

**Приклади тестових завдань для студентів 6 курсу.
Модуль 1 Сучасна практика внутрішньої медицини**

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Ознаки, що свідчать про ураження серця при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

2. Ознаки, що свідчать про ураження артерій при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

3. Ознаки, що свідчать про ураження нирок при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

4. Фактори що призводять до виникнення гіпертонічної хвороби:

- А. Вік;
- Б. Генетичні чинники;
- В. Ожиріння;
- Г. Зріст;
- Д. Кількість вживаного хлористого натрію;
- Е. Кількість вживаного магнію і заліза;
- Ж. Психосоціальні навантаження;
- З. Зловживання спиртними напоями.

5. Основні гемодинамічні фактори, які визначають рівень артеріального тиску:

- А. Частота серцевих скорочень;
- Б. Величина серцевого викиду;
- В. Загальна судинний опір;
- Г. Передсердні натрійуретичні пептиди;
- Д. Кортикостероїди;
- Е. Ендотелін;
- Ж. Простациклін, брадикінін;
- З. Оксид азоту;
- І. Катехоламіни, ангіотензин.

6. Методи, які встановлюють наявність і тяжкість ураження органів-мішеней у хворих з АГ:

- А. МР томографія або рентгеномографія надниркових залоз;
- Б. ЕХО КГ, УЗД сонних артерій;
- В. УЗД ниркових артерій;
- Г. УЗД аорти;
- Д. Аортографія;
- Е. Добова екскреція з сечею попередників адреналіну, норадреналіну;
- Ж. Добова екскреція кортизолу, 17-кетостероїдів;
- З. Зміст альдостерону крові, калію, активність реніну крові;
- І. Оцінка стану очного дна.

1. Резистентність до інсуліну у хворих на АГ зменшується при терапії:

- А. Діуретиками.
- Б. Бетаблокаторами.
- В. Інгібіторами АПФ.
- Г. Антагоністами кальцію.
- Д. Інгібіторами АПФ і антагоністами кальцію.

2. Синдром Кона обумовлений:

- А. Підвищенням концентрації брадикініну.
- Б. Підвищенням секреції альдостерону.
- В. Підвищенням продукції ангіотензину.
- Г. Підвищенням активності реніну.
- Д. Підвищенням вмісту катехоламінів.

3. Для феохромоцитомі характерними ознаками є усі, крім:

- А. Виникнення кризів з раптовим підвищенням АТ до високих цифр.
- Б. Гіперглікемія, нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення температури тіла в період кризи.
- В. Хворі вмирають від гострої надниркової недостатності.
- Г. Збільшення рівня катехоламінів та їх метаболітів у добовому рівні сечі при кризі.
- Д. порушення ритму серця.
- Е. Ангінозний біль в животі, нудота, блювання.

4. Яка ознака не властива синдрому Конна:

- А. Артеріальна гіпертензія.
- Б. Гіперкаліємія.
- В. М'язова слабкість, контрактури кінцівок.
- Г. Парестезії.
- Д. Полідипсія, поліурія.

1. Хвора 44 років скаржиться на тривалий колючий біль у ділянці серця зліва від груднини, запаморочення, парестезії, пітливість, безсоння, порушення менструального циклу. Хворіє впродовж року. Об-но: емоційна лабільність. Межі серця не змінені. ЧСС- 98 за хв АТ- 120/80 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, помірний систолічний шум над верхівкою. ЕКГ: ритм синусовий, стійкі негативні зубці Т у V1-V4 відведеннях, які зникають при проведенні обзиданової та калієвої проб. Найбільш імовірний діагноз:

- А. Дисгормональна міокардіопатія.
- Б. ІХС. Стенокардія напруження, II ФК.
- В. Вегетосудинна дистонія за кардіальним типом.
- Г. Інфекційно-алергічний міокардит.
- Д. Хронічна ревматична хвороба, латентний перебіг, ревмокардит.

2. Хворий, 28 років, після аденовірусної інфекції скаржиться на біль в ділянці серця, серцебиття, задишку. Об-но: пульс 92 уд. за хв, АТ – 90/60 мм рт.ст. Блідий, акроціаноз, межі серця розширені ліворуч і праворуч, тони глухі. На ЕКГ – PQ 0,22, низький вольтаж зубців R. Для якого захворювання найбільш характерна така симптоматика?

- А. Вірусний міокардит.
- Б. Інфекційний ендокардит.
- В. Ревматичний міокардит.
- Г. Ексудативний перикардит.
- Д. Дилатаційна кардіоміопатія.

3. У хворого 24 років має місце поширений біль в лівій половині грудної клітки переважно над верхівкою серця, без іррадіації, тупого, ниючого характеру, що триває днями у стані спокою і після фізичного і психоемоційного перенавантаження. Біль пом'якшується після приймання настоянки валеріани і валідолу. Часто мають місце глибокі зітхання. На ЕКГ слабонегативні зубці Т у V1-V4 відведеннях. Який діагноз можна поставити хворому?

- А. Стенокардія.

- Б. Кардіалгія при клімаксі.
- В. Кардіалгія при нейроциркуляторній дистонії.
- Г. Кардіалгія при шийно-грудному остеохондрозі.
- Д. У пацієнта має місце інша патологія, яка не перелічена вище.

4. У хворої 42 років мають місце типові напади стенокардії, що підтверджено ішемією міокарда на ЕКГ. Медикаментозні тести і велоергометрія були недостатньо інформативними. При коронарографії змін не виявлено. Який клінічний діагноз у хворої?

- А. Кардіалгія.
- Б. ІХС, стенокардія.
- В. ІХС, мікроvasкулярна стенокардія
- Г. Метаболічна кардіопатія.
- Д. Нейроциркуляторна дистонія.

1. У хворого має місце стійке симптоматичне збільшення частоти синусового ритму більше 100 ударів за хвилину у спокої всередині дня і при незначному фізичному навантаженні протягом більше 3 місяців без явної причини. Хворий відмічає також відчуття серцебиття і слабкість. На електрокардіограмі - ідентичність зубців Р за своєю полярністю і формою таким самим при синусовому ритмі. До якого варіанта синусової тахікардії належить описана вище симптоматика?

- А. Фізіологічна синусова тахікардія.
- Б. Фармакологічна синусова тахікардія.
- В. Патологічна синусова тахікардія.
- Г. Неадекватна синусова тахікардія.
- Д. Жодної з перелічених немає.

2. У хворого реєструється повільний ритм (менше 40 ударів за хвилину) з розширеними і деформованими комплексами QRS і відсутністю закономірного зв'язку комплексів QRS і зубців Р. Де знаходиться локалізація водія ритму і як називається цей ритм?

- А. АВ-блокада II-III ступеня.
- Б. АВ-дисоціація.
- В. Синусова брадикардія.
- Г. Шлуночковий (ідіоventрикулярний) ритм.
- Д. Шлуночковий ритм при синдромі WPW.

3. У хворого 18 років зареєстрований пароксизм серцебиття, зумовленого синдромом Вольфа-Паркінсона-Вайта. Якою є найчастіша форма порушення ритму при цьому?

- А. Фібриляція передсердь.
- Б. Тріпотіння передсердь.
- В. Реципрокні АВ-тахікардії.
- Г. Фібриляція шлуночків.
- Д. Екстрасистолія.

4. У хворого реєструються негативні зубці Р після незмінених комплексів QRS, а у ряді випадків зубець Р відсутній. Де локалізується водій ритму?

- А. Синусовий вузол.
- Б. АВ-вузол.
- В. Шлуночки.
- Г. Нижні відділи передсердь.
- Д. Верхні відділи передсердь.

5. У хворого 47 років, доставленого в клініку з гострим коронарним синдромом, зупинився кровообіг. Що може бути найчастішим етіологічним фактором у даній клінічній ситуації?

- А. Миготіння шлуночків.
- Б. Миготіння передсердь.
- В. Тріпотіння передсердь.
- Г. Суправентрикулярна тахікардія.
- Д. Повна атріовентрикулярна блокада.

6. У хворого періодично реєструється серцебиття, що характеризується раптовим початком і закінченням тахікардії без періодів «розігріву» і «охолодження», правильним серцевим ритмом з частотою 100-160 ударів за хвилину; наявністю перед кожним незміненим комплексом QRS зубця Р, за своєю полярністю і формою ідентичного зубця Р синусового ритму. До якої клініко-електрофізіологічної форми належить описана тахікардія?

- А. Пароксизмальна надшлуночкова тахікардія.
- Б. Непароксизмальна синусова тахікардія.
- В. Синусова тахікардія типу ре-ентрі.
- Г. Передсердна тахікардія внаслідок підвищення автоматизму і тригерної активності.
- Д. Передсердно-шлуночкова вузлова тахікардія типу ре-ентрі.

7. У хворого реєструються на ЕКГ негативні зубці Р у II і III стандартних відведеннях із незмінними комплексами QRS, що йдуть за ними. Де знаходиться локалізація водія ритму?

- А. Синусовий вузол.
- Б. АВ-вузол.
- В. Шлуночки.
- Г. Нижні відділи передсердь.
- Д. Жоден з перелічених не є місцем локалізації водія ритму.

1. Основним показанням для застосування тимчасової електрокардіостимуляції у хворих із синоаурикулярною блокадою II-III ст. є:

- А. Виражена брадикардія.
- Б. Запаморочення.
- В. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса
- Г. Стійкі кардіалгії.

2. Який клас ААЗ пригнічує внутрішньошлуночкову провідність і може трансформувати блокаду ніжок пучка Гіса в дистальну АВ- блокаду?

- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.

3. При синоаурикулярній блокаді I ступеня засобами вибору є:

- А. Атропін.
- Б. Ізадрин.
- В. Алупент.
- Г. Усі перелічені.
- Д. Жоден із перелічених.

4. Який підклас I класу ААЗ посилює внутрішньошлуночкову блокаду?

- А. IA.
- Б. IB.
- В. IC.

5. Показанням для проведення профілактичної ендокардіальної електрокардіостимуляції є:

- А. АВ- блокада I ступеня.
- Б. Синоатріальна блокада I ступеня.
- В. АВ- блокада I ступеня з постійною внутрішньошлуночковою блокадою.
- Г. АВ- блокада I ступеня з внутрішньошлуночковою блокадою, що гостро виникла, у хворого з інфарктом міокарда

1. Хворий Л., 55 років, скаржиться на те, що 1,5 тижні тому з'явився сильний нападopodobний біль в нижній щелепі тривалістю 5-20 хв. З часом біль став частішати до 10 разів на добу. Приймання анальгетиків та спазмолітиків безрезультатне, однак стан покращився після приймання 3 таблеток нітрогліцерину. Який із перелічених діагнозів є найбільш ймовірним?

- А. Стенокардія.
- Б. Інфаркт міокарда.
- В. Перикардит.
- Г. Неврит трійчастого нерва.
- Д. Остеомієліт щелепи.

2. У хворого з стабільною стенокардією напруження II функціонального класу в останні кілька днів значно збільшилась кількість больових нападів, з'явилися больові напади у спокої, знизилась толерантність до фізичного навантаження, збільшилась потреба у нітрогліцерині. В даній клінічній ситуації найбільш виправданим буде такий діагноз.

- А. ІХС, прогресуюча стенокардія напруження та спокою.
- Б. НЦД з кардіальним синдромом.
- В. ІХС, вперше виникла стенокардія, що виникла вперше.
- Г. ІХС: стабільна стенокардія, III функціональний клас.
- Д. ІХС, гострий інфаркт міокарда.

3. Хворий 36 років звернувся до лікаря зі скаргами на пекучий біль за грудниною без іррадіації, що виникає при швидкій ходьбі і припиняється при зупиненні на декілька хвилин. Уперше такий біль виник 1 тиждень тому. Шкіра звичайного кольору. Тони серця дещо ослаблені, ритмічні. ЧСС 68 уд. за 1 хв. АТ - 140/95 мм рт. ст. На ЕКГ - депресія сегмента ST на 1-2 мм у відведеннях V2-4. Ваш діагноз.

- А. Стабільна стенокардія III функціонального класу.
- Б. Стабільна стенокардія II функціонального класу.
- В. Стенокардія de novo.

Г. Нестабільна прогресуюча стенокардія напруження.

Д. Гострий інфаркт міокарда.

4. Хворий 55 років скаржиться на біль за грудниною стискального характеру при ходьбі до 100 м. тривалістю до 15 хв, відчуття недостатності повітря, пітливість. Об-но: підвищеного живлення, межі серця поширені вліво, тони глухі, ритмічні, ЧСС-90 за хв, АТ-140/90 мм рт. ст. Протягом останнього тижня біль з'явилась у спокої та вночі, не купірувалася після приймання однієї таблетки нітрогліцерину. На ЕКГ - високі гострокінцеві зубці Т у V2- V4 відведеннях. Про яке захворювання можна думати?

А. Прогресуюча стенокардія.

Г. Спонтанна стенокардія

Принцметала.

Б. Стабільна стенокардія IV ФК.

Д. Стабільна стенокардія III ФК.

В. Інфаркт міокарда.

5. Хворий Ф., 60 років, скаржиться на біль поза грудниною стискаючого характеру під час ходьби по рівній місцевості до 200 м. АТ 140/70 мм рт. ст. Пульс 80 уд/хв. ВЕМ: зниження толерантності до фізичних навантажень 75 Вт. Найбільш вірогідний діагноз?

А. Стабільна стенокардія III ФК.

Г. Стабільна стенокардія II ФК.

Б. Прогресуюча стенокардія.

Д. Стабільна стенокардія IV ФК.

В. Спонтанна стенокардія.

1. Яка ехокардіографічна ознака є найбільш інформативною для обструктивної форми гіпертрофічної кардіоміопатії?

А. Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перетинки більше 13-15 мм у діастолу.

Б. Збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка.

В. Збільшення розміру порожнини лівого шлуночка.

Г. Гіпокінез міжшлуночкової перетинки.

Д. Усі перелічені ознаки.

2. Який клінічний синдром є характерним для дилатаційної кардіоміопатії?

А. Кардіомегалія і глухість серцевих тонів, патологічні 3-4 тони.

Б. Застійна серцева недостатність.

В. Складні порушення ритму і провідності.

Г. Тромбоемболічний синдром.

Д. Усе перелічене.

3. Яка клінічна форма ідіопатичних кардіоміопатій є найбільш поширеною?

А. Гіпертрофічна.

Б. Дилатаційна.

В. Рестриктивна.

Г. Аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка.

Д. Усі перелічені.

4. Яка причина розвитку рестриктивної кардіоміопатії є найчастішою?

А. Ендоміокардіальний фіброз.

Б. Амілоїдоз серця (у початковій стадії).

В. Фібропластичний парієтальний ендокардит Леффлера.

Г. Гемохроматоз, саркоїдоз, глікогеном.

Д. Системна склеродермія.

5. Яка з ідіопатичних кардіоміопатій найбільш пов'язана зі спадковістю?

А. Дилатаційна.

Б. Гіпертрофічна.

В. Рестриктивна.

Г. Аритмогенна дисплазія правого шлуночка.

Д. Усі перелічені.

6. Для якої ідіопатичної кардіоміопатії характерним є порушення у першу чергу діастолічної функції?

А. Дилатаційної.

Б. Гіпертрофічної.

В. Рестриктивної.

Г. Аритмогенна дисплазії правого шлуночка.

Д. Гіпертрофічної, рестриктивної.

7. Для якої ідіопатичної кардіоміопатії основним є порушення систолічної функції серця?

- А. Гіпертрофічної.
- Б. Дилатаційної.
- В. Рестриктивної.
- Г. Аритмогенної дисплазії правого шлуночка.
- Д. Усі перелічені.

8. Яка причина розвитку метаболічної кардіоміопатії є найчастішою?

- А. Уремія.
- Б. Подагра.
- В. Дефіцит електролітів і аліментарних речовин.
- Г. Ендокринна патологія.
- Д. Гіпероксалурія.

1. Початкова доза еналаприлу при СН становить:

- А. 2,5 мг 1 раз на добу.
- Б. 2,5 мг 2 рази на добу.
- В. 5 мг 2 рази на добу.
- Г. 10 мг 2 рази на добу.

2. Сухий кашель є характерним побічним ефектом:

- А. Антагоністів кальцію.
- Б. Інгібіторів АПФ.
- В. β - блокаторів.
- Г. α – блокаторів.

3. Які β - блокатори рекомендують для застосування при СН

- А. Атенолол, бетаксол, бісопролол, метапролол.
- Б. Ацебутолол, оксепренолол, пінделол.
- В. Бісопролол, карведілол, метопролол.
- Г. Целіпролол, талінолол, метапролол.

4. До симптомів серцевої недостатності відноситься все перераховане, окрім:

- А. Задишки.
- Б. Набряків.
- В. Кардіомегалії.
- Г. Протодіастолічного ритму галопу.
- Д. Шуму Виноградова–Дюрозье.

5. Для лікування серцевої недостатності не використовують:

- А. Серцеві глікозиди.
- Б. Діуретики.
- В. Периферичні вазодилататори.
- Г. Інгібітори АПФ.
- Д. Інгібітори альфа-глюкозидази.

1. При якій площі лівого атріовентрикулярного отвору мітральний стеноз вважається незначним?

- А. $> 3 \text{ см}^2$.
- Б. $> 2 \text{ см}^2$.
- В. $< 1,5 \text{ см}^2$.
- Г. $> 4 \text{ см}^2$.
- Д. $> 1 \text{ см}^2$.

2. При якій площі лівого атріовентрикулярного отвору мітральний стеноз вважається значним?

- А. $< 3 \text{ см}^2$.
- Б. $< 2 \text{ см}^2$.
- В. $< 1,5 \text{ см}^2$.
- Г. $< 1 \text{ см}^2$.
- Д. $< 0,5 \text{ см}^2$.

3. Для якої стадії мітрального стенозу є характерною клініка правощлуночкової декомпенсації?

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

4. Якими медикаментозними засобами можна зменшити легеневу гіпертензію?

- А. Діуретиками, нітратами.
- Б. Серцевими глікозидами.
- В. Антикоагулянтами.
- Г. Антибіотиками.
- Д. Антиаритміками.

5. Який метод хірургічної корекції мітрального стенозу є переважаючим при вираженому кальцинозі стулок і кільця?

- А. Балонна вальвулопластика.
- Б. Мітральна комісуротомія.
- Г. Усі вище названі.
- Д. Жоден із вищеназваних.

В. Протезування клапана.

6. На яких стадіях мітрального стенозу хірургічне лікування не показано:

- А. На I стадії.
- Б. На I-II стадіях.
- В. На IV-V стадіях.
- Г. На V стадії.
- Д. На I і V стадіях

7. Який клінічний симптом є малохарактерним для мітральної недостатності?

- А. Задишка.
- Б. Серцева астма.
- В. Фібриляція передсердь.
- Г. Ортопноє.
- Д. Кардіалгія.

8. При якій стадії мітральної недостатності не показано хірургічне лікування?

- А. I-II і V стадії.
- Б. I і V стадії.
- В. Вираженій симптоматиці серцевої недостатності (III-IV ф.к. за NYHA).
- Г. Помірній симптоматиці серцевої недостатності, але наявності фібриляції передсердь зі зниженням фракції викиду або розширення порожнин серця.
- Д. Повторних системних емболіях, незважаючи на терапію антикоагулянтами.

9. Яке медикаментозне лікування проводиться у безсимптомних хворих аортальним стенозом?

- А. Діуретиками.
- Б. Вазодилататорами.
- В. Серцевими глікозидами.
- Г. Метаболічними засобами.
- Д. Антибіотиками (для профілактики інфекційного ендокардиту).

10. Серед показань до хірургічного лікування хворих аортальним стенозом виділити одне, що є протипоказанням:

- А. II, III, іноді IV стадії.
- Б. Наростання симптоматики.
- В. При систолічному градієнті між лівим шлуночком і аортою > 150 мм рт.ст.
- Г. Прогресує гіпертрофія і перевантаження лівого шлуночка за ЕКГ.
- Д. При збільшенні дилатації порожнини лівого шлуночка і погіршенні систолічної функції за ЕхоКГ і Rö-даними.

11. Яка тактика медикаментозного лікування доцільна при аортальній недостатності на етапі III-V стадії?

- А. Діуретики.
- Б. β -блокатори.
- В. Інгібітори АПФ.
- Г. Вазодилататори.
- Д. Жодна з перелічених.

1. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу ДПМ?

- А. Рентгенографію стравоходу.
- Б. ЕГДС.
- В. Біопсію шкірного клаптя.
- Г. Рентгенографію м'язів.
- Д. Біопсію шкірно-м'язового клаптя.

2. Про що свідчать дані біохімічного аналізу крові: АлАТ - 1,2 ммоль/л, КФК - 2,6 ммоль/л, білок -70 г/л, білірубін - 20 мкмоль/л.?

- А. Порушення функції печінки.
- Б. Деструкцію м'язових волокон.
- В. Збільшення активності ферментів.
- Г. Дисферментопатія.
- Д. Запальний синдром.

3. Які зміни будуть виявлені при біопсії шкірно-м'язового клаптя у хворого на ДПМ?

- А. Одночасне ураження ендотелію судин, поліморфноклітинне запалення периваскулярної тканини, некротизуючий панваскуліт.
- Б. Атрофія епідермісу з ознаками вакуольної дистрофії, згладженість сосочків, потовщення дерми з ознаками мукоїдного та фібриноїдного набухання.
- В. Інфільтрація міжм'язової сполучної тканини навколо судин, периваскулярно, м'язів, а також некроз м'язових волокон.
- Г. Явища продуктивного васкуліту.
- Д. Атрофія епідермісу, явища гіперкератозу, вакуольної дистрофії базального шару. Гіперкератоз у ділянці волосяних сумок.

4. Які морфологічні зміни шкіри при ССД?

- A. Продуктивний васкуліт.
- B. Інфільтрацію міжм'язової сполучної тканини, атрофію м'язових волокон.
- C. Атрофію епідермісу, згладженість сосочків, потовщення дерми з ознаками мукоїдного та фібриноїдного набухання, ділянки склерозу.
- D. Периваскулярні гранульоми з еозинофілами та еозинофільними інфільтратами.
- E. Панартеріїт з моноклеарною та гігантоклітинною інфільтрацією.

5. Який препарат має патогенетичну дію при ССД?

- A. Глюкокортикоїди.
- B. Д-пеніциламін.
- C. Делагіл.
- D. Лідаза.
- E. Метотрексат.

6. Який препарат використовують для лікування синдрому Рейно?

- A. Каптоприл.
- B. Анаприлін.
- C. Нітросорбід.
- D. Лідаза.
- E. Ніфедипін.

7. Вкажіть найбільш імовірний клінічний варіант ураження нирок при СЧВ:

- A. Хронічний пієлонефрит.
- B. Амілоїдоз нирок.
- C. Інтерстиціальний нефрит.
- D. Люпус-нефрит.
- E. Сольовий діатез.

8. Які зміни при проведенні рентгенографії суглобів кистей при СЧВ?

- A. Звуження суглобової щілини, склероз замикальних пластинок, остеофітоз.
- B. Дифузний остеопороз.
- C. Звуження суглобової щілини, округлі дефекти кісткової тканини в епіфізах.
- D. Звуження суглобової щілини, навколосуглобовий остеопороз, узури.
- E. Зміни відсутні.

9. Який найбільш імовірний генез анемії при СХСТ:

- A. Залізодефіцитна анемія.
- B. Гіпопластична анемія.
- C. Автоімунна анемія.
- D. В₁₂-дефіцитна анемія.
- E. Гемолітична анемія.

10. Оберіть найбільш достовірний метод для верифікації діагнозу СЧВ:

- A. Біопсія шкірно-м'язового клаптя.
- B. Дослідження крові на LE-клітини.
- C. Виявлення антинуклеарних антитіл.
- D. Біопсія нирки.
- E. Дослідження імунологічного статусу.

1. Типовими рисами суглобового синдрому при ревматоїдному артриті є:

- A. Яскрава гіперемія шкіри над ураженими суглобами, тривала ранкова скутість.
- B. Виникнення болю переважно після фізичних навантажень, ранкова скутість до 30 хв.
- C. Теносиновіти згиначів і розгиначів пальців на кистях, тривала ранкова скутість.
- D. Відсутність ексудативних змін у суглобах, переважно набряк навколосуглобових тканин.
- E. Еритематозна висипка над ураженими суглобами, виражена слабкість у проксимальних групах м'язів.

2. До «суглобів виключення ревматоїдного артриту» належать:

- A. Міжфалангові суглоби I пальців стоп.
- B. Скренево-нижньощелепні суглоби.
- C. Крижово-клубові зчленування.
- D. Суглоби шийного відділу хребта.
- E. Дистальні міжфалангові суглоби кистей.

3. Основними і ранніми ознаками суглобового болю у хворих на ревматоїдний артрит є всі перелічені, крім:

- A. Біль підсилюється при активних рухах.
- B. Уражені дрібні суглоби кистей і стоп.
- C. Біль зменшується ввечері та вночі, під час сну.
- D. Ранкова скутість.
- E. Стартовий біль.

4. Суглобовий синдром при системній склеродермії може мати перебіг у вигляді:

- A. Артралгій.

- Б. Поліартриту з переважно фіброзно-індцративними змінами.
- В. Деформуючого псевдоартриту без рентгенологічних ознак ураження власне суглобів.
- Г. Псоріатичного артрити.
- Д. Overlap-синдрому (ССД-РА).

1. Що не є факторами ризику остеопорозу і переломів

- А. Попередні переломи
- Б. Похилий вік
- В. Низька маса кістки
- Г. Жіноча стать
- Д. Чоловіча стать

2. Що не є показанням для визначення мінеральної щільності кістки

- А. Постменопауза (старше 65 років) незалежно від факторів ризику
- Б. Постменопауза (молодше 65 років) в поєднанні з одним або більше факторів ризику;
- В. Постменопауза (молодше 65 років) незалежно від факторів ризику
- Г. Чоловіки у віці 70 років і старше
- Д. Чоловіки молодше 70 років з факторами ризику переломів

3. Що не робить кальцитонин

- А. Пригнічує остеокластів-опосередковану кісткову резорбцію
- Б. Пригнічує абсорбцію кальцію в кишечнику
- В. Підсилює абсорбцію кальцію в кишечнику
- Г. Збільшує виведення кальцію через нирки
- Д. Може викликати транзиторну гіпокальціємію

4. Що не є характеристикою Т-критерію

- А. Являє собою кількість стандартних відхилень вище або нижче середнього показника піка кісткової маси молодих жінок
- Б. Зменшується при збільшенні віку обстежуваних осіб
- В. Являє собою кількість стандартних відхилень вище або нижче середнього показника для осіб аналогічного віку
- Г. Кращий для використання у жінок в постменопаузі
- Д. Кращий для використання у чоловіків старше 50 років

5. Міцність кістки визначається

- А. Мінеральною щільністю кісткової тканини
- Б. Якістю кісткової тканини
- В. Вірно 1 і 2
- Г. Обидва положення не вірні

1. Жінка 49 років скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюються при рухах, обмеження рухливості, короткочасну ранішню скутість. Хворіє декілька років. В минулому займалась спортивною гімнастикою. На рентгенограмі плечових суглобів - звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остефіти у нижньовнутрішньому відділі плечової паголівки. Що лежить в основі патогенезу ураження суглобів у хворій?

- А. Порушення обміну сечової кислоти
- Б. Відкладення у синовіальній оболонці імунних комплексів
- С. Порушення метаболізму хряща
- Д. Відкладення у суглобах пірофосфату кальцію
- Е. Пошкодження синовіальної оболонки інфекційним агентом

2. 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 остефіти. Який діагноз найбільш ймовірний?

- А. Ревматоїдний артрит
- Б. Ревматичний артрит
- С. Реактивний артрит
- Д. Подагра
- Е. Деформуючий остеоартроз

3. 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?

- A. Деформуючий остеоартроз
- B. Хвороба Рейтера
- C. Хвороба Бехтерева

- D. Ревматичний артрит
- E. Псоріатичний артрит

4. Чоловіка 57 років непокоїть біль в колінних суглобах, дистальних міжфалангових суглобах кистей. В колінних суглобах при рухах і пальпації відмічається болючість і інтраартикулярний хруст. На кінцевих фалагах пальців рук пальпуються тверді вузелки. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. Клінічний аналіз крові не змінений. С-реак-тивний протеїн - +, латекс-тест – негативний. Рентгенографія суглобів: звуження міжсуглобної щілини, субхондральний остеопороз. Який з перелічених діагнозів найбільш вірогідний?

- A. Подагра
- B. Склеродермія
- C. Ревматоїдний артрит

- D. Остеоартроз
- E. Ревматичний поліартрит

5. У 52-х річної хворої з поширеним остеохондрозом хребта, після підняття важкості, з'явився біль у попереку та по ходу лівого сідничого нерва. Об'єктивно: зліва позитивний симптом Ласега і знижений ахілов рефлекс. Призначення якого препарату патогенетично найбільш виправдане?

- A. Діклофенак
- B. Аспірин
- C. Анальгін

- D. Новокаїн
- E. Спазмалгон

1. У хворого 72 р., скарги на кашель з виділенням великої кількості харкотиння, задишку при ходьбі, квалість. В анамнезі – близько 20 років хронічний обструктивний бронхіт. При обстеженні – пальці у вигляді “барабаних паличок”. Пульс 120 за 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?

- A. Гіпертрофія правого передсердя
- B. Гіпертрофія лівого передсердя

- C. Гіпертрофія лівого шлуночка
- D. АВ блокада 1ст

2. Хворий, 67 р., госпіталізований в непритомному стані. Ціаноз обличчя, верхньої половини тулуба, набухання шийних вен, Ps 59 за 1 хв., АТ 45/20 мм рт. ст., значне розширення площі відносної серцевої тупості. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент II т. над tr. pulmonalis. ЧД 35 за 1 хв., в н/відділах легенів вологі хрипи. За допомогою якого дослідження можливо діагностувати ускладнення основного захворювання?

- A. Електрокардіографія
- B. Ехокардіографія
- C. Фонокардіографія

- D. Рентгенографія ОГК
- E. Оксигемометрія

3. Жінка 40 років госпіталізована в клініку у зв'язку з загостренням ХОЗЛ. Скариється на задишку при фізичному навантаженні, кашель з виділенням мокроти, набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно: $t=37,2$ С, ЧД - 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 хворої?

- A. Блокада лівої ніжки пучка Гіса
- B. Фібриляція передсердь
- C. Гіпертрофія правого шлуночка

- D. Гіпертрофія лівого шлуночка
- E. Патологічний зубець Q

4. Чоловік 54 років, шахтар, протягом 20 років страждає на хронічний бронхіт. Об'єктивно: температура 36,6 С, ЧД - 22 за хв., пульс-80 уд./хв., АТ- 125/85 мм рт.ст., гіперстенік. Над легенями – невелика кількість розсіяних сухих хрипів. УЗД серця та судин: ознаки легеневої гіпертензії. Який основний патогенетичний механізм легеневої гіпертензії у даного хворого?

- A. Хронічна гіпоксемія.
- B. Вентиляційні порушення.
- C. Обмеження рухливості грудної клітини.

- D. Порушення кровотоку.
- E. Анатомічна редукція судинного русла легень.

5. Хвора 62р., скаржиться на задишку, кашель, біль у ділянці серця. Об-но: дифузний ціаноз, набухання шийних вен. ЧД – 26/хв, ЧСС – 100/хв. Тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією і діастолічний шум. В легенях жорстке везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. ЕКГ–Р –pulmonale. Ro- графія ОГК – розширення правого шлуночка. Найбільш достовірним методом діагностики даної патології є:

- A. Дослідження функції зовнішнього дихання
- B. Полікардіографічне обстеження
- C. Вимірювання венозного тиску
- D. Катетеризація легеневої артерії
- E. Рентгенологічне обстеження ОГК

6. Хворий Р., 57 р. впродовж 15 років страждає на ХОЗЛ. Палить більше 30 років. Останнім часом самопочуття хворого істотно погіршилось: підсилилась задишка, з'явилися набряки гомілок. На ЕКГ: ЕВС відхилена вправо, блокада правої ніжки п. Гіса, високий та гострокінцевий зубець Т в II та III відведеннях. Ro: відхилення конусу легеневої артерії. Тиск в легеневій артерії - 45 мм рт. ст. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

- A. Емфізема легень
- B. Легеневе серце
- C. Пневмоторакс
- D. Бронхоектази
- E. Мітральний стеноз
- Є. Позагоспітальна пневмонія

7. Чоловік 57 років хворіє на хронічний обструктивний бронхіт упродовж 27 років. Останнім часом самопочуття погіршилося, посилилась задишка, з'явився біль тупого характеру в ділянці серця. При обстеженні хворого виявлено, що тиск в легеневій артерії складає 40/15 мм рт.ст. Яке ускладнення є найвірогіднішим?

- A. Емфізема легень
- B. Вторинна легенева гіпертензія
- C. Бронхоектазії
- D. Астматичний статус I стадії
- E. Дифузний пневмосклероз

8. Хвора З., 50 років, страждає на ХОЗЛ. В останній час відмічає посилену задишку, набряк гомілок та ступнів, тяжкість у правому підребер'ї. Об'єктивно: спостерігається акроціаноз, набряк шийних вен на вдиху та видиху, розсіяні сухі хрипи. Межі серця розши-рені 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?

- A. Хронічний гепатит
- B. Ішемічна хвороба серця з розвитком серцевої недостатності
- C. Хронічне легеневе серце
- D. Недостатність тристулкового клапану
- E. Емфізема легенів

9. Хворий Т., поступив у приймальне відділення в важкому стані зі скаргами на виражену задишку в спокої, кволість, сонливість, набряки на ногах, кашель з в'язким хар-котинням, апноє у сні. Більше 20 років страждає хронічним обструктивним бронхітом. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

- A. Легеневе серце
- B. Емфізема легень
- C. Плеврит
- D. Інфаркт легені
- E. Інфаркт міокарду

1. Жінка 46 років скаржиться на загальну слабкість, озноб, біль у горлі. Об'єктивно: почервоніння в ділянці мигдаликів. Температура тіла 38,6°C. Які з перелічених клітин є головним джерелом ендогенних пірогенів, що викликають гарячку у хворої?

- A. Базофіли.
- B. Еозинофіли.
- C. Нейтрофіли.
- Г. В-лімфоцити.
- Д. Тучні клітини.

2. Чоловік 43 років скаржиться на виражений біль оперізуючого характеру. Діагностований гострий панкреатит, ускладнений абсцедуванням. Який тип гарячки найбільш імовірно підтверджуватиме появу абсцесу?

- А. Постійний.
- Б. Переміжний.
- В. Атиповий.

- Г. Ослаблюючий.
- Д. Ундулюючий.

3. Хворому на грип лікар у комплексній терапії не призначив жарознижувальних препаратів, виходячи із захисної дії підвищеної температури. Який із механізмів такої дії підвищеної температури не виключається при гарячці?

- А. Безпосередня негативна дія високої температури на збудника хвороби.
- Б. Активація еритропоезу.
- В. Активація продукції лізоциму.
- Г. Активація продукції інтерферону.
- Д. Активація антитілоутворення.

4. У хворого раптово підвищилася температура тіла і протягом двох днів утримувалася зранку в межах 38,8-38,9°C, увечері – 38,8-38,6°C. Після великого потовиділення вона повернулася до норми. Ніяких інших розладів при цьому не спостерігалось. Який тип температурної кривої був у хворого?

- А. Ефемірний.
- Б. Ослаблюючий.
- В. Поворотний.
- Г. Постійний.
- Д. Виснажувальний.

5. У хворого з тривалою лихоманкою ранкова температура тіла була в межах 36,4-36,9°, до вечора вона підвищувалася до 37,6-38,0°. Хворий температурить близько 2 місяців. Який тип лихоманки у хворого?

- А. Гіперпіретична.
- Б. Субфебрильна.
- В. Помірна.
- Г. Висока.
- Д. Надмірна.

1. Діагностика хронічного гастриту базується на чотирьох критеріях із п'яти запропонованих критеріях. Назвати один, який не є надійним.

- А. Фіброгастроскопія з прицільною біопсією і морфологічним дослідженням.
- Б. Больовий і диспепсичний синдроми.
- В. Дослідження на наявність бактерій Нр.
- Г. Рентгенологічне дослідження шлунка.
- Д. Інтрагастральна рН-метрія.

2. Діагностичними критеріями аутоімунного атрофічного гастриту є всі, крім:

- А. Ахлоргідрії і гіпергастринемії.
- Б. Перніціонарної анемії.
- В. Виявлення антитіл до паріетальних клітин слизової оболонки.
- Г. Низького рівня IgA і IgG.
- Д. Високого рівня IgA і IgG.

3. Неінфекційний гранулематозний гастрит частіше за все зумовлюється такими хворобами, крім:

- А. Хвороби Крона.
- Б. Туберкульозу.
- В. Саркоїдозу.
- Г. Гранулематозу Вегенера.
- Д. Наявності чужорідних тіл.

4. Еозинофільний гастрит (алергічний) часто поєднується із залученням до патологічного процесу таких органів, крім:

- А. Стравоходу.
- Б. Тонкої кишки.
- В. Ободової кишки.
- Г. Прямої кишки.

5. При евакуаторно-моторних порушеннях на фоні виразкової хвороби найбільш ефективним препаратом є:

- А. Мотиліум.
- Б. Еглоніл.
- В. Де-нол.
- Г. Ранісан.
- Д. Гастроцепін.

2. При хронічному ентериті можливі такі типи болю в животі, крім:

- А. Спастичних.
- Г. Мезентеріальних.

Б. Ішемічних.
характеру.

Д. Внаслідок гангліоніту і змішаного

В. Зумовлених метеоризмом.

3. Ранні нападоподібні болі в епігастральній ділянці при виразковій хворобі шлунка виникають:

А. Через 1,5-2 години після приймання їжі.

Г. На голодний шлунок.

Б. Через 30-40 хвилин.

Д. Вранці натщесерце.

В. Вночі.

4. Зазначте найхарактернішу рису болю при рефлюкс-езофагіті:

А. Нічні болі.

Г. Сезонний біль.

Б. У положенні лежачи.

Д. Позитивний ефект від

спазмолітиків.

В. Довготривалий і пекучий характер.

5. Де частіше відчувається біль при локалізації виразки на малій кривизні шлунка?

А. У зоні мечеподібного відростка.

Б. Біля пупка.

В. В епігастральній ділянці справа від серединної лінії.

Г. У проекції дванадцятипалої кишки.

Д. В епігастральній ділянці зліва.

6. В якій ділянці при пальпації найчастіше визначається локальний біль при антральному гастриті:

А. В епігастральній.

Г. У пілородуоденальній зоні.

Б. У правому підребер'ї.

Д. У припупковій зоні.

В. У лівому підребер'ї.

7. Болі в животі, які зумовлені синдромом подразнення товстої кишки, виникають, як правило:

А. Під час їжі.

Г. Незабаром після їжі.

Б. Перед їжею.

Д. У нічний час.

В. Через одну-три години після їжі.

8. Для якої виразки характерний пізній і нічний біль?

А. Виразкового езофагіту.

Б. Виразки антрального відділу.

В. Виразки дна шлунка.

Г. Виразки пілоричного відділу і луковиці 12-палої кишки.

Д. Виразки великої кривизни.

9. Який із симптомів спостерігається при виразковій хворобі найчастіше:

А. Нудота.

Г. Понос.

Б. Біль.

Д. Схуднення.

В. Блювання.

10. У період загострення ХБХ для ліквідації больового синдрому, за наявності гіпертонічних типів дискінезії жовчного міхура використовують блокатори М-холіно-рецепторів. До них не відносять:

А. Гастроцепін.

Г. Платифіліну гідротартрат.

Б. Атропіну сульфат.

Д. Пілорид.

В. Метацин.

11. Основним клінічним симптомом хронічного коліту є:

А. Біль по довжині товстої кишки.

Г. Анорексія.

Б. Артеріальна гіпотензія.

Д. Інтоксикаційний синдром.

В. Діарея.

12. Характерними ознаками хронічної форми термінального ілеїту, або хвороби Крона, є:

А. Голодний нічний біль у надчеревній ділянці, блювання, що дає полегшення.

Б. Біль у животі, частіше ранком, рідкий стул із відходженням слизу у вигляді мембран.

В. Переймоподібний біль у животі, що зменшується після відходження газів і дефекації.

Г. Біль у правій здухвинній ділянці, діарея, зниження маси тіла, лихоманка.

13. Найбільш типову картину хронічного холециститу середнього ступеня тяжкості у стадії помірної загострення формують:

- А. Відчуття тяжкості в правому підребер'ї, гіркий присмак у роті, субфебрилітет, збільшення печінки на 2 см, негативний симптом Кера.
- Б. Біль у правому підребер'ї після вживання жирної їжі, болючість при пальпації в проекції жовчного міхура, позитивний симптом Керра, печінка не збільшена.
- В. Біль у правому підребер'ї, жовтяниця, телеангієктазії, лихоманка, помірне збільшення печінки.
- Г. Біль у правому підребер'ї, значне збільшення печінки, жовтяниця, телеангієктазії, асцит.
- Д. Біль у надчеревній ділянці через 1, 5-2 ч після приймання їжі, печія, блювання, що дає полегшення.

14. Для загострення хронічного холециститу з холангітом найбільш характерні такі симптоми:

- А. Анорексія.
- Б. Блювання, біль у надчеревній ділянці.
- В. Гектична температура тіла, озноб, біль у правому підребер'ї.
- Г. Діарея.
- Д. Гіперсалівація, печія.

15. Типову клінічну картину первинної гіпотонічної дискінезії жовчовивідних шляхів формують такі симптоми:

- А. Постійний тупий біль у правому підребер'ї, нудота, запори, болючість при пальпації в проекції жовчного міхура.
- Б. Періодичний біль у правому підребер'ї за типом печінкової коліки, диспепсичний синдром, нестійке випорожнення.
- В. Тупий постійний біль у правому підребер'ї, субфебрилітет, збільшення печінки.
- Г. Біль у правому підребер'ї, збільшення печінки, шкірна сверблячка.
- Д. Біль у правому підребер'ї й надчеревній ділянці оперізувального характеру.

1. Критеріями надпечінкової (гемолітичної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Помірної жовтяниці і блідості шкіри.
- Б. Свербежу шкіри, значної гепатомегалії.
- В. Значної спленомегалії при хронічному перебігу.
- Г. Вираженого ретикулоцитозу в периферійній крові.
- Д. Різкої уробілінурії без білірубінурії і плейохромії калу.

2. Критеріями печінкової (паренхіматозної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Жовтяниці червонуватого відтінку.
- Б. Частих ознак, які властиві хронічному гепатиту і цирозу.
- В. Постійної спленомегалії.
- Г. Значної білірубінемії, в основному за рахунок прямого білірубіну.
- Д. Вираженого синдрому цитолізу зі значним підвищенням амінотрансфераз і органоспецифічних ферментів печінки.

3. Критеріями підпечінкової (механічної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Частіше пухлинного походження і внаслідок жовчнокам'яної хвороби.
- Б. Розвитку жовтяниці, якому передують біль.
- В. Гіпертермії.
- Г. Різко вираженої гіпербілірубінемії.
- Д. Уробілінурії, плейохромії калу.

4. Назвіть головний клінічний синдром при хронічному гепатиті:

- А. Астеновегетативний.
- Б. Диспептичний.
- В. Больовий.
- Г. Кардіалгічний.
- Д. Жовтяниця.

5. Жовтяниця, зумовлена раком голівки підшлункової залози, відрізняється від жовтяниці, зумовленої жовчнокам'яною хворобою, всіма переліченими симптомами, крім:

- А. Розвитку без попереднього больового нападу.
- Б. Швидкого зростання білірубіну.
- В. Наявності позитивного симптому Курвуазьє-Тер'є.
- Г. Стійкості та інтенсивності жовтяниці.
- Д. З'являється у осіб похилого віку.

6. Основні клінічні симптоми синдрому Жильбера:

- А. Слабкість, швидка стомлюваність, періодична жовтяниця.
- Б. Нудота, блювання, артралгії, слабкість.
- В. Метеоризм, проноси, печія, схуднення.
- Г. Періодично нападаподібний біль в правому підребер'ї, свербіж шкіри, анемія.
- Д. набряки під очима, артралгії, поліміалгії.

7. В якому випадку відсутній стеркобілін у калі?

- А. Гемолітична анемія.
- Б. Рак печінки.
- В. Механічна жовтяниця.
- Г. Хронічний гепатит.
- Д. Цироз печінки.

8. Який визначений симптом характеризує хронічний гепатит?

- А. Жовтяниця.
- Б. Нудота.
- В. Пронеси.
- Г. Судинні зірочки.
- Д. Лихоманка.

9. Яка ознака найчастіша при псевдопухлинному панкреатиті:

- А. Біль.
- Б. Поноси, запори.
- В. Блювання.
- Г. Жовтяниця.
- Д. Цукровий діабет.

10. Який препарат рекомендований до застосування при поєднанні дифузних хронічних захворювань печінки і дискінезій жовчовивідних шляхів:

- А. Ношпа.
- Б. Алохол.
- В. Гепабене.
- Г. Карсил.
- Д. Есенціале Н.

1. Спленомегалія та асцит спостерігаються при:

- А. Первинному біліарному цирозі печінки.
- Б. Постнекротичному цирозі печінки.
- В. Портальному цирозі.
- Г. Хворобі Вільсона-Коновалова.
- Д. Синдромі портальної гіпертензії будь-якого генезу.

2. При параклінічному обстеженні хворого на цироз печінки тромбоцитопенія в поєднанні з лейкопенією є ознакою:

- А. Холестатичного синдрому.
- Б. Цитолітичного синдрому.
- В. Імунозапального синдрому.
- Г. Синдрому гіперспленізму.
- Д. Синдрому печінково-клітинної недостатності.

3. До основних клініко-анамнестичних критеріїв хронічного гепатиту В належать:

- А. Епід-, алкогольний і наркологічний анамнез.
- Б. Донорство і вказівки на перенесені хвороби печінки.
- В. Астеновегетативний синдром і шлункова диспепсія, гіпертермія.
- Г. Жовтяниця, потемніння сечі та освітлення калу.
- Д. Гепато-, спленомегалія, геморагії, "печінкові" знаки і позапечінкові прояви.
- Е. Оцінка клініко-біохімічних аналізів крові (ферменти, білірубін, білесові проби).
- Є. Усі вищеназвані.

4. До основних клініко-епідеміологічних критеріїв хронічного гепатиту С належать:

- А. Вказівки на повторні гемотрансфузії.
- Б. Наркологічний анамнез з внутрішньовенними введеннями наркотиків.
- В. Повторне підвищення АлАТ в динаміці.
- Г. Гепатомегалія.
- Д. Усі вищеназвані.

5. До критеріїв печінкової недостатності відповідно до класифікації за Чайлд-П'ю не належать:

- А. Подовження протромбінового часу.
- Б. Збільшення білірубіну.
- В. Зниження гемоглобіну.
- Г. Наявність енцефалопатії

1. Для діагностики ПГ використовують такі методи, крім:

- А. Спленоманометрії.
- Б. Гепатоманометрії.
- В. Спленопортографії.
- Г. Езофагографії.
- Д. ЕФГДС.

2. Розрізняють такі форми синдрому ПГ, крім:

- А. Надпечінкова.
- Б. Внутрішньопечінкова.
- В. Підпечінкова.
- Г. Усі відповіді правильні.
- Д. Усі відповіді не правильні.

3. Який тиск при спленоманометрії свідчить про помірну ПГ?

- А. 200-300 мм вод. ст.
- Б. 120-150 мм вод. ст.
- В. 350-500 мм вод. ст.
- Г. 50-80 мм вод. ст.

4. ПГ належить до всіх перелічених форм, крім:

- А. Пресинусоїдальної.
- Б. Синусоїдальної (печінкової).
- В. Постсинусоїдальної (обструктивної).
- Г. Змішаної.
- Д. Біліарної.

5. Для ПГ характерні всі перелічені симптоми, крім:

- А. Варикозного розширення вен стравоходу.
- Б. Варикозного розширення підшкірних вен живота.
- В. Збільшення селезінки.
- Г. Підвищення центрального венозного тиску.
- Д. Асцити.

1. Найбільш важливою ланкою патогенезу ХОЗЛ, що обмежує дихальний повітряний потік (обструктивний бронхіт) і руйнує паренхіму (емфізема легень), є:

- А. Хронічне запалення бронхів, паренхіми та судин легень.
- Б. Дисбаланс оксидантів-антиоксидантів у бік збільшення оксидантів.
- В. Гіперпродукція запальних клітин (нейтрофілів, макрофагів, Т-лімфоцитів, еозинофілів, епітеліальних клітин).
- Г. Гіперпродукція медіаторів запалення (LTB₄, IL-8, TNF- α).
- Д. Така ланка не зазначена.
- Е. Дисбаланс протеаз-антипротеаз у легенях.

2. При дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) найбільш важливими при ХОЗЛ є:

- А. Об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁).
- Б. Форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ).
- В. Співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ.
- Г. Всі вищезгадані.
- Д. Найбільш важливий показник не названий.

3. Діагностичним критерієм ХОЗЛ є зменшення показників, починаючи з:

- А. ОФВ₁ < 90% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 80%.
- Б. ОФВ₁ < 80% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 70%.
- В. ОФВ₁ < 70% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 60%.
- Г. ОФВ₁ < 60% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 50%.
- Д. ОФВ₁ < 50% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 40%.

4. До критеріїв діагностики БА відносять всі нижченаведені клінічні симптоми, крім:

- А. Епізодичного свистячого дихання з утрудненням на видиху.
- Б. Кашлю, більше вночі та при фізичному навантаженні.
- В. Епізодичних свистячих хрипів у легенях та повторної скутості грудної клітки.
- Г. Обов'язкового поєднання кашлю, ядухи і розсіяних хрипів.
- Д. Симптомів, які здебільшого погіршуються вночі і збуджують хворого.

5. Бронходилатуючу і протизапальну дію поєднують в собі:

- А. β_2 -агоністи короткої і тривалої дії.
- Б. β_2 -агоністи тривалої дії і метилксантини.
- В. Метилксантини і β_2 -агоністи короткої дії.
- Г. Метилксантини і антихолінергічні засоби.
- Д. Антихолінергічні засоби і β_2 -агоністи тривалої дії.

1. Для яких захворювань специфічним є інфільтративне запалення в легенях?

- А. Інфільтративний туберкульоз легень. Г. Алергічні еозинофільні інфільтрати.
Б. Казеозна пневмонія. Д. Всі відповіді правильні.
В. Бактеріальні, вірусні, грибкові пневмонії.

2. Діагностичні критерії плевропневмонії?

- А. Гострий початок після переохолодження, стадійність захворювання, яка при своєчасному лікуванні втрачається.
Б. Озноб, головний біль, температура тіла 40-41°C, що стійко утримується з подальшим критичним зниженням, біль у грудній клітці, "іржаве" харкотиння, задишка, ціаноз.
В. Чіткі перкуторні і аускультативні зміни в легенях.
Г. Рентгенологічно інтенсивна гомогенна інфільтрація частки, сегмента, випинання межі ураженої частки, втягнення в процес плеври. Локалізація в середній і нижній частках, рідше у верхній.
Д. Всі відповіді правильні.

3. Діагноз інфільтративного туберкульозу допомагають встановити такі ознаки:

- А. Мало виражені явища інтоксикації – частіше поступовий розвиток.
Б. Незначні зміни при аускультативній.
В. Рентгенологічно: інфільтрат локалізується в 1, 2 або 6 сегментах, негомогенний, часто з розпадом, видно вогнищеві тіні навколо інфільтрату або в інших ділянках легень.
Г. Виявлення мікобактерій туберкульозу в харкотинні.
Д. Всі відповіді правильні.

4. Найчастішими причинами неінфекційних (асептичних) плевритів є:

- А. Дифузні захворювання сполучної тканини.
Б. Травми грудної клітки.
В. Злоякісні пухлини.
Г. Інфаркт легень при тромбоемболії легеневої артерії.
Д. Гострий панкреатит, інфаркт міокарда, хронічна ниркова недостатність.
Е. Все перелічене.

5. Транссудативні плевральні випоти найбільш властиві для нижче-перелічених станів, крім:

- А. Застійної серцевої недостатності. Г. Лейкозів.
Б. Тромбоемболії легеневої артерії. Д. Цирозу печінки, мікседеми.
В. Нефротичного синдрому.

1. В основу поділу пневмонії на негоспітальні і госпітальні покладено:

- А. Тяжкість перебігу захворювання.
Б. Супутню патологію.
В. Вікові особливості.
Г. Оточення, в якому розвинулася пневмонія.
Д. Етіологічні чинники.

2. З типових збудників НП найчастіше виявляють:

- А. Streptococcus pneumoniae. Б. Staphylococcus spp. В. Staphylococcus aureus.

3. Діагноз НП є визначеним у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищеві інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних критеріїв:

- А. Гострий початок захворювання з температурою тіла > 38°C.
Б. Кашель з виділенням мокротиння.
В. Наявність фізикальних ознак (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, дрібнопухирцеві хрипи та/або крепітація).
Г. Лейкоцитоз >10·10⁹/л та/або паличкоядерний зсув >10%.
Д. Усі вищезгадані.

4. За результатами численних клінічних рандомізованих досліджень виділяють 3 групи прогностичних факторів ризику летального кінця, які є більш доступними в плані оцінки і діляться на основні, додаткові і фактори, що були у хворого на початку захворювання НП. Який із перелічених нижче факторів не відносять до основних?

- А. Порушення свідомості.

- Б. Частота дихання 30 за 1 хв та більше.
- В. Артеріальна гіпотензія < 90 і < 60 мм рт. ст.
- Г. Азот сечовини.
- Д. Двобічне ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт (за даними рентгенобстеження).

5. Рання нозокоміальна пневмонія розвивається з моменту госпіталізації:

- А. Протягом перших 2 днів.
- Б. Протягом перших 5 днів.
- В. Протягом 6-7 днів.
- Г. Протягом 10 днів.

1. Критеріями гіперфункції нирок як I стадії діабетичної нефропатії є всі, крім:

- А. Генералізованих набряків.
- Б. Зростання швидкості клубочкової фільтрації > 140 мм/хв.
- В. Збільшення ниркового кровотоку.
- Г. Гіпертрофії нирок.
- Д. Нормоальбумінурії (< 30 мг/добу).

2. Критеріями II стадії діабетичної ретинопатії – препроліферативної є всі, крім:

- А. Аномалій венозних судин, характерних для I ст..
- Б. Великої кількості ексудатів.
- В. Стабільного калібру судин.
- Г. Великої кількості ретинальних геморагій.
- Д. Різної інтенсивності скотому, зниження гостроти зору.

3. Критеріями II функціональної стадії ішемічної стопи є всі, крім:

- А. Болю у ногах, який виникає під час тривалого ходіння.
- Б. Пульсації артерій стоп, яка може бути ослаблена, але нормалізується після проведення проби із судинорозширювальними препаратами.
- В. Різного характеру зміни тонуусу судин – гіпертонуусу, гіпотонуусу, спастикоатонії.
- Г. Щиколотково-плечового індексу – у межах норми (0,9-1,2).
- Д. Пульсового кровонаповнення, яке знижене до 50%.

4. Критеріями нейропатичної форми синдрому діабетичної стопи є:

- А. Ураження соматичної та вегетативної нервової систем в умовах інтактності артеріальних сегментів ніг.
- Б. Розвиток нейропатичної виразки.
- В. Розвиток остеоартропатії.
- Г. Розвиток нейропатичних набряків.
- Д. Можливі всі вищезгадані прояви.

5. Критеріями периферичної вегетативної діабетичної нейропатії є всі, крім:

- А. Кардіопатії.
- Б. Нейропатії сечового міхура.
- В. Ентеропатії, нейропатії шлунка.
- Г. Імпотенції.
- Д. Гострої больової нейропатії.

1. Хворий П., 40 років, зріст – 165 см, маса тіла – 170 кг, розподіл жирової тканини рівномірний. Визначте ступінь ожиріння у даного хворого.

- А. I ступінь.
- Б. II ступінь.
- В. III ступінь.
- Г. IV ступінь.
- Д. V ступінь.

2. Метаболічний синдром охоплює все, крім:

- А. Артеріальної гіпертензії.
- Б. Гіпертермії.
- В. Дисліпідемії.
- Г. Ожиріння
- Д. Порушеної толерантності до глюкози.

3. До складу метаболічного синдрому X входить все, крім:

- А. Дисліпідемії (гіпертригліцеридемія, низький рівень ліпопротеїдів високої щільності).
- Б. Артеріальної гіпертензії.
- В. Інсулінорезистентності.

Г. Надмірної маси тіла (абдомінальне ожиріння).

Д. Схильності до кровотеч.

Е. Порушення толерантності до глюкози.

4. Критерієм діагностики надмірної ваги тіла є:

А. ІМТ = 20-24,9 кг/м².

Г. ІМТ = 35-39,9 кг/м².

Б. ІМТ = 25-29,9 кг/м².

Д. ІМТ > 40,0 кг/м².

В. ІМТ = 30-34,9 кг/м².

5. Критерієм діагностики третього ступеню ожиріння є:

А. ІМТ = 20-24,9 кг/м².

Г. ІМТ = 35-39,9 кг/м².

Б. ІМТ = 25-29,9 кг/м².

Д. ІМТ > 40,0 кг/м².

В. ІМТ = 30-34,9 кг/м².

1. Діяльність щитоподібної залози не регулюється:

А. Гіпофізом

Г. Наднирковою системою

Б. Корою головного мозку

Д. Гіпоталамусом

В. Епіфізом

2. Гормональну активність мають:

А. Тільки вільний Т4

Г. Зв'язані Т3 та Т4

Б. Тільки вільний Т3

Д. Вільні Т3 та Т4

В. Кальцитонін

3. Для субклінічного гіпотиреозу характерно:

А. Нормальний рівень тиреоїдних гормонів, збільшення рівню ТТГ при відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

Б. Дефіцит тиреоїдних гормонів при збільшенні рівню ТТГ та наявності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

В. Збільшення кількості тиреоїдних гормонів при зниженні рівню ТТГ та відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

Г. Нормальний рівень тиреоїдних гормонів, нормальний рівень ТТГ при відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

4. Серед патологій щитоподібної залози найчастіше трапляється:

А. Аутоімунний тиреоїдит

Г. Вузлові форми зобу

Б. Дифузний нетоксичний зоб

Д. Дифузний токсичний зоб

В. Гіпотиреоз

5. Критеріями діагнозу аутоімунного тиреоїдиту не є:

А. Клінічні прояви (ЩЗ збільшена, ущільнена, вузлувата, не болюча, затrudнення ковтання, слабкість, стомлюваність)

Б. Дані лабораторних досліджень (у крові лімфоцитоз, прискорена ШОЕ, антитіла до ТГ, МА, підвищення рівня IgG, ЦІК, рівень Т3, Т4, ТТГ залежить від функціонального стану ЩЗ)

В. Дані УЗД ЩЗ (атрофія ЩЗ при атрофічному варіанті, неоднорідність або зниження ехогенності тканини, гіпоехогенні ділянки, лінійні ехопозитивні структури, мікрокальцинати)

Г. Дані ТАБ (лімфоїдні плазматичні клітини, макрофаги, еозинофільні клітини Гюртля – Ашкеназі)

Д. Рівень глікованого гемоглобіну (Hb1A) більше 7%

1. Найчастішими серед перелічених синдромів при патології нирок є:

А. Нефротичний.

Г. Ниркової недостатності.

Б. Сечовий.

Д. Канальцевої дисфункції.

В. Гіпертензивний.

2. Для сечового синдрому характерним є все, крім:

А. Протеїнурії менше 3,5 г на добу.

Б. Еритроцитурії (більше 2×10^3 /мл сечі у пробі Нечипоренко).

В. Лейкоцитурії (більше 4×10^3 /мл сечі у пробі Нечипоренко).

Г. Протеїнурія більше 3,5 г на добу.

Д. Циліндрурії.

3. Ізольований сечовий синдром включає:

- А. Протеїнурію, гематурію, помірну лейкоцитурію.
- Б. Набряки, гематурію, циліндрурію.
- В. Гіпертензію, гематурію, протеїнурію.
- Г. Набряки, протеїнурію, циліндрурію.
- Д. Гематурію, циліндрурію, протеїнурію.

4. Сечовий синдром із переважанням лейкоцитурії характерний для:

- А. Діабетичної нефропатії.
- В. Гломерулонефриту.
- Б. Гіпертензивної нефропатії.
- Г. Пієлонефриту.

5. Сечовий синдром часто спостерігається у хворих, що вживали тривалий час нестероїдні протизапальні засоби, сульфаніламиди, були в контакті з отруйними речовинами, вживали неякісні алкогольні напої і, може, дебютувати гострою нирковою недостатністю. У даному випадку перш за все може розвиватися:

- А. Гострий пієлонефрит.
- Г. Фібропластичний нефрит.
- Б. Інтерстиціальний нефрит.
- Д. Мезангіокапілярний нефрит.
- В. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.

6. Лікування ізольованого сечового синдрому потребує призначення:

- А. Глюкокортикостероїдів.
- В. Гепарину.
- Б. Нативної плазми.
- Г. Цитостатиків.

7. Який із наведених сечових синдромів є найбільш характерним для діабетичної нефропатії:

- А. Зниження густини сечі, незначна протеїнурія, бактеріурія, лейкоцитурія.
- Б. Значна протеїнурія, циліндрурія, «порожній» сечовий осад.
- В. Незначна протеїнурія, лейкоцитурія, гнійний осад.
- Г. Незначна протеїнурія, лейкоцитурія, еритроцитурія, оксалати у великій кількості.

1. Яка з наведених ознак є головною у формуванні нефротичного синдрому?

- А. Набряки.
- В. Гіперхолестеринемія.
- Б. Масивна протеїнурія.
- Г. Гіпопротеїнемія.

2. Назвіть лабораторний показник, який свідчить про тяжкість перебігу нефротичного синдрому:

- А. Селективна протеїнурія.
- В. Активні лейкоцити в сечі.
- Б. Неселективна протеїнурія.
- Г. Гематурія.

3. Назвіть найчастішу (з наведених) причин вторинного нефротичного синдрому:

- А. Мієломна хвороба.
- В. Амілоїдоз.
- Б. Інфекційний ендокардит.
- Г. Геморагічний васкуліт.

4. Які фактори призводять до розвитку набряків при нефротичному синдромі?

- А. Гіперальдостеронізм.
- Г. Все з наведеного.
- Б. Гіпо- та диспротеїнемія.
- Д. Жодне з наведеного.
- В. Зниження продукції білка в печінці.

5. Яке ускладнення є типовим для нефротичного синдрому?

- А. Ішемічний інсульт.
- В. Лівошлуночкова недостатність.
- Б. Гіповолемічний шок.
- Г. Флеботромбоз.

6. Що є головнішим у розвитку симптомокомплексу, який називається нефротичним синдромом?

- А. Велика (масивна) протеїнурія.
- В. Набряки.
- Б. Гіпо- та диспротеїнемія.
- Г. Гіперліпідемія.

7. Чи характерне для нефротичного синдрому порушення метаболізму ліпідів?

- А. Так.
- Б. Ні.

8. Головна клінічна і лабораторна ознака нефротичного синдрому це протеїнурія, що обумовлена:

- А. Дистрофією епітелію дистальних канальців.
- Б. Різким підвищенням проникності мембран клубочків.
- В. Зниженням реабсорбції в петлі Генле.
- Г. Підвищенням секреції.

9. У патогенезі нефротичного синдрому головним є:

- А. Ураження канальців ендогенними токсинами.

- Б. Запалення інтерстиція нирки, що викликано інфекційними агентами.
- В. Ураження клубочків імунними комплексами та антитілами до базальної мембрани.
- Г. Усе наведене вище.
- Д. Жодне з наведеного.

1. Які виділяють стадії ХНН?

- А. Початкова.
- В. Термінальна.
- Б. Виражена.
- Г. Все правильно.

2. Що характерно для першого періоду термінальної стадії ХНН?

- А. Водовидільна функція нирок збережена, кліренс 10-15 мл/хв, азотемія 71-107 ммоль/л, помірний ацидоз, водно-електролітні порушення відсутні.
- Б. Олігоанурія, диселектролітемія, гіперазотемія, ацидоз. Зворотні зміни з боку серцево-судинної системи, артеріальна гіпертензія, НК 2А ст.
- В. Ще більш тяжка серцева недостатність з порушенням кровообігу в великому і малому колах, НК 2Б ст.
- Г. Тяжка уремія, гіперазотемія (285 ммоль/л і вище), диселектролітемія, декомпенсований аци-доз, некомпенсована серцева недостатність, анасарка, тяжка дистрофія печінки та інших органів.

3. Що характерно для третього періоду термінальної стадії ХНН?

- А. Видільна функція нирок збережена, кліренс 10-15 мл/хв, азотемія 71-107 ммоль/л, помірний ацидоз, водно-електролітні порушення відсутні.
- Б. Олігоанурія, диселектролітемія, гіперазотемія, ацидоз. Зворотні зміни з боку серцево-судинної системи, артеріальна гіпертензія, НК 2А ст.
- В. Ще більш тяжка серцева недостатність з порушенням кровообігу в великому і малому колах, НК 2Б ст.
- Г. Тяжка уремія, гіперазотемія (285 ммоль/л і вище), диселектролітемія, декомпенсований аци-доз, некомпенсована серцева недостатність, анасарка, тяжка дистрофія печінки та інших органів.

4. Яке ускладнення амілоїдозу може призвести до швидкого прогресування хронічної ниркової недостатності на будь-якій клінічній стадії захворювання?

- А. Загострення основного захворювання.
- Г. Значні електролітні порушення.
- Б. Приєднання інтеркурентної інфекції.
- Д. Усі вищеназвані.
- В. Тромбоз ниркових вен.

5. Показаннями до проведення гемодіалізу при ХНН є:

- А. Клубочкова фільтрація менше 5 мл/хв.
- Б. Стабільне зниження добового діурезу нижче 100 мл.
- В. Гіперкреатинінемія до 1100-1300 мкмоль.
- Г. Симптоми перикардиту, енцефалопатії, нейропатії.
- Д. Усі перелічені.

6. Який симптом є раннім при хронічній нирковій недостатності?

- А. Підвищення артеріального тиску.
- Г. Поліурія.
- Б. Гіпостенурія.
- Д. Анемія.
- В. набряки.

7. Найчастішою причиною хронічної ниркової недостатності є:

- А. Хронічний пієлонефрит.
- Г. Діабетичний нефросклероз.
- Б. Хронічний гломерулонефрит.
- Д. Серцева недостатність.
- В. Полікістоз нирок.

8. Антибіотиками вибору за наявності хронічної ниркової недостатності є:

- А. Синтетичні та напівсинтетичні пеніциліни.
- Г. Левоміцетин.
- Б. Макроліди.
- Д. Цефалоспорини.
- В. Аміноглікозиди.

9. Екскреторна урографія протипоказана у разі:

- А. Хронічної ниркової недостатності I стадії.
- Г. Туберкульозу нирки.
- Б. Хронічної ниркової недостатності III стадії.
- Д. Гіпернефроми.
- В. Гіпертонічної хвороби.

10. Морфологічним субстратом хронічної ниркової недостатності є:

- А. Нефросклероз.
- Б. Проліферація мезангіальних клітин.
- В. Деструкція малих відростків подоцитів.
- Г. Відкладення імунних комплексів у гломерулярній базальній мембрані.
- Д. Облітерація виносної артерії.

11. Найточніше віддзеркалює ступінь хронічної ниркової недостатності підвищення у сироватці крові рівня:

- А. Сечовини.
- Б. Залишкового азоту.
- В. Креатиніну.
- Г. Калію.
- Д. Сечової кислоти.

12. Хронічна ниркова недостатність є наслідком:

- А. Ізольованого ураження каналців.
- Б. Ізольованого ураження клубочків.
- В. Ізольованого ураження збірних трубочок.
- Г. Ураження всього нефрона.
- Д. Ізольованого ураження приносячої артерії.

1. Після резекції шлунку 60 річна жінка скаржиться на відсутність чутливості на ногах. При обстеженні встановлено, що втрачена пропріоцептивна чутливість, має місце позитивний симптом Ромберга. В загальному аналізі крові – макроцитоз, гіперсегментація ядер нейтрофілів. Дефіцитом якого вітаміну обумовлені вище названі зміни:

- А. Фолієва кислота.
- Б. Тіамін.
- В. Вітамін К.
- Г. Вітамін В 12.

2. Пацієнт потребує гемотерапії у випадку:

- А. Лейкоцитозу.
- Б. При лімфаденопатії.
- В. Для корекції анемії та тромбоцитопенії.
- Г. Лише при гострій лімфобластній лейкемії.

3. Для залізодефіцитної анемії характерно все, крім:

- А. Зменшення насичення трансферину.
- Б. Мікроцитарна анемія.
- В. Кольоровий показник ≥ 1.2 .
- Г. Сидеропенічний синдром.

4. Максимальне всмоктування заліза відбувається в:

- А. Шлунку.
- Б. Дванадцятипалій кишці.
- В. Товстій кишці.
- Г. Клубовій кишці.
- Д. Ротовій порожнині.

5. Депо заліза в організмі формується:

- А. В ретикулоендотеліальній системі печінки, селезінки та кісткового мозку.
- Б. В паренхімі печінки.
- В. В нервовій тканині.
- Г. В нирках.
- Д. В м'язах.

6. Добова потреба в залізі складає:

- А. 1 мг.
- Б. 15-20 мг.
- В. 2 мг.
- Г. 20-25 мг.
- Д. 6-7 мг.

7. Всмоктування вітаміну В12 відбувається в :

- А. Шлунку.
- Б. Дванадцятипалій кишці.
- В. Клубовій кишці.
- Г. Товстому кишківнику.
- Д. Порожністій кишці.

8. Депо вітаміну В12 містить запаси приблизно на:

- А. 3-5 років.
- Б. 3-5 місяців.
- В. 1-2 роки.
- Г. 2-3 місяці.
- Д. 5-7 років.

9. До анемій, що супроводжуються порушенням синтезу гемоглобіну відносять:

- А. Залізодефіцитну анемію.
- Б. В12 – дефіцитну анемію.
- В. Апластичну анемію.
- Г. Гемолітичну анемію.
- Д. Метапластичну анемію.

10. До етіологічних чинників залізодефіцитної анемії не належать:

- А. Аліментарна недостатність.
- Б. Підвищена потреба в залізі.
- В. Захворювання дванадцятипалої кишки.
- Г. Захворювання печінки.
- Д. Кровотечі.

11. Залізодефіцитна анемія є:

- А. Нормохромною, нормоцитарною, нормо регенераторною.
- Б. Гіперхромною, макроцитарною, нормрегенераторною.
- В. Гіпохромною, мікроцитарною, гіперрегенераторною.
- Г. Гіпохромною, макроцитарною, норморегенераторною.
- Д. Гіпохромною, мікроцитарною, гіпорегенераторною.

12. Причинами виникнення В12–дефіцитної анемії є наступні, крім:

- А. Аліментарна недостатність.
- Б. Атрофічний гастрит, антитіла до парієтальних клітин та внутрішнього фактора Кастла.
- В. Резекція клубової кишки, хронічний панкреатит, гепатит, цироз.
- Г. Дизбактеріоз, інвазія широким ціп'яком.
- Д. Крововтрата.

13. Кістковий мозок при В12–дефіцитній анемії набуває синього забарвлення у зв'язку із:

- А. Збільшенням вмісту оксифільних нормоцитів.
- Б. Збільшенням вмісту базофільних та поліхроматофільних нормоцитів.
- В. Збільшенням вмісту еритробластів.
- Г. Зменшенням вмісту базофільних нормоцитів.
- Д. Збільшенням вмісту кістково-мозкових ретикулоцитів.

14. Для фолієво–дефіцитної анемії характерно все, крім:

- А. Відсутність неврологічних та гастроінтестинальних розладів.
- Б. Підвищення вмісту гомоцистеїну в крові.
- В. Підвищена екскреція метилмалонової кислоти з сечею.
- Г. Переважне виникнення у вагітних, осіб, які зловживають алкоголем та приймають протисудомні препарати.
- Д. Порушення синтезу ДНК в клітинах кісткового мозку.

15. Анемія, що не призводить до панцитопенії:

- А. Залізодефіцитна анемія.
- Б. Фолієводефіцитна анемія.
- В. Апластична анемія.
- Г. В12 – дефіцитну анемія

1. При першій стадії хронічної лімфолейкемії цитостатична терапія проводиться:

- А. Циклофосфаном.
- Б. Вінкристином.
- В. Преднізолоном.
- Г. Цитостатики не застосовуються на цій стадії.

2. Для лейкоїдних реакцій характерно все, крім:

- А. Кістковий мозок не вражений.
- Б. Зворотній розвиток при ліквідації етіологічного фактору.
- В. Не потребує цитостатичної терапії.
- Г. Злоякісний перебіг.

3. Етіологічними факторами виникнення гемобластозів є:

- А. Іонізуюче випромінювання, хімічні мутагени, віруси, генетичні чинники.
- Б. Хімічні, фізичні та біологічні мутагени.
- В. Харчові отруєння, вроджені аномалії.
- Г. Віруси, бактерії та гриби.

4. Виберіть послідовність терапії гострих лейкемій:

- А. Індукція, консолідація, підтримуюча терапія.
- Б. Консолідація, підтримуюча терапія, індукція.
- В. Підтримуюча терапія, індукція, консолідація.
- Г. Індукція, підтримуюча терапія, консолідація.

5. Частими ускладненнями хронічної лімфолейкемії є:

- А. Парези.
- В. Гемартрози.

Б. Бактеріальні інфекції.

Г. Паралічі.

6. В мієлограмі хворих на хронічну лімфолейкемію спостерігається:

А. Мієлограма без змін.

В. Гіперплазія зрілих лімфоцитів.

Б. Бластна інфільтрація.

Г. Гіперплазія всіх ростків.

7. При якому виді лейкоемії виявляють клітини Боткіна-Гумпрехта:

А. Хронічна мієлолейкемія.

В. Еритремія.

Б. Хронічна лімфолейкемія.

Г. Гостра лейкоемія.

8. До яких захворювань відносять лейкомоїдні реакції?

А. Гемобластозів.

Б. Лімфом.

В. Інфекційно-запальних.

Г. До функціональних станів кровотворного апарату.

Д. Алергозів.

9. Яка лейкомоїдна реакція спостерігається при лікуванні кортикостероїдними гормонами?

А. Лейкомоїдна реакція лімфоцитарного типу.

Б. Не спостерігається.

В. Нейтрофільна реакція з незначним помолодшенням.

Г. Нейтрофілоз, зсув до метамієлоцитів.

10. Який тип лейкомоїдної реакції при інфаркті міокарда трапляється найчастіше?

А. Лімфоцитарний.

Г. Нейтрофільна лейкомоїдна реакція.

Б. Моноцитарний.

Д. Псевдобластна реакція.

В. Мієлоїдний.

11. Яка найчастіша лейкомоїдна реакція трапляється при пароксизмальній тахікардії?

А. Лімфоцитарно-моноцитарна.

В. Лейкоцитоз з нейтрофілозом.

Б. Еозинофільний тип.

Г. Лейкопенія, еозинофілія.

12. Яка картина крові спостерігається при лейкомоїдній реакції еозинофільного типу?

А. Лейкоцитоз з еозинофілією.

В. Анеозинофілія.

Б. Підвищений відсоток еозинофілів.

Г. Лейкоцитоз, еозинофілія, бластемія.

В. Анеозинофілія.

13. Основними критеріями для діагностики гострої лейкоемії є:

А. Лейкоцитоз.

Б. Анемія, нейтрофілоз.

В. Бластемія, нейтрофілоз.

Г. Наявність більше 20% бластів у кістковому мозку.

Д. Тромбоцитопенія.

14. Яка основна ознака алейкемічної форми гострої лейкоемії?

А. Нейтрофілоз.

Б. Анемія, тромбоцитопенія.

В. Мієлоцити, метамієлоцити.

Г. Еозинофілія.

Д. Відсутність бластів в периферичній крові, лімфоцитоз.

15. При якій формі гострої лейкоемії найчастіше трапляється збільшення лімфовузлів та селезінки?

А. Мієлобластному.

Г. Лімфобластному.

Б. Промієлоцитарному.

Д. Еритромієлозі.

В. Межобластному.

1. До системних васкулітів відносять всі нижчеперелічені хвороби, крім:

А. Неспецифічного аорто артеріїту.

Г. Періодичної хвороби.

Б. Геморагічного васкуліту.

Д. Синдрому Бехчета.

В. Синдрому Гудпасчера.

2. Основним представником системних васкулітів є:

А. Облітеруючий тромбангіт.

Г. Гігантоклітинний темпоральний артеріїт.

- Б. Вузликівий полі артеріїт.
- В. Змішана кріоглобулінемія.

Д. Гранулематоз Вегенера.

3. Ураження серцево-судинної системи при вузликовому періартеріїті може охоплювати:

- А. Артеріальну гіпертензію.
- Б. Коронарну недостатність.
- В. Перикардит.

- Г. Міокардит.
- Д. Все перелічене.

4. При вузликовому періартеріїті спостерігаються такі ознаки, крім:

- А. Сегментарного або вогнищового ураження судин.
- Б. Залучення в процес дрібних та середніх судин.
- В. Еозинофілії.
- Г. Одна і та сама стадія патологічного процесу у всіх уражених судинах.
- Д. Ушкодження судин, що живлять стінку великих судин.

5. Гемолітична анемія з позитивною реакцією Кумбса може спостерігатися при:

- А. Тромбоцитопенічній пурпурі.
- Б. Системній склеродермії.
- В. Системному червоному вовчаку.

- Г. Вузликовому періартеріїті.
- Д. Дерматоміозиті.

6. Для геморагічного васкуліту типовим є ураження:

- А. Артерій середнього калібру.
- Б. Аорти та її гілок.
- В. Вен.

- Г. Артеріол, капілярів, венул.
- Д. Судин еластичного типу.

7. Назвіть ознаку, яка найчастіше спостерігається при геморагічному васкуліті:

- А. Лихоманка.
- Б. Артрит.
- В. Ураження нирок.

- Г. Ураження легень.
- Д. Пурпура.

8. Всі перелічені критерії мають діагностичне значення при неспецифічному аортоартеріїті (хвороба Такааясу), крім:

- А. Пережованої кульгавості.
- Б. Послаблення пульсу на плечовій артерії.
- В. Ураження ЦНС.

- Г. Розвитку інфаркту міокарда.
- Д. Рецидивної виразки шлунка.

9. Характерними лабораторними змінами при системних некротизивних васкулітах є:

- А. Лейкоцитоз.
- Б. Лейкопенія.
- В. Виявлення антитіл до мієлопероксидази.
- Г. Виявлення антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду.
- Д. Виявлення антитіл до протеїнази-3.

1. Клінічними ознаками істинної поліцитемії є всі перераховані, крім:

- А. Почервоніння шкірних покривів, свербіння шкіри.
- Б. Збільшення селезінки, артеріальної гіпертонії.
- В. Слабкість, збільшення печінки і селезінки.
- Г. Збільшення печінки, лімфатичних вузлів.

2. Тактика терапії пацієнтів з істинною поліцитемією залежить від?

- А. Статі пацієнта.
- Б. Ризику розвитку ускладнень.
- В. Наявності високих показників гематокриту.
- Г. Маса тіла пацієнта.

3. Показання до призначення хіміотерапії при істинній поліцитемії все, крім?

- А. Вік пацієнта старше 60 років.
- Б. Наявність тромбозів в анамнезі.
- В. Рівень гематокриту вище 55%.
- Г. Виражена спленомегаля.

4. Які є показання до кровопускань при істинній поліцитемії?

- А. Виражена спленомегаля.
- Б. Лейкоцитоз, гіпертромбоцитоз.
- В. Доброякісний перебіг, еритроцитемічний варіант, діторідний вік.
- Г. Тромбози судин.

5. Які є протипоказання до кровопускань при еритремії?

- А. Гіперспленізм.
- В. Шкірне свербіння, плетора.
- Б. Тромбози судин в гострій стадії.
- Г. Дефіцит заліза.

6. Етапи обстеження пацієнта для виключення вторинної поліцитемії все, крім?

- А. УЗД щитоподібної залози.
- В. Пульсоксиметрія.
- Б. Визначення рівня еритропоєтину в крові.
- Г. Визначення спленоомегалії.

7. Цитостатичні препарати, що застосовують для лікування істинної поліцитемії все, крім?

- А. Алопуринол.
- В. Інтерферон.
- Б. Гідроксисечовина.
- Г. Бусульфан.

8. Тактика лікування хворого на істинну поліцитемію із групи низького ризику все, крім:

- А. Аспірин.
- В. Цитостатична терапія.
- Б. Флеботомія.
- Г. Лікування серцево-судинної патології.

9. Тактика лікування хворого на істинну поліцитемію із групи високого ризику все, крім:

- А. Аспірин.
- В. Цитостатична терапія.
- Б. Фізіотерапія.
- Г. Лікування серцево-судинної патології.

10. Причини вторинної поліцитемії все, крім:

- А. Бронхіальна астма.
- В. Вроджені вади серця.
- Б. Рак нири.
- Г. Ентероколіт.

1. Для ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури характерно все, крім:

- А. Кровотечі із слизових оболонок.
- Б. Петехій.
- В. Зменшення кількості тромбоцитів в крові.
- Г. Гематомного типу кровоточивості.

2. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура частіше виникає у:

- А. Чоловіків.
- В. Стать не має значення.
- Б. Жінок.
- Г. Чоловіків після 60 років.

3. Для лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури доцільно використовувати все, крім:

- А. Глюкокортикоїди.
- В. Імуноглобулін G.
- Б. Цитостатики.
- Г. Кріопріцитат.

4. Які зміни в периферичній крові найбільш характерні для хвороби Верльгофа?

- А. Панцитопенія.
- Г. Поліцитемія.
- Б. Лейкоцитоз.
- Д. Тромбоцитопенія.
- В. Підвищення ШОЕ.

5. Препаратом першої лінії для лікування хвороби Верльгофа є:

- А. Преднізолон.
- Г. Антибіотики.
- Б. Тромбоконтрат.
- Д. Ангіопротектори.
- В. Свіжозаморожена плазма.

6. Найчастіше локалізація висипу при геморагічному васкуліті знаходиться на шкірі:

- А. Тулуба.
- В. Спини.
- Б. Верхніх кінцівок.
- Г. Нижніх кінцівок.

7. Який характер геморагічного висипу на шкірі при хворобі Шенлейн-Геноха?

- А. Асиметричний.
- Г. Плямистий.
- Б. Частково симетричний.
- Д. Симетричний.
- В. Зливний.

8. Основним лабораторним діагностичним методом при аутоімунній тромбоцитопенічній пурпурі є:

- А. Пряма проба Кумбса.
- В. Пряма реакція Штеффена.
- Б. Реакція тромбоаглотинації.
- Г. Непряма проба Кумбса.

9. Яка форма імунної тромбоцитопенії найчастіше трапляється в клінічній практиці:

- А. Аутоімунна.
- В. Трансімунна.

Б. Гетероімунна.

Г. Аллоімунна.

10. Які клінічні форми прояву геморагічного синдрому ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

А. Крововиливи в колінні суглоби.

В. Крововиливи в ліктьові суглоби.

Б. Кровотечі з ясен.

Г. Шкірні крововиливи.

11. Приймання яких медикаментозних препаратів не призводить до розвитку тромбоцитопенії:

А. Гепарин.

В. НПЗП.

Б. Препарати заліза.

Г. Варфарин.

12. Яка початкова доза преднізолону для лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури?

А. 1 мг/кг.

В. 0,1 мг/кг.

Б. 4 мг/кг.

Г. 0,4 мг/кг.

13. Який метод лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури застосовують при неефективності глюкокортикоїдів:

А. Амінопронова кислота.

В. Спленектомія.

Б. Гемотрансфузії.

Г. Варфарин.

14. Доза десаметазону для лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

А. 1 мг/кг.

В. 12 мг.

Б. 40 мг.

Г. 0,4 мг/кг.

15. Причинами тромбоцитопенії є все перераховане, крім:

А. Прийом медикаментів.

В. ДВЗ-синдром.

Б. Інфекційні захворювання.

Г. Есенціальна тромбоцитемія

2. Для підтвердження діагнозу лімфоми Ходжкіна необхідно провести:

А. Бронхоскопію.

В. Стернальну пункцію.

Б. Трепанобіопсію.

Г. Біопсію лімфовузла.

3. Необхідними дослідженнями для діагностики лімфоми Ходжкіна є:

А. Лабораторні методи (гемограма, біохімічні дослідження).

Б. Цитологія і гістологія лімфовузла.

В. Радіосцинтиграфія.

Г. Лімфографія.

Д. Комп'ютерна и МР-томографія.

4. При лімфомі Ходжкіна здійснюють променеви дію:

А. На всі лимфовузли, в тому числі і на незмінні макроскопічно.

Б. Тільки на збільшені лимфовузли.

В. Тільки на зони біопсії лимфовузлів.

Г. Тільки на середостіння.

Д. Тільки на печінку и селезінку.

5. Кількість необхідних курсів поліхіміотерапії при лімфомі Ходжкіна визначається:

А. Стадією диссемінації процесу.

Г. Рівнем еритроцитів крові.

Б. Віком та статтю хворого.

Д. Гістологічним варіантом.

В. Рівнем лейкоцитів крові.

6. Неходжкінські лімфоми бувають всі, крім:

А. Фолікулярної.

В. Резорбтивної.

Б. Дифузної.

Г. Лімфобласної.

7. Ураження середостіння найбільш характерне для:

А. Неходжкінських лімфом.

В. MALT-лімфоми.

Б. Лімфоми Ходжкіна.

Г. Периферичних Т-клітинних лімфом.

8. Показаннями до проведення біопсії лімфатичного вузла є всі, крім:

А. Розмір лімфовузла більше 1 см.

Б. Збільшення декількох груп лімфатичних вузлів.

В. Посилання хворого про поступове збільшення лімфовузла.

Г. Розмір лімфовузла більше 5 мм.

9. Морфологічними варіантами лімфоми Ходжкіна є всі, крім:

- А. Лімфоїдної переваги.
- Б. Нодулярного склерозу.

- В. Лейкоцитарного виснаження.
- Г. Змішано-клітинного варіанту.

10. IV стадія лімфоми Ходжкіна характеризується:

- А. Ураженням декількох суміжних груп лімфатичних вузлів по одну сторону діафрагми.
- Б. Ураженням однієї групи лімфатичних вузлів або інших органів лімфатичної системи.
- В. Дисемінованим уреженням одного або декількох екстранодальних органів з ураженням нерегіонарних лімфатичних вузлів.
- Г. Ураженням лімфатичних вузлів або лімфатичних органів по обидві сторони діафрагми.

11. III Б стадія неходжкінських лімфом характеризується:

- А. Ураженням двох і більше груп лімфатичних вузлів або шлунка і кишечника та наявності симптомів інтоксикації.
- Б. Ураженням однієї групи лімфатичних вузлів чи органів лімфатичної системи.
- В. Ураженням двох і більше груп лімфатичних вузлів або шлунка і кишечника.
- Г. Ураженням лімфатичних вузлів або лімфатичних органів по обидві сторони діафрагми.

12. Які зміни лейкограми спостерігаються в пізніх стадіях лімфоми Ходжкіна?

- А. Нейтропенія.
- Б. Нейтрофільоз.
- В. Лімфоцитоз.
- Г. Лімфопенія.

13. Який метод діагностики використовують для визначення стадії лімфоми?

- А. Рентгенографія ОГК.
- Б. УЗД органів черевної порожнини.
- В. МРТ.
- Г. ПЕТ-КТ.

14. До В-симптомів інтоксикації відносять все, крім:

- А. Підвищення температури тіла без інфекційної патології.
- Б. Нічне спітніння.
- В. Схуднення більше ніж на 10% за останні 6 місяців.
- Г. Збільшення лімфатичних вузлів.

15. Які зміни лейкограми спостерігаються при хронічній лімфоцитарній лейкемії?

- А. Дизеритропоез.
- Б. Нейтрофільоз.
- В. Лімфоцитоз.
- Г. Лімфопенія