

Приклади тестових завдань для студентів 6 курсу.

Модуль 2 Невідкладна допомога в клініці внутрішньої медицини

1. З яких наведених засобів слід починати лікування набряку легень у хворого 65 років з хронічною ішемічною хворобою серця (пульс - 92 за хв., ритмічний; АТ-160/90 мм рт.ст.)?

- А. Седуксен (реланіум) внутрішньовенно.
- Б. Ізопротеренол (ізадрин) під язик.
- В. Морфін внутрішньовенно.
- Г. Преднізолон внутрішньовенно.
- Д. Лазикс внутрішньовенно.

2. З яких з наведених засобів найбільш доцільно починати лікування набряку легень у хворого 30 років із стенозом лівого передсердно-шлуночкового отвору (пульс - 96 за хв., ритм правильний, АТ - 120/90 мм рт.ст.)?

- А. Строфантин внутрішньовенно.
- Б. Преднізолон внутрішньовенно.
- В. Морфін внутрішньовенно.
- Г. Лазикс внутрішньовенно.
- Д. Манніт внутрішньовенно краплями.

3. Який з наведених препаратів зменшує венозний притік до серця?

- А. Коргликон.
- Б. Мезатон.
- В. Еуфілін.
- Г. Нітрогліцерин.
- Д. Преднізолон.

4. Для лікування набряку легень застосовують усі наведені препарати, крім:

- А. Морфіну.
- Б. Еуфіліну.
- В. Пропранололу.
- Г. Фуросеміду.
- Д. Пентаміну.

5. При гіпертензивному кризі на фоні гострої серцевої недостатності та інфаркту міокарда засобом вибору є:

- А. Нікардипіну гідрохлорид.
- Б. Верапаміл.
- В. Нітрогліцерин.
- Г. Гідралазин.
- Д. Клонідин.

6. При гіпертензивному кризі на фоні субарахноїдального крововиливу засобом вибору є:

- А. Нітропрурид натрію.
- Б. Нітрогліцерин.
- В. Німодипін.
- Г. Пропранол.
- Д. Есмолол.

7. При гіпертензивному кризі у хворого з серцевою недостатністю не можна застосувати препарати, крім:

- А. Нікардипіну гідро хлорид.
- Б. Верапамілу.
- В. Лабеталолу.
- Г. Пропранолону.
- Д. Фуросеміду.

8. При гіпертензивному кризі і розшаровуючій аневризмі аорти засобом вибору є:

- А. Клонідин.
- Б. Триметафан.
- В. Есмолол (або метопролол).
- Г. Верапаміл.
- Д. Гідралазин.

9. При гіпертензивному кризі, що проходить з судомами, при еклампсії вагітних засобом вибору є:

- А. Пентамін.
- Б. Магнію сульфат.
- В. Нітрогліцерин.
- Г. Верапаміл.
- Д. Еналаприлат.

10. При симпатoadреналовому кризі засобами вибору є:

- А. Верапаміл.
- Б. Пропранолол.
- В. Седуксен.
- Г. α -блокатори (піроксан).
- Д. Клонідин.

1. Які клінічні стани включає в себе термін «гострий коронарний синдром»?

- А. Інфаркт міокарда із підйомом сегмента ST.
- Б. Інфаркт міокарда без підйома сегмента ST.

В. Нестабільну стенокардію.

Г. Всі разом названі.

2. Провідним механізмом розвитку гострих коронарних синдромів є:

А. Інтерстиціальний фіброз міокарда.

Б. Дифузний кардіосклероз.

В. Стабільна атеросклеротична бляшка.

Г. Атеротромбоз, нестабільна атеросклеротична бляшка.

3. Найбільш чутливими та специфічними маркерами некрозу кардіоміоцитів є:

А. Міоглобін.

Б. Креатинфосфокіназа.

В. Тропоніни.

Г. АсАТ, АлАТ, ЛДГ.

4. Перкутанні коронарні втручання для пацієнтів із стійкою елевацією сегмента ST повинні бути виконані:

А. У перші 120 хвилин розвитку симптомів.

Б. Після оцінки за шкалою GRACE.

В. Обов'язково після тромболізу.

Г. Після стабілізації стану, до виписки із стаціонару.

5. Найбільш високим рівнем доказу ранньої користі зменшення ішемії при нестабільній стенокардії та інфаркту міокарда без постійної елевації сегмента ST є:

А. Нітрати.

Г. Бета-адреноблокатори.

Б. Антагоністи кальцію.

Д. Аспірин.

В. Гепарин.

6. Подвійна антитромбоцитарна терапія для хворих на гострий коронарний синдром включає в себе:

А. Аспірин і гепарин.

Г. Аспірин і варфарин.

Б. Аспірин і тікагрелор.

Д. Гепарин і клопідогрель.

В. Аспірин і тенектелаза.

7. У хворого 47 років, доставленого в клініку з гострим коронарним синдромом, настало зупинення кровообігу. Що може бути найбільш частим етіологічним фактором у даній ситуації?

А. Миготіння шлуночків.

Г. Суправентрикулярна тахікардія.

Б. Миготіння передсердь.

Д. Повна атріовентрикулярна блокада.

В. Тріпотіння передсердь.

8. Нестабільною слід вважати атеросклеротичну бляшку:

А. «Молоду», багату на ліпіди.

Г. Із щільною покривкою.

Б. Фіброзну, ексцентричну.

Д. З кальцинатами.

В. Фіброзну, концентричну.

9. Найбільш потужним вазоконстриктором є:

А. Ендотелійрелаксуючий фактор.

Г. Ангіотензин І.

Б. Простациклін.

Д. Ангіотензин ІІ.

В. Ендотелін І.

10. Тканинний активатор плазміногену у крові (N=5 мг/мл) циркулює у комплексі (95%) із:

А. Антитромбіном ІІІ.

Г. Інгібітором активатора плазміногену ІАП-

1.

Б. Тромбіном.

Д. Ендотеліном-1.

В. Протромбіном.

1. Згідно Універсальної класифікації інфаркту міокарда Тип ІІ – це:

А. Раптова серцева смерть.

Б. Спонтанний інфаркт міокарда, який розвинувся внаслідок первинної коронарної події (розрив, виразкування ерозії або розшарування атеросклеротичної бляшки).

В. Той, що розвинувся вторинно внаслідок ішемічного дисбалансу між потребою в кисні та його доставкою.

Г. Інфаркт міокарда, що пов'язаний із аорто-коронарним шунтуванням.

Д. Інфаркт міокарда, що пов'язаний із інвазивними втручаннями.

2. Рецидивуючим згідно класифікації називають інфаркт міокарда:

А. Який діагностується при відсутності анамнестичних та інструментальних ознак перенесеного у минулому ІМ.

Б. При якому є достовірні ознаки нового вогнища некрозу, що формується у басейні інших КА у терміни, що перевищують 28 днів із моменту попереднього ІМ

В. При якому наявні клініко-лабораторні та інструментальні ознаки формування нових вогнищ некрозу у терміни 72 год – 28 діб після розвитку ІМ.

3. Причиною підвищення рівню тропонінів, крім гострого інфаркту міокарда може бути:

А. Травма серця

Б. Застійна серцева недостатність

В. Ниркова недостатність

Г. Розшаровуюча аневризма аорти

Д. Все вище перераховане.

4. ЕКГ ознакою гострої тривалої оклюзії коронарної артерії є:

А. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях підйому сегмента $ST \geq 2,5$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 2$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або $\geq 1,5$ мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або ≥ 1 мм в інших відведеннях.

Б. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях підйому сегмента $ST \geq 4$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 3$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або ≥ 4 мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або ≥ 2 мм в інших відведеннях.

В. Поява графіки SI Q3 T3.

Г. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях депресії сегмента $ST \geq 2$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 2,5$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або $\geq 2,5$ мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або $\geq 1,5$ мм в інших відведеннях.

5. При оклюзії передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії в яких ЕКГ-відведеннях буде реєструватися елевация сегменту ST:

А. II, III, aVF.

Г. I, AVL, V5-V6

Б. V1-4.

Д. У правих грудних відведеннях.

В. V3-6.

6. Які порушення ритму, провідності часто виникають при оклюзії правої коронарної артерії:

А. Синусова тахікардія.

Г. Фібриляція передсердь.

Б. Синусова брадикардія.

Д. Синусова брадикардія, АВ-блокади.

В. Шлуночкова екстрасистоія.

7. Хворий А., 60 років, госпіталізований зі скаргами на серцевий біль та задишку, які виникли раптово після значного фізичного перенавантаження. На ЕКГ зафіксовано елевацию сегмента ST в II, III, aVF відведеннях. Підвищення КФК-МВ майже вдвічі відносно норми. Який діагноз є найбільш вірогідним?

А. Гострий задній інфаркт міокарду.

Г. Гострий перикардит.

Б. Гострий передній інфаркт міокарду.

Д. Розшаровуюча аневризма аорт.

В. Стенокардія напруги.

8. При лікуванні кардіогенного шоку використовують:

А. Обзідан.

Г. Гідрокортизон.

Б. Мезатон.

Д. Верапаміл.

В. Дофамін.

Е. Строфантин.

9. Кардіогенний шок, як правило, розвивається:

А. У перші години ІМ.

В. Протягом 2-3 тижнів з початку ІМ.

Б. Протягом 1-2 діб з початку ІМ.

Г. Через віддалений проміжок часу після ІМ

10. У хворого О, 60 років, який був госпіталізований у кардіологічне відділення лікарні з діагнозом ІХС: гострий Q- ІМ нижньої стінки лівого шлуночка, на 4 день захворювання раптово при вставанні з ліжка з'явилась важка дихальна недостатність, в нижніх відділах легень вологі дрібноміхурцеві хрипи, артеріальна гіпотензія на верхівці серця – грубий пансистолічний шум. ЕхоКГ: тремтіння задньої стулки мітрального клапана, її систолічне пролабування в ліве передсердя, трансмітральний потік - +++. Ваш діагноз:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| А. Гостра аневризма лівого шлуночка | Г. Розрив папілярного м'яза |
| Б. Зовнішній розрив міокарда | Д. Тромбоперикардит |
| В. Інфаркт правого шлуночка | |

1. Бета-блокатори відносять до антиаритмічних засобів (ААЗ):

- | | | | |
|-------------|--------------|---------------|--------------|
| А. І класу. | Б. ІІ класу. | В. ІІІ класу. | Г. ІV класу. |
|-------------|--------------|---------------|--------------|

2. Антагоністи кальцію відносять до ААЗ:

- | | | | |
|-------------|--------------|---------------|--------------|
| А. І класу. | Б. ІІ класу. | В. ІІІ класу. | Г. ІV класу. |
|-------------|--------------|---------------|--------------|

3. Препаратом першого вибору при пароксизмі суправентрикулярної тахікардії є:

- | | |
|---------------|------------------|
| А. АТФ. | В. Новокаїнамід. |
| Б. Верапаміл. | Г. Обзидан. |

4. Препаратом першого вибору при пароксизмі шлуночкової тахікардії є:

- | | |
|------------------|--------------|
| А. Новокаїнамід. | В. Лідокаїн. |
| Б. Гілуритмал. | Г. Кордарон. |

5. При купіруванні пароксизму шлуночкової тахікардії у хворих на органічні захворювання серця протипоказано введення:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| А. Новокаїнаміду. | В. Дизопірамід. |
| Б. Верапамілу. | Г. Кордарону. |

6. Найбільш виражений негативний ізотропний ефект мають:

- | | |
|------------------|--------------|
| А. Новокаїнамід. | В. Кордарон. |
| Б. Дизопірамід. | Г. Етацизин. |

7. Інтервал QT збільшується при терапії ААЗ:

- | | | | |
|--------------|--------------|---------------|--------------|
| А. ІВ-групи. | Б. ІС-групи. | В. ІІІ класу. | Г. ІV класу. |
|--------------|--------------|---------------|--------------|

8. Амідарон викликає:

- | |
|---|
| А. Збільшення тривалості QT. |
| Б. Збільшення ширини QRS. |
| В. Збільшення тривалості QT і ширини QRS. |
| Г. Збільшення тривалості QT і зменшення тривалості QRS. |

9. При передсердній екстрасистолії найбільш ефективний:

- | | |
|---------------|--------------|
| А. Анаприлін. | В. Дигоксин. |
| Б. Верапаміл. | Г. Етацизин. |

10. З метою купірування пароксизму фібриляції передсердь у хворих з синдромом WPW показано введення:

- | | |
|------------------|-------------------|
| А. Пропранололу. | В. Дигоксину. |
| Б. Верапамілу. | Г. Новокаїнаміду. |

1. Найпоширенішими захворюваннями й патологічними станами, які можуть призводити до настання РСС, є:

- | |
|---|
| А. Ішемічна хвороба серця і кардіоміопатії. |
| Б. Серцева недостатність та серцеві вади. |
| В. Аритмії та блокади серця. |
| Г. Синдром подовження інтервалу QT та електrolітні розлади. |
| Д. Все перелічене. |

2. При раптовій смерті за межами стаціонару шанс вижити не перевищує 10%. Тому велике значення має її первинна профілактика. Призначення якого препарату з

наведених класів найбільш ефективно в зниженні ризику раптової смерті у хворого з серцевою недостатністю?

- А. Бета-блокатори.
- Б. Серцеві глікозиди.
- В. Нітрати.
- Г. Антагоністи Са.
- Д. Сечогінні.

3. Гемодинамічними наслідками ТЕЛА є:

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

4. Клінічна картина ТЕЛА визначається:

- А. Ступенем гемодинамічних розладів.
- Б. Локалізацією тромбоембола.
- В. Рівнем легеневої гіпертензії.
- Г. Об'ємом емболізації легенево-судинного русла.
- Д. Усім вищенаведеним.

5. Об'єктивним критерієм гострого легеневого серця є:

- А. Патологічний ІІІ тон (правошлуночковий протодіастолічний ритм галопу) і парадоксальний пульс.
- Б. Зміщення правої межі відносно серцевої тупості.
- В. Тахікардія.
- Г. Гіпотензія.
- Д. Абдомінально-югулярний рефлекс.

6. Найбільш частою «маскою» немасивності ТЕЛА серед переліченого є:

- А. Поява і/або прогресування серцевої недостатності, резистентної до терапії.
- Б. Повторні пневмонії незрозумілої етіології, частково з перебігом плевропневмонії.
- В. Швидкозмінні (2-3 доби) сухі плеврити.
- Г. Ексудативні плеврити, в тому числі геморагічні.
- Д. «Безпричинна» лихоманка, що не піддається антибактеріальній терапії.

7. Які ЕКГ-ознаки гострого легеневого серця при масивній ТЕЛА є правильними?

- А. Раптове поглиблення Q_{III} і S_I.
- Б. Елевація RS-T III, aVF, V₁₋₂ і дискордантна депресія RS-T, I, AVL, V₅₋₆.
- В. Поява інверсії T III, aVF, V₁₋₂.
- Г. Повна або не повна блокада правої ніжки пучка Гісса.
- Д. Всі перелічені.

8. Загальна тривалість гепаринотерапії повинна бути не меншою:

- А. 5-7 днів.
- Б. 7-10 днів.
- В. 10-15 днів.
- Г. 15-20 днів.
- Д. 20-25 днів.

9. Показаннями до тромболітичної терапії при ТЕЛА є всі, крім:

- А. Шоку.
- Б. Поєднання з Q-інфарктом міокарда.
- В. Високої легеневої гіпертензії.
- Г. Гострої правошлуночкової недостатності.
- Д. ТЕЛА дрібних розгалужень.

10. Який з перелічених симптомів при масивній і субмасивній ТЕЛА є найменш постійним?

- А. Гіпотензія, колапс.
- Б. Церебральні розлади (запаморочення, зомління, збудження).
- В. Кровохаркання.
- Г. Гастроентерологічні розлади (болі в правому підбер'ї, стійка гикавка та ін.)
- Д. Усі наведені.

1. Пульс-терапія не може проводитися:

- А. Метилпреднізолоном
- Б. Аспірином
- В. Метотрексатом
- Г. Циклофосфамідом
- Д. Гідрокортизоном

2. Пульс-терапія метилпреднізолоном проводиться протягом:

- А. 3 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 10–15 хвилин

- Б. 3 днів із розрахунку 0,5–1,0 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин
- В. 3 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин
- Г. 7 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 3–4 годин
- Д. 10 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин

3. До ускладнень пульс-терапії не відносять:

- А. Гіперемію обличчя
- Б. Артрити великих суглобів
- В. Респіраторні інфекційні захворювання
- Г. Вірусні гепатити
- Д. Тахікардія

4. До небажаних явищ плазмаферезу не відносять:

- А. Втрата альбуміну, гормонів, солей та мінералів
- Б. Розвиток алергічних реакцій
- В. Нудота та головокружіння
- Г. Оніміння кінцівок
- Д. Інсульт

5. Який з генно-інженерних біологічних препаратів призначається при неефективності глюкокортикоїдів в поєднанні з циклофосфамідом і/або іншими імунодепресантами?

- А. Абатацепт
- Б. Адаліумаб
- В. Інфліксімаб
- Г. Ритуксимаб
- Д. Тоцилізумаб

6. При вивченні ефективності традиційних базових засобів при лікуванні хворих з ревматоїдним артритом і їх порівнянні з біологічними агентами (інфліксімаб) до найбільш вагомих переваг останніх було виявлено:

- А. Зменшує достовірно активність процесу.
- Б. Скорочує терміни активності процесу.
- В. Попереджає деструкцію суглоба і має стійку ремісію.
- Г. Дозволяє відмінити глюкокортикоїди.
- Д. Зменшує вісцеральні прояви захворювання.

7. Для системного червоного вовчача характерними є наступні кризи, крім:

- А. Аутоімунний.
- Б. Церебральний.
- В. Кардіальний.
- Г. Гематологічний

8. Найбільш частою формою ураження нирок при ревматоїдному артриті є:

- А. Гломерулонефрит мембранозний.
- Б. Гломерулонефрит мембранозно-проліферативний.
- В. Гломерулонефрит хронічний, інтерстиціальний.
- Г. Амлоїдоз.
- Д. Нефроангіосклероз

9. Показаннями до введення блокаторів ФНП-α є:

- А. Недостатній ефект системного базового лікування протягом 6 міс.
- Б. Непереносимість базисного лікування.
- В. Високий рівень ревматоїдного фактору, антицитрулінових антитіл в крові.
- Г. Висока активність захворювання.
- Д. Рання деструкція суглобів.
- Е. Все вище наведене

10. Основною перевагою біологічних агентів порівняно з базисним лікуванням у хворих з ревматоїдним артритом є:

- А. Позиттєве зменшення активності захворювання.
- Б. Попередження проведення пульс-терапії
- В. Попередження деструкції суглоба та стійка ремісія.
- Г. Гарантія відмови від глюкокортикоїдів.
- Д. Зменшення вісцеральних проявів захворювання.

1. У хворого 40 років спостерігається біль в ділянці крижово-здухвинного суглоба з довготривалим рецидивним моноартритом великого суглоба осьового скелета. Про яку хворобу це свідчить?

А. Хвороба Бехтерева.

Г. Хвороба Лайма.

Б. Попереково-крижовий остеохондроз.

Д. Псоріатичний артрит.

В. Ревматоїдний артрит.

2. Хворий, 58 років, скаржиться на загальну слабкість, втрату 10 кг маси тіла за 1,5 місяця, прогресуючий тупий біль у попереку, підвищення АТ 220/160 мм рт.ст., субфебрильну температуру. При огляді у правому підребер'ї пальпується утвор з горбистою поверхнею та незначною рухомістю, розширення вен сім'яного канатика та мошонки. В аналізі крові: анемія, високе ШОЕ. В сечі: питома вага 1020, білок – 0,99 г/л, ер. – на все поле зору, л – 4-6 у п/з. Ваш попередній діагноз?

А. Нефроптоз

Г. Сечокам'яна хвороба

Б. Пухлина нирки

Д. Гострий гломерулонефрит

В. Туберкульоз нирки

3. У чоловіка 59-ти років раптово з'явилися біль у попереку праворуч та макрогематурія, Подібне явище було декілька тижнів тому. Об'-но: t° - 37,7, Ps - 88/хв., АТ - 140/80 мм рт.ст. З боку легень та серця змін не виявлено. Живіт м'який, безболісний. Печінка + 1 см. Набряків нижніх кінцівок немає. Варикозне розширення вен сім'яного канатика праворуч. У крові: анемія, прискорення ШОЕ, гіпопротейнемія. У сечі протейнурія, еритроцитурія. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Пухлина нирки

Г. Хронічний гепатит

Б. Туберкульоз нирок

Д. Сечокам'яна хвороба

В. Хронічний гломерулонефрит

4. Пацієнт К., 38 років, звернувся до проктолога зі скаргами на біль ділянці куприка, який виникає після тривалого сидіння, знеболюючі препарати малоефективні, біль турбує хворого останні 2 місяці. Під час ретельного розпитування вдалося встановити, що пацієнт зазнав травму куприка 10 років тому під час гри у футбол. Під час пальцевого дослідження хворий відзначає болючість в ділянці куприка. Яке дослідження необхідно провести?

А. Ректороманоскопія

Г. Колоноскопія

Б. Іригографія

Д. Рентгенографія крижової кістки та куприка

В. УСГ

5. Хворого 43 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. АТ та пульс в нормі. Зі сторони органів грудної клітки та черевної порожнини патологічних змін не знайдено. Має місце невелика болюча припухлість в лівій поперековій ділянці. Який попередній діагноз?

А. Сечокам'яна хвороба

Г. Туберкульоз нирок

Б. Пухлина нирки

Д. Закрите пошкодження нирки

В. Гострий пієлонефрит

6. Хвора А., 50 років звернулась із скаргами на підвищення температури до 37,8°C, жовтушне забарвлення шкіри, яке вона помітила два дні тому. Протягом двох років відмічає виникнення болю у правому підребер'ї з іррадіацією у поперек при прийманні гострої або смаженої їжі. Не обстежувалась. П'ять днів тому після вживання такої їжі виник подібний біль. Після прийому но-шпи біль вщух, але в подальшому виникли означені скарги. При об'єктивному дослідженні: шкіра та склери жовтого забарвлення, язик вологий, з коричневим нальотом, аускультативно в легенях везикулярне дихання; пульс 90 уд/хв. АТ 140/90 мм рт. ст.; живіт м'який, помірно болісний у правому підребер'ї, ознак подразнення очеревини немає, пальпується дещо збільшена печінка. Лабораторні дані: загальний аналіз крові гемоглобін 122 г/л, лейкоцитів 12.2*10⁹/л, загальний білірубін 110 мкмоль/л, 75 мкмоль/л - прямих. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- А. Загострення хронічного гепатиту
- Б. Гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею
- В. Гострий панкреатит
- Г. Інфекційний гепатит
- Д. Цироз печінки

7. Чоловіка 32-х років протягом останнього року турбують болі у крижовій ділянці хребта та кульшових суглобах, біль та скутість при рухах у поперековому відділі хребта. ШОЕ 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Хворий є носієм HLA B27, який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Коксартроз
- Б. Ревматоїдний артрит
- В. Анкілозуючий спондилоартрит
- Г. Хвороба Рейтера
- Д. Спондиліоз

8. Хворий Т., 27 р. скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії та спині, багаторазову блювоту, яка не приносить полегшення, виражену загальну слабкість. Об-но: загальний стан важкий, шкіра та видимі слизові бліді з поодинокими фіолетовими плямами. Пульс - 100 уд./хв., АТ - 100/60 мм рт.ст. При пальпації живота визначається ригідність черевної стінки та різка болючість у епігастральній ділянці в зоні Шоффара та у лівому реберно-хребетному куті. Пульсація аорти в епігастральній ділянці не визначається. Ваш діагноз ?

- А. Гострий деструктивний апендицит
- Б. Гострий деструктивний холецистит
- В. Розшаровуюча аневризма аорти
- Г. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки
- Д. Гострий деструктивний панкреатит

9. Впродовж 4-х тижнів хворий 60 р. відчуває тупий біль у лівій частині спини, на рівні грудного відділу хребта. Пацієнт відчував слабкість, задишку та сухий кашель, зазначав $t - 37,5^{\circ}\text{C}$. Після забою грудної клітки біль різко посилюється, підвищилась t до 39°C . На місці забою набряк підшкірної клітковини. Ro: виявлено потовщення плеври з наявністю рідини в плевральній порожнині, в осаді пунктату еритроцити, лейкоцити. Яке захворювання найбільш ймовірне?

- А. Ексудативний плеврит
- Б. Посттравматичний плеврит
- В. Парапневмонічний плеврит
- Г. Емпієма плеври
- Д. Рак плеври

10. Молода жінка поступила зі скаргами на біль у спині (поперекова ділянка), клубовій ділянці, який віддає у праву статеву губу. Підвищення температури до $37,6^{\circ}\text{C}$. Під час пальпації позитивні симптоми Кохера-Волковича, Ровзінга, Сітковського. Досліджена гінекологом – патології жіночих органів не виявлено. Ваш діагноз?

- А. Позаматкова вагітність
- Б. Правобічна ниркова коліка
- В. Дивертикул Меккеля
- Г. Гостре запалення жовчного міхура
- Д. Запалення червоподібного паростка

1. Що таке «мала пульс-терапія», що застосовується при порушеннях гемодинаміки при анафілактичному шоці?

- А. 90-120 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Б. 5 мг преднізолону на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- В. 8-16 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Г. 125-250 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Д. 500 мг преднізолону в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію + 5000 од. гепарину.

2. Яку дозу преднізолону потрібно ввести при проведенні невідкладної допомоги при типовому варіанті анафілактичного шоку?

- А. 90-120 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Б. 0,5 мг на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- В. 8-16 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Г. 125-250 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

Д. 500 мг в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

3. Яку дозу дексаметазону потрібно ввести при проведенні невідкладної допомоги при типовому варіанті анафілактичного шоку?

А. 90-120 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

Б. 5 мг на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

В. 8- 16 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

Г. 125-250 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

Д. 500 мг в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

4. Яка частина разової терапевтичної дози препарату дається хворому при проведенні пероральної алергологічної проби?

А. 1/8.

Г. 1/4

Б. 1/16.

Д. 2 терапевтичні дози.

В. 1/2.

1. Критеріями гіперглікемічної гіперкетонімічної коми є всі, крім:

А. Поступового сповільнення наростання симптомів сонливості, загальмованості до втрати свідомості.

Б. Сухой шкіри і слизових.

В. Гіпотонії м'язів.

Г. Гіперглікемії > 18-20 ммоль/л, кетонемії, кетонурії.

Д. Брадикардії.

2. Клінічними варіантами гіперглікемічної гіперкетонемічної коми є всі, крім:

А. Серцево-судинного, або колаптоїдного.

Г. Енцефалопатичного.

Б. Абдомінального.

Д. Пульмонального.

В. Ниркового.

3. Лікування кетоацидотичної прекоми-коми включає все, крім:

А. Регідратації від 3 до 6 л інфузії фізіологічного розчину і гіпотонічного розчину.

Б. Інсулінотерапії нейтральним інсуліном короткої дії.

В. Інфузії ізотонічного розчину глюкози і хлориду калію.

Г. Антибіотиків за наявності активної інфекції.

Д. 8,4% розчину бікарбонату натрію.

4. При якій комі виникає запах гнилих фруктів від хворого, його сечі та блювотних мас?

А. Гіперкетонемічній.

Б. Гіперосмолярній.

В. Гіпоглікемічній.

5. Яка причина розвитку гіперглікемічної коми?

А. Надмірне введення інсуліну.

Б. Недостатній калораж добового харчового раціону.

В. Великі дози діуретиків.

Г. Зневоднення в результаті проносу.

Д. Недостатня кількість інсуліну або раптове припинення його введення.

1. Продромальний період існує для окремих синкопальних станів і проявляється:

А. Відчуттям легкості в голові.

Б. Нудотою

В. Пітливістю і загальною слабкістю.

Г. Візуальними ефектами про наближення запаморочення.

Д. Все вище перераховане.

2. Повна втрата свідомості при рефлекторному запамороченні, що відповідає класичному (типовому) перебігу синкопе складає:

А. До 20 секунд.

Г. До 2-3 хвилин.

Б. До 30 секунд.

Д. більше 3 хвилин.

В. До 1 хвилини.

3. Затяжний синкопальний стан свідчить про втрату свідомості, викликану іншими причинами, що є складним процесом діагностики. В часовому вимірі такі ситуації ТВС тривають:

А. 2-3 хвилини.

Б. 3-4 хвилини.

В. 4-5 хвилин.

Г. Більше 5 хвилин.

Д. Все вище згадане.

4. До рефлексорних (неврогенних) синкопе відносяться всі, крім одного невірною:

А. Вазовагальні (страх, біль, фобія крові, мед. маніпуляцій).

Б. Ситуаційні (чихання, кашель, стимуляція ШКТ, постпрандіальні)

В. Подразнення каротидного синусу.

Г. Атипові.

Д. Первинна або вторинна вегетативна недостатність.

5. До синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії відносяться:

А. Ортостатична гіпотензія, спровокована хімічними речовинами.

Б. Ортостатична гіпотензія внаслідок дефіциту об'єму циркулюючої крові.

В. Ортостатична гіпотензія спровокована медикаментами.

Г. Ортостатична гіпотензія внаслідок враження головного та спинного мозку.

Д. Все вище згадане.

6. До кардіальних синкопе не відноситься:

А. Різноманітні браді і тахіаритмії.

Б. Пароксизмальні тахікардії.

В. Різна структурна патологія серця (клапанні вади, гострий коронарний синдром, гіпертрофічна кардіоміопатія, пухлини серця).

Г. Емболії малого кола кровообігу.

Д. Вказаної відповіді не наведено.

7. Масаж каротидного синусу є показаним провокаційним тестом одній з категорій хворих:

А. Віком понад 40 років із синкопе невідомої етіології після первинної оцінки стану.

Б. Пацієнтам, що перенесли інфаркт міокарда продовж останніх 3-х місяців.

В. Пацієнтам, що перенесли транзиторну ішемічну атаку або інсульт упродовж останніх 3-х місяців.

Г. Пацієнти в який вислуховуються каротидні шуми.

Д. Вказаної відповіді не наведено.

8. Масаж каротидного синусу є діагностично значущим критерієм, якщо синкопальний стан відтворюється разом з асистолією тривалістю:

А. ≥ 3 секунди.

Б. Падіння артеріального тиску систолічного > 40 мм.рт.ст.

В. > 6 секунд, і/або падінням САТ > 50 мм.рт.ст.

Г. ≥ 10 секунд, і/або падінням САТ > 50 мм.рт.ст.

Д. Падінням САТ ≥ 50 мм.рт.ст.

9. Діагностичними критеріями ортостатичної гіпотензії з виконанням тесту активного стояння є:

А. Симптомне зниження сАТ, порівняно з вихідним значенням, на ≥ 20 мм.рт.ст.

Б. Симптомне значення діастолічного АТ ≥ 10 мм.рт.ст.

В. Симптомне зниження сАТ < 90 мм.рт.ст.

Г. Всі перші 3 відповіді вірні.

Д. Запропонованої вірної відповіді не вказано.

10. Лікування аритмогенного синкопального стану впровадженням кардіостимуляції показане всім, крім одного:

А. При дисфункції синусового вузла, що найбільш ймовірно пов'язане із його зупинкою

Б. При дисфункції синусового вузла і синкопе та порушенням коригованого часу відновлення синусового вузла.

В. При синкопе та АВ-блокаді 2 ступеня типу Мобіц II та III ступеня.

Г. При всіх 3-х попередніх ситуаціях (А, Б, В).

Д. При синкопе нез'ясованого генезу без даних про будь яке порушення провідності.

1. Усі твердження щодо тиреотоксичного кризу є вірними, за винятком наступного:

А. Хірургічне втручання та інфекції можуть спровокувати тиреотоксичний криз

Б. Розвиток кризу пов'язано з раптовим різким підйомом рівня тиреодних гормонів в крові

В. При тиреотоксичному кризі ефективно призначення радіоактивного йоду

Г. У лікуванні кризу доцільне використання бета-блокаторів

Д. У терапії кризу доцільне застосування препаратів неорганічного йоду

2. Причиною розвитку тиреотоксикозу при яєчниковій струмі є:

А. Підвищена секреція тиреоїдних гормонів у відповідь на плацентарний β -хоріонічний гонадо-тропін людини

Б. Ектопічна секреція тиреоїдних гормонів тканиною пухлини

В. Ектопічна секреція тиреотропіну тканиною пухлини

3. Основні клінічні прояви тиреотоксичного кризу:

А. Сухість шкірних покривів, запори

Б. Мерзлякуватість, зниження артеріального тиску

В. Прискорене серцебиття, аритмії, підвищення температури до 40-41С, збудження

Г. Брадикардія, зниження артеріального тиску

4. Лікувальна тактика при тиреотоксичному кризі:

А. Призначення тиреостатичних препаратів і глюкокортикоїдів

Б. Регідратація і інсулінотерапія

В. Призначення петльових діуретиків

Г. Внутрішньовенне введення левотироксину натрію.

5. Негормональні лабораторні ознаки гострої надниркової недостатності:

А. Лейкопенія, гіперглікемія, гіпокаліємія

Б. Гіперкаліємія, гіпоглікемія, підвищення рівня креатиніну

В. Лейкоцитоз, гіпокаліємія, гіпернатріємія

Г. Анемія, лейкопенія, гіпохлоремія, гіпонатріємія, гіперглікемія

6. Причини гострої надниркової недостатності:

А. Крововиливи в наднирники

Б. Аутоімунний процес

В. Аденома наднирників

Г. Тривалий прийом гіпотензивних препаратів

7. Лікувальна тактика при розвитку гострої надниркової недостатності:

А. Призначення дексаметазону

Б. Призначення гідрокортизону

В. Призначення адреналіну та метилпреднізолону

Г. Призначення адреналіну

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

А. Пряма проба Кумбса.

В. Пряма реакція Штеффена.

Б. Реакція тромбоаглютинації.

Г. Непряма проба Кумбса.

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

А. Аутоімунна.

В. Трансімунна.

Б. Гетероімунна.

Г. Аллоімунна.

3. Основний діагностичний принцип ідіопатичної (аутоімунної) тромбоцитопенічної пурпури - це:

А. Виявлення аутоантитіл в сироватці крові.

Б. Ідентифікація аутоантитіл на поверхні тромбоцитів крові.

В. Ідентифікація антигенів на поверхні тромбоцитів крові.

Г. Виявлення антигенів в сироватці крові.

4. 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.

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

А. Тулуба.

В. Спини.

Б. Верхніх кінцівок.

Г. Нижніх кінцівок.

6. Які методи визначення функціонального стану тромбоцитів?

- А. Час рекальцифікації.
- Б. Реакція адгезії.
- В. Час згортання.
- Г. Реакція агрегації.
- Д. Все перераховане.
- Е. Все перераховане крім п.А.

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

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

8. Які патологічні зміни є в наступній гемограмі: Нв -130 г/л, еритроцити - $4,2 \times 10^{12}/л$, КП - 0,93, ретикулоцити - 5%, тромбоцити - $50 \times 10^9/л$, лейкоцити - $5,6 \times 10^9/л$, паличкоядерні - 3,5%, сегментоядерні - 60%, еозинофіли - 0,5%, лімфоцити - 25%, моноцити - 11%, ШОЕ - 5 мм/г?

- А. Анемія.
- Б. Еозинофілія.
- В. Немає змін.
- Г. Лейкоцитоз.
- Д. Тромбоцитопенія.

9. У хворого з ознаками геморагічного діатезу виявлено: Нв - 120 г/л, л. - $9 \times 10^9/л$, тр. - $150 \times 10^9/л$, час згортання крові по Лі-Уайту - 8 хв., час кровотечі по Д'юку - 6 хв., АЧТЧ - 50 сек. Такі дані лабораторних досліджень характерні для:

- А. Для хвороби Вілебранда.
- Б. Для тромбастенії Глянцмана.
- В. Для хвороби Верльгофа.
- Г. Для гемодилуючої коагулопатії.

10. Які методи дослідження резистентності судинної стінки?

- А. Проба «джгута».
- Б. Проба з Р32.
- В. Проба «щипка».
- Г. Проба з J131.

11. Які методи дослідження проникності судинної стінки?

- А. Проба «джгута».
- Б. Проба з Р32.
- В. Проба «щипка».
- Г. Проба з J131.

12. Які методи експрес-діагностики тромбозу і ДВЗ-синдрому?

- А. Час згортання крові.
- Б. Час рекальцифікації.
- В. Етаноловий тест.
- Г. Протромбіновий час.

1. Охарактеризуйте найбільш типовий біль при гострому панкреатиті:

- А. Гострий біль у правому підребір'ї, з іррадіацією в ділянку шиї.
- Б. Зростаючий біль в епігастрії з іррадіацією ліворуч, в спину, поперек.
- В. Гострий біль у припулковій ділянці, переймоподібний.
- Г. Гострий біль у лівій половині живота.
- Д. Біль у надлобковій ділянці.

2. Хвора 38 років скаржиться на біль у правому підребер'ї, нудоту, блювання. Об'єктивно: шкірні покриви чисті, PS 88/хв, АТ 120/70 мм рт. ст. Живіт обмежено бере участь в акті дихання, болісний та напружений у правому підребер'ї. Симптом Ортнера (+). Симптом Блюмберга (+). Яке захворювання у хворої?

- А. Гострий холецистит.
- Б. Гострий панкреатит.
- В. Гострий апендицит.
- Д. Гостра кишкова непрохідність.
- Е. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки.

3. Патогномонічним симптомом неускладненої ЖКХ є напад міліарної (жовчної) коліки, який майже у більшості хворих супроводжується транзиторними підвищеннями активності всього, крім:

- А. АЛАТ і АСАТ.
- Б. Лужної фосфатази.
- В. γ -глутамілтрансферази.
- Г. Білірубину.
- Д. Загального білка.

4. Тривалість курсової пероральної літотічної терапії становить:

- А. 8-10 днів.
- Б. 12-14 днів.
- Г. 18 -20 днів.
- Д. 18-24 днів.

В. 16 -18 днів

1. Для якого клінічного періоду ГПН характерними є наростання азотемії, диспепсичних розладів, позаклітинна гіпергідратація з набряками?

- А. Періоду відновлення діурезу.
- Б. Олігоанурічного періоду.
- В. Періоду початкової дії етіологічного фактора.
- Г. Періоду видужування.
- Д. Для всіх перелічених.

2. Основною причиною ГПН із збереженим діурезом і нормальними розмірами нирок є:

- А. Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит.
- Б. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит.
- В. Фібропластичний нефрит.
- Г. Мезангіокапілярний нефрит.
- Д. Ідіопатичний інтерстиціальний нефрит.

3. Найбільш частими причинами ГПН є всі, крім:

- А. Преренальних.
- Б. Ренальних.
- В. Постренальних.
- Г. Параренальних.

4. До олігуричної фази ГПН відносять стани, при яких добовий діурез відповідно становить:

- А. < 500 мл.
- Б. < 400 мл.
- В. < 300 мл.
- Г. < 200 мл.
- Д. < 100 мл.

5. До поліуричної фази ГПН відносять стани, при яких добовий діурез відповідно становить:

- А. 1-2 л.
- Б. 2-3 л.
- В. 2-4 л.
- Г. 2-5 л.
- Д. > 5 л.

6. Невідкладною допомогою при ГПН є:

- А. Ліквідація причинного фактора.
- Б. Ліквідація артеріальної гіпотензії, боротьба з шоком.
- В. Корекція гіперкаліємії і метаболічного ацидозу.
- Г. Симптоматична терапія, а за її відсутності перитонеальний діаліз, гемодіаліз, гемосорбція, лімфосорбція.
- Д. Всі перелічені заходи