрапкові висипання на шкірі гомілок, болючість товстого кишечника при пальпації. У крові: лейкоцитоз, збільшена ШЗЕ; у сечі: низька протеїнурія, мікрогематурія. Який діагноз є найвірогіднішим:

- +Геморагічний васкуліт
- Хвороба Крону
- Вузликовий поліартеріт
- Неспецифічний виразковий коліт
- Системний червоний вовчак
- ?

У хворого Ж., 57 років, після вірусної інфекції тривалий час зберігається субфебрилітет, турбує тяжкість у лівому підребер'ї. При обстеженні: шкіра бліда, селезінка + 6 см, печінка + 3 см. В аналізі крові: Е- $2,9 \times 10^{12}/л$, Hb - 90 г/л, КП 1,0; L- $540,0 \times 10^9/л$, еозинофіли-4 %, базофіли-3 %, бласти-34 %, мієлоцити-2 %, метамієлоцити-3 %, п/я-5 %, с/я-27 %, л-18 %, м-4 %, Т- $260 \times 10^9/л$, ШЗЕ-37 мм/год. Який діагноз можна запідозрити у хворого:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія, бластний криз
- Гостра мієлоїдна лейкемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Лімфома Ходжкіна
- Лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом
- ?

Хвора Ф, 29 років, яка протягом двох років лікувалась у гінеколога з приводу менорагій, скаржиться на підвищену втомлюваність, серцебиття при фізичних навантаженнях, неутримання сечі. Має бажання їсти крейду. В аналізі крові: Е- $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb-95г/л, L- $3,8 \times 10^9/л$, е-3 %, п/я-5 %, с/я-56 %, л-26%, м-6%,

ШЗЕ-24 мм/год., гіпохромія еритроцитів, анізоцитоз, пойкилоцитоз, сироваткове залізо-5,5 мкм/л. Яке лікування необхідно призначити хворій:

- +Препарати заліза per os

- Фолієва кислота
- Ціанокобаламін
- Аскорбінова кислота
- Переливання еритроцитарної маси

?

У хворого на хронічну лімфоїдну лейкемію збільшилась загальна слабкість, з'явилась іктеричність шкіри та склер. При обстеженні визначається: Hb-65г/л, ретикулоцити-5%, білірубін загальний-80,3 мкмоль/л, некон'югований-65,3 мкмоль/л. В аналізі сечі підвищений уробілін. Пряма проба Кумбса позитивна. Який патогенетичний механізм спричинив поглиблення анемії:

- +Автоімунний гемоліз
- Мієлофіброз
- Пригнічення еритроїдної ланки гемопоезу
- Дефіцит фолієвої кислоти
- Порушення порфіринового обміну

?

Вагітна 18 років (20 неділь) скаржиться на слабкість, задишку при фізичному навантаженні. В жіночій консультації раніше не спостерігалась. Об'єктивно: шкіра бліда з лимонним відтінком, обличчя одутле, язик - яскраво- червоного кольору, печінка + 3 см. В аналізі крові: E- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Hb-88г/л, КП-1,3; L- $3,8 \times 10^9$ /л, T- $130,0 \times 10^9$ /л; e-3 %; п/я-4 %; с/я-52 %; л-36 %; м-5 %; макроцитоз, ШЗЕ-28 мм/год. Якому діагнозу відповідає дана клінічна картина:

- +Фолієво-дефіцитна анемія
- Залізодефіцитна анемія
- В₁₂-дефіцитна анемія
- Гостра лейкемія
- Гепатит

?

?

Хворий В., 47 років, госпіталізований у клініку зі скаргами на виражену слабкість, підвищення температури тіла до 39,2 °С, біль у горлі. При обстеженні: в аналізі крові - анемія, тромбоцитопенія, лейкоцитоз з "лейкемічним провалом", бласти-34 %, ШЗЕ- 40 мм/год. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу:

- +Стернальну пункцію
- Коагулограму
- Рентгенографію кісток черепа
- Розгорнутий аналіз крові
- Посів із мигдаликів

?

Хвора В., 18 років, поступила зі скаргами на носову кровотечу, геморагічну висипку у вигляді петехій на шкірі нижніх кінцівок. Два тижні тому було зроблено щеплення проти грипу. В аналізі крові: E- $4,0 \times 10^{12}/л$, L- $6,7 \times 10^9/л$, T- $30,0 \times 10^9/л$, e-2%, п/я-4 %, с/я-54%, л-32 %, м-8 %. ШЗЕ-2 мм/год. Ваш попередній діагноз:

- +Автоімунна тромбоцитопенія
- Геморагічний васкуліт
- Гостра лейкемія
- Хвороба Рандю – Ослера
- Системний червоний вовчак

?

Хворий М., 68 років, скаржиться на загальну слабкість, біль у ребрах, поперековій ділянці. При обстеженні: помірна нормохромна анемія, загальний білок-107 г/л, добова протеїнурія - 5,0 г/добу. На рентгенограмах кісток черепа виявлені численні дрібні округлі вогнища деструкції діаметром від 0,8 до 2,0 см. Який діагноз можна запідозрити у даного пацієнта:

- +Множинна мієлома
- Остеолітичні метастази у кістки
- Амілоїдоз нирок з нефротичним синдромом
- Гіперпаратиреоїдна остеодистрофія
- Хронічний гломерулонефрит з нефротичним синдромом

?

У хворого С., 64 років, при обстеженні у поліклініці виявлено збільшення шийних, пахових та пахвинних лімфовузлів та печінки (+ 3 см). В аналізі крові: E- $3,1 \times 10^9$ /л, Hb-98 г/л, L- $500,0 \times 10^9$ /л, e-2 %, п/я-1 %, с/я-13%, л-80%, м-4 %, ШЗЕ-40 мм/год. Який вірогідний діагноз у хворого:

+Хронічна лімфоїдна лейкемія

-Хронічна мієлоїдна лейкемія

-Рак печінки

-Туберкульозний лімфаденіт

-Лімфома Ходжкіна

?

Хвора Г., 37 років, впродовж трьох місяців відмічає часті носові кровотечі та менорагії, появу синців на шкірі. Три дні тому після значної носової кровотечі з'явилися запаморочення, серцебиття. При огляді: на шкірі передньої поверхні тулуба та ніг - множинні петехії, поодинокі екхімози. В аналізі крові: E- $3,0 \times 10^9$ /л, Hb-100 г/л, КП-0,7; L- $5,3 \times 10^9$ /л, T- $40,0 \times 10^9$ /л, ШЗЕ-19 мм/год. Який попередній діагноз можна поставити:

+Автоімунна тромбоцитопенічна пурпура

-Апластична анемія

-Гемофілія

-Геморагічний васкуліт

-Залізодефіцитна анемія

?

У 26-річної пацієнтки визначається іктеричність шкіри, запаморочення, серцебиття, селезінка + 2,5 см. Сеча темна, кал темно-коричневого кольору. В аналізі крові нормохромна анемія, ретикулоцити-4 %. Реакція на уробілін різко позитивна. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу:

+Визначення осмотичної стійкості еритроцитів

-Визначення вмісту вітаміну B₁₂.

-Визначення сироваткового заліза

-Електрофорез білків сироватки крові

-Стернальна пункція

?

Хворий Е., 57 років, скаржиться на біль в поперековій ділянці, кістках таза, підвищення температури до 37,3 °С, схуднення. При обстеженні: анемія, ШЗЕ-70мм/год, загальний білок-110 г/л, помірна протеїнурія, осад без патології. При рентгенологічному обстеженні - деструктивні зміни в кістках черепа. Який найімовірніший діагноз:

+Множинна міелома

-Рак шлунку

-Хвороба Бехтерева

-Метастази пухлини в кістки

-Хронічний гломерулонефрит

?

У 65-річного чоловіка діагностована В₁₂-дефіцитна анемія, Через тиждень після призначеного лікування проведено контрольне обстеження периферичної крові. Який показник буде раннім критерієм для оцінки ефективності проведеної терапії:

+Збільшення кількості ретикулоцитів

-Підвищення рівня гемоглобіну

-Зниження колірного показника крові

-Нормобластичне кровотворення

-Збільшення кількості лейкоцитів

?

Хворий М., 20 років, пройшов черговий курс поліхіміотерапії з приводу гострої лімфобластної лейкемії. Має скарги на слабкість, випадання волосся. В аналізі крові: Е - $3,5 \times 10^{12}/л$, Нб - 105 г/л, КП-0,9; L- $4,2 \times 10^9/л$, Т- $120,0 \times 10^9/л$. Яка картина кісткового мозку може свідчити про ремісію:

+Вміст бластних клітин до 5 %

-Вміст бластних клітин до 15 %

-Вміст бластних клітин до 10 %

-Вміст бластних клітин до 1 %

-Відсутність бластних клітин

?

Хвора О., 62 років, підвищеного харчування, скаржиться на головний біль, запаморочення, давлучі болі в області серця при помірному фізичному навантаженні. Об'єктивно: обличчя і долоні гіперемовані, акцент другого тону на аортою, АТ- 170/104 мм рт. ст., печінка +3 см, селезінка +2 см. В аналізі крові: Е-

$6,2 \times 10^{12}/л$, Hb-186г/л, L- $11,2 \times 10^9/л$, ШЗЕ - 1 мм/год. На ЕКГ сплющення зубця Т у відведеннях V_1-V_4 . Який попередній діагноз можна поставити в даному випадку:

- +Справжня поліцитемія
- Хвороба Іценка – Кушинга
- Гіпертонічна хвороба II ступеню
- Вторинний еритроцитоз на тлі ожиріння
- Цироз печінки

?

18-ти річного юнака госпіталізовано зі скаргами на кровотечу з носу, яку невдається зупинити, і сильний біль у правому ліктьовому суглобі. Хворіє з раннього дитинства. Об'єктивно: ліктьовий суглоб збільшений у розмірах, гарячий напояти, колінні суглоби деформовані, рухи в них обмежені, ЧСС- 90/хв., АТ-105/70 мм рт. ст. В аналізі крові: Е- $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb-110 г/л, КР-0,7, L- $5,6 \times 10^9/л$, Т- $220,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ-14 мм/год. Час згортання крові за Лі-Уайтом-27 хв. Який із зазначених препаратів є найефективнішим для лікування даного хворого:

- +Фактор згортання крові
- Еритроцитарна маса
- Хлористий кальцій
- Амінокапронова кислота
- Вікасол

?

42-річний чоловік скаржиться на серцебиття, носові кровотечі. Об'єктивно: на шкірі кінцівок і тулуба петехіально-плямисті крововиливи, лімфовузли непальпуються, пульс - 116/хв., печінка не збільшена, селезінка не пальпується. В аналіз крові – панцитопенія. Про яке захворювання можна думати в першу чергу:

- +Апластична анемія
- Хвороба Верльгофа
- Гостра лейкемія
- Геморагічний васкуліт
- Гострий агранулоцитоз
- ?

63-річна жінка госпіталізована у гематологічне відділення зі скаргами на тиснучий біль за грудиною, задишку у спокої, парестезії ніг. Об'єктивно: температура тіла 37,6°C, склери субіктеричні, печінка + 2 см. В аналізі крові: E- $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-70 г/л, КП -1,3, L- $2,6 \times 10^9/\text{л}$, T- $132,0 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоцити-0,6%,

білірубін помірно підвищений за рахунок непрямого. В мієлограмі: мегалобластний тип кровотворення. Яким є найімовірніший діагноз:

- +Вітамін B12-дефіцитна анемія
- Фолієво-дефіцитна анемія
- Природжена гемолітична анемія
- Набута гемолітична анемія
- Залізодефіцитна анемія

?

В гематологічне відділення поступила хвора Т., 24 років зі скаргами на біль у поперековій ділянці і правому підребер'ї, різку слабкість. Тиждень тому перехворіла на грип. Об'єктивно: шкіра блідо-жовтянича, печінка +2 см, чутлива. У крові: E- $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-64 г/л, КП-0,9, L- $12,0 \times 10^9/\text{л}$; ретикулоцити-8 %, білірубін-38 мкмоль/л, переважно за рахунок непрямого, пряма проба Кумбса- позитивна. Який попередній діагноз:

- +Набута імунна гемолітична анемія
- Гіпопластична анемія
- Хвороба Маркіафаві – Мікеллі
- Природжена гемолітична анемія
- Хвороба Адісона – Бірмера

?

Хворий Ц., 34 років скаржиться на озноб, осалгії, носову кровотечу. Об'єктивно: t тіла-38,6 °С, шкіра бліда, пульс-120/хв., АТ-100/70 мм рт. ст. В аналізі крові: $E-2,7 \times 10^{12}/л$, $Hb-90$ г/л, КП - 0,9; $L-38,0 \times 10^9/л$, бласти-68%, п/я-2 %, с/я-8%, л-20 %, м-2 %, $T-25 \times 10^9/л$, ШЗЕ-46 мм/год. Яке захворювання слід запідозрити у хворого:

- +Гостра лейкемія
- Лейкемоїдна реакція
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Агранулоцитоз

?

63-річний чоловік звернувся зі скаргами на різку загальну слабкість, поганий апетит, схуднення, відчуття тяжкості в лівому підребер'ї. В аналізі крові: $E-3,4 \times 10^{12}/л$, $Hb-102$ г/л, КП-0,9; $L-190 \times 10^9/л$, баз-3%, еозинофіли-8%, бласти-1%, промієлоцити-2%, мієлоцити-2%, мієлоцити-13%, юні-12%, п/я-16%, с/я-31%, л- 9%, м-9 %, $T-240,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ-30 мм/год. Який попередній діагноз:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу
- Гостра лейкемія
- Еритромієлоз
- Хронічна лімфоїдна лейкемія

?

65-річний чоловік скаржиться на слабкість, задишку, оніміння нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіра бліда з субіктеричним відтінком, язик яскраво- червоний, печінка+3 см. При ФГДС - атрофія слизової оболонки. В аналізі крові: $E- 2,4 \times 10^{12}/л$, $Hb-66$ г/л, КП - 1,4, $L-2,8 \times 10^9/л$, е-2%, п/я -4%, с/я-50%, л-42 %, м- 5%, ретикулоттити-0,5 %, $T-120,0 \times 10^9/л$, макроцитоз, ШЗЕ-26 мм/год. Яке захворювання слід запідозрити у хворого:

- + B_{12} -дефіцитна анемія
- Гемолітична анемія

- Залізодефіцитна анемія
- Гіпопластична анемія
- Фолієво-дефіцитна анемія

?

35-річна жінка доставлена у клініку після втрати свідомості на вулиці. Скаржиться на різку слабкість, запаморочення. Об'єктивно: різка блідість шкіри, на шкірі передплічч та стегон крововиливи, лімфатичні вузли не збільшені, пульс-100/хв., АТ-90/60 мм рт. ст., печінка та селезінка не збільшені. В аналізі крові: Е- $1,5 \times 10^{12}/л$, Нb-42 г/л, КП-0,8, ретикулоцити-0,1% , L- $1,0 \times 10^9/л$, е-1%, п/я-1%. с/я- 45%, л-51%, м-2%, Т- $50,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ-45 мм/год. Який найвірогідніший діагноз:

- +Апластична анемія
- Хвороба Верльгофа
- Залізодефіцитна анемія
- Геморагічний васкуліт
- Постгеморагічна анемія

?

37-річний чоловік скаржиться на періодичні напади болю в правому підребер'ї, які з'явилися 2 роки тому, слабкість. З 16 років періодично відмічав іктеричність шкірних покривів. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки іктеричні, гепатоспленомегалія. В аналізі крові: Е- $2,4 \times 10^{12}/л$, Нb-84 г/л, КП-1,0, ретикулоцити-4 %, ШЗЕ-22 мм/год, осмотична резистентність еритроцитів знижена, мікросфероцитоз, білірубін непрямої-56 мкмоль/л, прямий-8,2 мкмоль/л. Який патогенез анемії у хворого:

- +Генетичний дефект мембрани еритроцитів
- Порушення структури молекули гемоглобіну
- Порушення структури або синтезу ланцюгів глобіну
- Вплив антитіл на еритроцити
- Токсичний гемоліз

?

48-річний чоловік після перенесеного 2 тижні тому грипу скаржиться на задишку, серцебиття. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки іктеричні, т

тіла- 37,8°C, пульс-120/хв., АТ-105/70 мм рт. ст., пальпується селезінка. В аналізі крові: E- $2,0 \times 10^{12}$ /л, Hb-70 г/л, КП-1,0, ретикулоцити-18 %, осмотична резистентність та середній діаметр еритроцитів в межах норми, білірубін загальний-76 мкмоль/л, непрямий-63 мкмоль/л. Який найвірогідніший діагноз

- +Автоімунна гемолітична анемія
- Хвороба Маркіафави – Мікеллі
- Спадковий мікросфероцитоз
- Доброякісна гіпербілірубінемія
- Жовчнокам'яна хвороба

?

Хвора П., 58 років, скаржиться на безпричинну появу синців на шкірі, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкірні покриви бліді, з численними крововиливами різної давнини, лімфатичні вузли незбільшені, пульс-100/хв., АТ-110/70 мм рт. ст. В аналізі крові: E- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Hb-92 г/л, КП-0,7, анізоцитоз, пойкилоцитоз, L- $10,0 \times 10^9$ /л, е-2 %, п/я-12%, с/я-68%, л- 11%, м-7%, ШЗЕ-12 мм/год. Який лабораторний показник з наведених доцільно визначити для уточнення діагнозу:

- +Вміст тромбоцитів
- Осмотична резистентність еритроцитів
- Вміст ретикулоцитів
- Час згортання крові
- Фібриноген

?

30-річна жінка вперше звернулась до лікаря зі скаргами на часті носові кровотечі, появу синців на тілі. Хворіє півроку. Після обстеження встановлено

діагноз ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури. З чого найдоцільніше почати лікування хворої:

- +Глюкокортикоїди
- Трансфузії концентрату тромбоцитів

- Цитостатики
- Імуноглобуліни
- Спленектомія

?

60-річна жінка протягом 4 років перебуває під наглядом лікаря-гематолога з приводу хронічної лімфоцитарної лейкемії. Останні 6 місяців двічі перенесла пневмонію. В аналізі крові: Е- $3,1 \times 10^{12}/л$, Нб-90г/л, КП-0,9, L- $160,0 \times 10^9/л$, е-1%, п/я-2 %, с/я-21 %, л-74%, м-2%, ШЗЕ-20 мм/год., загальний білок-60г/л, гамма-глобуліни-14%. Які зміни в крові найімовірніше сприяють розвитку ускладнень у хворой:

- +Гіпогамаглобулінемія
- Зниження гемоглобіну
- Підвищення лейкоцитів
- Підвищення лімфоцитів
- Гіпергамаглобулінемія

?

72-річний чоловік скаржиться на швидку втомлюваність, пітливість, які з'явилися два місяці тому. Об'єктивно: t-37,7°C, печінка +2 см, селезінка +8 см, щільні, чутливі. В аналізі крові: Е- $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб-110г/л, КП-1,1; L- $255 \times 10^9/л$, баз-7 %, е-9 %, промієлоцити-2%, мієлоцити-22%, метамієлоцити-20%, п/я-17%, с/я- 15%, л-8%, ШЗЕ-15 мм/год., Т- $250,0 \times 10^9/л$. Яке захворювання найвірогідніше обумовило такі зміни в крові:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Справжня поліцитемія
- Гостра мієлоїдна лейкемія
- Неходжкинська лімфома
- Лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу

?

60-річна жінка протягом року скаржиться на слабкість, швидку втомлюваність. Місяць тому приєдналися тяжкість у лівому підребер'ї, субфебрильна температура, втрата ваги. Об'єктивно: блідість шкірного

покрову, печінка +2 см, селезінка +7 см, щільні, помірно болючі. В аналізі крові: E-

$3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-110 г/л, КП-1,1, L- $280,0 \times 10^9/\text{л}$, бластні клітини-23%, баз 6-%, е-6%, мієлоцити-10%, п/я-19%, с/я-7%, л-19%, Т- $180 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ-32 мм/год. Який найвірогідніший діагноз:

+Хронічна мієлоїдна лейкемія, бластний криз

-Гостра мієлоїдна лейкемія

-Гостра лімфобластна лейкемія

-Хронічна лімфоїдна лейкемія

-Лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу

?

28-річна жінка скаржиться на слабкість, періодичне підвищення температури тіла до $39,0^\circ\text{C}$, пітливість у нічний час, схуднення.

Об'єктивно: шкіра бліда, пальпуються збільшені шийні, надключичні та пахові лімфатичні вузли розміром до 1,5-2 см, щільні, неболючі. В аналізі крові: E- $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-90 г/л, КП-0,8, L- $13,0 \times 10^9/\text{л}$, е-3 %, п/я -9 %, с/я -78 %, л-7 %, м-3 %, ШЗЕ-48 мм/год. З'явилася підозра на Лімфома Ходжкіна, призначена біопсія лімфовузлу. Наявність яких змін вірогідна при його дослідженні:

+Клітини Березовського – Штернберга

-Проліферація пролімфоцитів та лімфобластів

-Проліферація лімфоцитів, лімфобластів

-Проліферація пролімфоцитів та лімфоцитів

-Проліферація лімфоцитів та плазмоцитів

?

У 68-річної жінки в аналізі крові виявлені анемія та збільшена ШЗЕ.

Двічі за останні 1,5 роки були переломи кісток. Об'єктивно: блідість шкіри, болючість при перкусії ребер. В аналізі крові: E- $2,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-76 г/л, КП-0,9, L- $4,8 \times 10^9/\text{л}$, е-1%, п/я-4%, с/я-60%, л-28%, м-7%, ШЗЕ-76 мм/год., Т- $140 \times 10^9/\text{л}$. В аналізі сечі: білок-3,3 г/л, Л-6-8 у п/з, Е-8-10 у п/з. Проведення якого дослідження найдоцільніше для встановлення діагнозу:

+Стернальна пункція

-Сеча на білок Бенс-Джонса

- Біопсія нирок
- Екскреторна урографія
- Імуноглобуліни крові

?

28-річна жінка звернулась до лікаря зі скаргами на геморагії на передній поверхні тулуба та кінцівках, кровотечі з ясен. В аналізі крові: $T-20,0 \times 10^9/\text{л}$; у

кістковому мозку збільшена кількість мегакаріоцитів і відсутнє відшнурування тромбоцитів. Проведене лікування глюкокортикоїдами дало позитивний ефект. Яке захворювання було діагностовано у жінки?

- +Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- Геморагічний васкуліт
- Гемофілія А
- Хвороба Рандю – Ослера
- ДВЗ-синдром

?

28-річна хвора звернулася до терапевта зі скаргами на слабкість, запаморочення, носові кровотечі. Хворіє 4 місяці. Об'єктивно: в ділянці живота тастегон крововиливи розміром 1-2 см різного кольору. Печінка та селезінка не збільшені. В аналізі крові: $E-2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, $Hb-90\text{г}/\text{л}$, $KП-0,8$, залізо сироватки- $8,0\text{мкмоль}/\text{л}$, $L-4,2 \times 10^9/\text{л}$, $e-2$, $p/j-7\%$, $c/j-40\%$, $m-6\%$, $l-45\%$, $T-47,1 \times 10^9/\text{л}$, $ШЗЕ-27\text{ мм}/\text{год}$. Ваш попередній діагноз:

- +Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- Гемолітична анемія
- Хронічна залізодефіцитна анемія
- Хронічна лімфоїдна лейкемія
- Апластична анемія

?

Хворий А, 26 років, скаржиться на лихоманку, свербіння шкіри, пітливість вночі. Об'єктивно: t тіла- $38,6\text{ }^\circ\text{C}$ справа пальпуються збільшені, рухомі надключичні лімфовузли. Яке дослідження є найінформативнішим для встановлення діагнозу:

- +Пункція лімфовузла
- Білкові фракції крові
- Загальний аналіз крові
- Оглядова рентгенографія грудної порожнини
- Імунограма

?

У 28-річної хворої після самолікування грипу НПЗП та антибіотиками з'явилась виражена жовтяниця. При обстеженні виявлено збільшення печінки, олігурія, темне забарвлення сечі. Лабораторні дослідження: Е- $2,0 \times 10^{12}/л$, Нb- 60г/л, КП-0,9, L- $12 \times 10^9/л$ зі зсувом формули вліво, ретикулоцити-14%. В

сироватці крові визначається підвищення непрямої фракції білірубіну. Проба Кумбса позитивна. Про яке захворювання можна думати:

- +Автоімунна гемолітична анемія
- Гострий гломерулонефрит
- Апластична анемія
- Токсичний гепатит
- Гостра лейкемія

?

Хворий Ш, 73 років, звернувся до невролога зі скаргами на біль в поперековій ділянці. Лікарем встановлено діагноз радикуліту. Після проведеного фізіотерапевтичного лікування стан хворого не покращився. Після дообстеження на рентгенограмах кісток хребта і таза виявлено остеопороз та кісткові дефекти. В аналізі крові: помірна нормохромна анемія, в сечі- протеїнурія, загальний білок сироватки крові-97 г/л. Про яке захворювання слід думати:

- +Множинна мієлома
- Остеохондроз з радікулярним синдромом
- Синильний остеопороз
- Метастази у кістки
- Лімфома Ходжкіна

?

Хворий Ю, 18 років, поступив з кровотечею з різаної рани на долоні, яка тривала 2 доби. Значні кровотечі при порізах спостерігались з дитинства. Подібні явища відмічаються у двоюрідного брата по лінії матері. Шкірні покриви бліді, колінні та гомілковостопні суглоби збільшені, деформовані, рухи в них обмежені. Лабораторні дослідження: кількість тромбоцитів- $320,0 \times 10^9/\text{л}$, тривалість кровотечі за Дюке-3 хв. Який з наведених препаратів необхідно ввести хворому

+Кріопреципітат

-Гепарин

-Преднізолон

-Тромбоцитарна маса

-Глюконат кальцію

?

Хвора 41 року, скаржиться на біль у горлі, ребрах і грудині. Об'єктивно: температура тіла - $38,0^\circ\text{C}$, шкіра бліда, з наявністю петехій та синців, пульс 100/хв., незначна гепатоспленомегалія, на слизовій оболонці рота численні виразки з некротичними краями. В аналізі крові: E- $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-70 г/л, КП-0,9,

L- $28,0 \times 10^9/\text{л}$, бласти-78%, с/я-4%, л-13%, м-5 %, T- $17,5 \times 10^9/\text{л}$. ШЗЕ-60 мм/год. Який діагноз є найвірогіднішим:

+Гостра лейкемія

-Дифтерія

-Геморагічний васкуліт

-Хронічний гепатит

-Стоматит

?

Хворий Т, 62 років, скаржиться на постійний біль у грудині та попереку, загальну слабкість, задуху. На рентгенограмі хребта: клиноподібна деформація ThX, дифузний остеопороз більшості хребців. В аналізі крові: Hb-90 г/л, E- $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, L- $3,8 \times 10^9/\text{л}$, Tr- $170,0 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ-78 мм/год. Загальний протеїн крові- 110г/л. В сечі: білок-2,9 г/л, Л - 2-4, Е змінені, 4-6 в полі зору, циліндри гіалінові -до 2-4 в п/з. В мієлограмі-18% плазматичних клітин. Який найімовірніший діагноз:

+Множинна мієлома

- Компресійний перелом хребця
- Метастази пухлини в хребет
- Амілоїдоз нирок
- Гостра лейкемія

?

38-річна жінка, яка страждає на менорагії, скаржиться на мерехтіння "мушок" перед очима, запаморочення, ламкість нігтів, випадіння волосся. При обстеженні: шкіра бліда та суха, пульс - 100/хв., ритмічний. В аналізі крові: Е- $3,3 \times 10^{12}/л$, Нb-90г/л, КП-0,7, ретикулоцити-0,8%, L- $4,8 \times 10^9/л$, е-2%, п/я-3%, с/я- 62%, л-25%, м-10%, гіпохромія еритроцитів, мікроцитоз, сироваткове залізо - 4,2 мкмоль/л. Який діагноз є найімовірнішим:

- +Залізодефіцитна анемія
- Апластична анемія
- Гемолітична анемія
- Вітамін В₁₂-дефіцитна анемія
- Таласемія

?

Хвора Ф., 49 років, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, загальну слабкість, швидку втомлюваність, схуднення. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки помірно бліді, пульс-92/хв., ритмічний, печінка +4см, безболісна,

щільна, нижній край селезінки на рівні пупа. В аналізі крові: Е- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нb- 90г/л, КП-0,9, Л- $540,0 \times 10^9/л$, промієлоцити-10%, мієлоцити-13%, юні-11%, п/я- 28%, с/я-22 %, е-5 %, баз-4-%, л-4%, м-3%, Т- $345,0 \times 10^9/л$, ШЗЕ-38мм/год. Яка патологія найвірогідніше зумовлює таку картину:

- +Хронічна мієлоїдна лейкемія
- Лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу
- Синдром Бадда – Кіарі
- Цироз печінки

Хронічна лімфоїдна лейкемія

?

Хворий Р., 18 років, поступив у гематологічне відділення зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, відсутність апетиту. Об'єктивно: температура тіла – 38°C, шкіра бліда, пакети лімфовузлів на шиї розміром до 1 см, печінка +2 см, селезінка +3см, помірно болючі. В аналізі крові: E - $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 98г/л, L - $32 \times 10^9/\text{л}$, бласти - 31%, с/я - 28%, л - 39%, м - 2%, Т - $40,0 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 46 мм/год. При цитохімічному дослідженні кісткового мозку тест на мієлопероксидазу негативний. Яке захворювання можна запідозрити у хворого:

+Гостра лімфобластна лейкемія.

-Недиференційована лейкемія.

-Гостра мієлоїдна лейкемія.

-Хронічна лімфоїдна лейкемія.

-Хронічна мієлоїдна лейкемія.

?

Хворому М, 54 роки, скаржиться на слабкість, оніміння кінчиків пальців, хитку ходу. Об'єктивно: пульс - 95/хв., систолічний шум над верхівкою серця, АТ

115/70 мм рт. ст., язик яскраво-червоного кольору. В аналізі крові: E - $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 54 г/л, ретикулоцити - 0,1%, КП - 1,3, макроцитоз, L - $2,9 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 41 мм/год., Т - $220 \times 10^9/\text{л}$. Встановлено зниження рівня вітаміну B₁₂ в плазмі крові. Рівень фолієвої кислоти в межах нормальних значень. В кістковому мозку: мегалобластний тип кровотворення. Чи показана фолієва кислота при лікуванні цього пацієнта?

+Ні

-Показана у зв'язку з наявністю неврологічної симптоматики

-Показана у зв'язку з вмістом гемоглобіну нижче за 70 г/л

-Показана при підозрі на захворювання органів шлунково-кишкового тракту

Показана при наявності гіперсегментації нейтрофілів

?

У хворого С., 57 років, при обстеженні виявлено розповсюджений остеопороз хребців. В аналізі крові: E- $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-108г/л, Т- $145,0 \times 10^9/\text{л}$, L- $5,6 \times 10^9/\text{л}$, л-27 %, п/я-7 %, с/я-57 %, м-5 %, плазматичні клітини-24 %., ШЗЕ- 55мм/год. В аналізі сечі: білок-0,264 г/л. Загальний

білок крові-108 г/л. Яке дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу:

- +Дослідження кісткового мозку
- Визначити циркулюючі імунні комплекси
- Визначити рівень паратгормон
- Реакцію на пероксидазу у нейтрофілах
- Біопсію нирок

?

Хвора 37-ми років, хімік-технолог. Турбує поява синців на животі, стегнах, гомілкях після невеликих травм або без причини. Під час огляду виявлені численні дрібні та дещо більші синці, які місцями зливаються (від 1х1 до 4х5 см). Інших змін немає. Менструація триває до 7 днів. Селезінка не пальпується. В крові: Hb- 92 г/л, лейкоцити - 7, 2 10⁹/л, тромбоцити - 6 10⁹/л, швидкість осідання еритроцитів - 33 мм/год. Який патогенез даного захворювання?

- +Скорочення тривалості життя тромбоцитів
- Підвищення фібринолітичної активності
- Зниження рівня антигемофільного глобуліну
- Зниження рівня протромбіну крові
- Зниження рівня фібриногену

?

Хвора 64-х років скаржиться на загальну слабкість, шум у голові, захриплість голосу. Об'єктивно: блідість з жовтяничним відтінком, язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної і больової чутливості. Пульс 120/хв., артеріальний тиск - 80/50 мм рт.ст. Пальпується селезінка. У крові: Hb- 58г/л, еритроцити - 1,2*10¹²/л, лейкоцити - 2,8*10⁹/л, тромбоцити – 140*10⁹/л, швидкість осідання еритроцитів - 17 мм/год, анізоцитоз, поїкілоцитоз - виражені(++). Яке дослідження буде вирішальним у з'ясуванні генезу анемії?

- +Стернальна пункція
- Непряма проба Кумбса
- Пряма проба Кумбса

-Фіброгастроскопія

-Люмбальна пункція

?

Хворий 46-ти років скаржиться на свербіння шкіри, пітливість, особливо вночі, підвищення температури до 38,6°C. Об'єктивно: на шкірі грудей сліди розчухів, надключичні лімфовузли збільшені до 3 см, зі шкірою не спаяні. Який метод дослідження є найбільш доцільним?

+Біопсія збільшеного лімфовузла

-Загальний аналіз крові

-Оглядова рентгенографія грудної порожнини

-Імунограма

-Білки крові та білкові фракції

?

Хворий 31-го року звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення лімфовузлів зліва над ключицею. Біль у грудях та животі, свербіння шкіри вночі. Хворіє протягом року. Об'єктивно: пальпуються збільшені неболючі лімфовузли зліва в надключичній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В крові: Нb- 70 г/л, лейкоцити - $19,6 \cdot 10^9/\text{л}$, еоз.- 1%, пал.- 8%, с.- 83%, лімф.- 2%, мон.- 6%, швидкість осідання еритроцитів - 55 мм/год, тромбоцити – $58 \cdot 10^9/\text{л}$. На Рo-графії грудної порожнини у верхівці правої легені визначається інфільтрат, який контрастує з легеневою тканиною. Які дослідження найбільш доцільно провести для підтвердження діагнозу?

+Біопсія лімфовузла

-Трепанобіопсія

-Стернальна пункція

-Аналіз сечі на білок Бен-Джонса

-Рентгенологічне дослідження шлунку

?

Хворий 48-ми років скаржиться на кволість, пітливість, інтенсивне свербіння шкіри, хвилеподібну лихоманку, збільшення шийних і надключичних лімфовузлів. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових, шийні лімфовузли - рухомі, щільно-еластичні, розміром до 3 см, не болючі, не спаяні зі шкірою. У крові: еритроцити - $3,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нb- 100

г/л, лейкоцити – $14 \cdot 10^9/\text{л}$, еоз.- 6%, баз.- 3%, пал.- 11%, сегм.- 69%, лімф.- 7%, мон.- 4%, тромбоцити - $280 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів - 37 мм/год. Які морфологічні ознаки може бути знайдено при біопсії лімфовузла?

+Клітини Березовського-Штернберга

-Плазмоцити

-Тільця Гейнца

-Клітини Боткіна-Гумпрехта

-Тільця Меллорі

?

Пацієнтка 40-ка років хворіє на фіброміому матки. Протягом останніх 10 років зазначає тривалі рясні менструації. Скарги на слабкість, серцебиття, задишку під час фізичного навантаження, зниження працездатності. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, спостерігаються ламкість нігтів, зниження сили м'язів, атрофія сосочків язика. Частота серцевих скорочень - 96/хв. Систолічний шум на верхівці серця. Еритроцити - $2,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb- 70 г/л, КП- 0,7, ретикулоцити - 1,2, лейкоцити - $4,6 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити - $170 \cdot 10^9/\text{л}$. Яке захворювання може бути у пацієнтки?

+Хронічна постгеморагічна анемія

-Гіпопластична анемія

-Таласемія

-Залізодефіцитна анемія

-Гостра анемія

?

Хворий 39-ти років скаржиться на запаморочення, швидку втомлюваність. Три доби тому прооперований з приводу активної виразки дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею. Операція - вшивання кровоточивої виразки. Об'єктивно: шкірні покриви бліді. Артеріальний тиск - 100/60 мм рт.ст., пульс - 98/хв. В крові: еритроцити - $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb- 76 г/л, КП- 0,8, ретикулоцити - 8%, тромбоцити - $320 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцити - $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів - 20мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

+Гостра постгеморагічна анемія

- Гіпопластична анемія
- Нейроциркуляторна дистонія
- Гемолітична анемія
- В12-дефіцитна анемія

?

Хворий 55-ти років скаржиться на постійний біль у попереку, кістках тазу, загальну слабкість, пітливість, схуднення. Має апетит, хворіє протягом 6 місяців. Ро-дослідження кісток тазу: виражений остеопороз, множинні округлі деструкції до 1 см в діаметрі з чіткими контурами. Аналіз крові: еритроцити - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, швидкість осідання еритроцитів - 70 мм/год, тромбоцити – $120 \cdot 10^9/л$, загальний білок - 110 г/л. У сечі: білок - 7 г/л. Який попередній діагноз?

- +Мієломна хвороба
- Хвороба Бехтерева
- Хронічний попереково-крижовий радикуліт
- Рак шлунку з метастазами
- Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром

?

У хворої 45-ти років з мегалобластною анемією при ендоскопічному дослідженні з біопсією слизової оболонки шлунка виявлені атрофічні ділянки дифузного характеру в фундальній частині шлунка. Який провідний механізм розвитку даного захворювання?

- +Аутоімунний (антитіла до обкладочних клітин)
- H. pylori - інфекція
- Променеве ураження
- Хімічне ураження
- Застосування НПЗП

?

Жінка 54-х років звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість протягом 2-х місяців, шум у голові, осиплість голосу. У 34 роки перенесла субтотальну резекцію шлунка з приводу виразкової

хвороби. Фізикальне обстеження без особливостей. У загальному аналізі крові: Hb58 г/л, еритроцити $1,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити $2,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити $140 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів 17 мм/год, анізоцитоз, поїкілоцитоз виражені (++) . Який з наступних діагностичних методів буде найбільш доречно призначити пацієнці?

+Рівень ціанкобаламіну крові

-Непряма проба Кумбса

-Пряма проба Кумбса

-Фіброгастроскопія

-Рівень печінкових ферментів крові

?

У чоловіка 20-ти років невдовзі після екстракції зуба розпочалася сильна кровотеча. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на гемофілію А. При лабораторному дослідженні у загальному аналізі крові: еритроцити $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb98 г/л, кольоровий показник 0,92, лейкоцити $7,4 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити $240 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів 11 мм/год. Час кровотечі за Дюке 3 хв., час зсідання крові за Лі-Уайтом 20 хв. Яка фармакотерапія є найбільш ефективною для цього пацієнта?

+Рекомбінантний VIII фактор

-Еритроцитарна маса

-Рекомбінантний X фактор

-Рекомбінантний XI фактор

-Тромбоцитарна маса

?

Жінка 37-ми років звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, швидку стомлюваність, запаморочення, поганий апетит, утруднене ковтання їжі. В анамнезі під час вагітності 5 років тому у хворої відзначалося зниження гемоглобіну до 86 г/л. При лабораторному дослідженні в загальному аналізі крові: еритроцити $3,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb70 г/л, колірний показник 0,6, ретикулоцити 2%, лейкоцити $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$, е2%, п3%, с64%, лімф.26%, мон.5%, швидкість осідання еритроцитів 40 мм/год. Сироваткове залізо 6,3 мкмоль/л. Який діагноз є найбільш імовірним?

+Залізодефіцитна анемія

- Фолієводефіцитна анемія
- Аутоімунна гемолітична анемія
- Анемія Мінковського-Шоффара
- Гіпопластична анемія
- ?