

Жінка 23-х років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,4 °С, появу геморагічного висипу на нижніх кінцівках, біль в попереку, червоний колір сечі. Захворіла 3 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: шкіра бліда, на поверхні гомілок і стегон – дрібний геморагічний симетричний висип. Частота серцевих скорочень – 90/хв., АТ – 115/90 мм рт. ст. Симптом постукування помірно позитивний з обох боків. В крові: лейкоцити – $9,6 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 180×10^9 /л, ШЗЕ – 31 мм/год. В сечі: білок – 0,33 г/л, ер., змінені – 30–40 в п/з, лейкоцити – 5–8 в п/з. Який з наведених препаратів є патогенетично обґрунтованим для лікування в даному випадку?

Гепарин

Вікасол

Аскорбінова кислота

Рутин

Кальцію глюконат

Пацієнтка віком 62 роки скаржиться на підвищення t до 38,7 °С, загальну слабкість, нудоту, блювання та біль у поперековій ділянці справа. Із анамнезу: хворіє на цукровий діабет 2-го типу, хронічний панкреатит, ЖКХ. Об'єктивно: шкіра гіперемована, АТ – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92/хв, t – 38,7 °С, дихання вільне та везикулярне, живіт м'який, безболісний. Симптом постукування позитивний праворуч. За результатами аналізу крові виявлено: Нb – 120 г/л, еритроцити – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – 12×10^9 /л, тромбоцити – 220×10^9 /л. Який найімовірніший діагноз?

Гострий пієлонефрит

Гастроентерит

Гострий панкреатит

ЖКХ. Напад жовчної кольки

Черевний тиф

Пацієнтка скаржиться на різкий нападоподібний біль у лівій поперековій ділянці, нудоту, періодичне блювання, червону сечу та часте сечовипускання. Із анамнезу: захворіла гостро кілька годин тому, після поїздки в машині. Прийом ванни дещо зменшив біль, але за кілька годин він знову різко посилюється. Об'єктивно: різка болючість під час пальпації в ділянці лівої нирки, позитивний симптом постукування зліва. Який найімовірніший діагноз?

Сечокам'яна хвороба, лівобічна ниркова коліка

Аддісонова хвороба, криз

Полікістоз нирки, загострення хронічного пієлонефриту

Гострий пієлонефрит, абсцес нирки

Уретероцеле, гідроуретеронефроз

Пацієнт віком 20 років скаржиться на появу набряків на ногах та обличчі, підвищення АТ до 170/105 мм рт. ст. Із анамнезу: 2 роки тому перехворів на гострий гломерулонефрит. За результатами аналізу сечі виявлено: протеїнурія – 5,5 г/л. Яку патогенетичну терапію необхідно призначити?

Цитостатики

Інгібітори АПФ

Сечогінні

НПЗП

Антибіотики

Пацієнт віком 36 років скаржиться на головний біль, набряки на нижніх кінцівках, загальну слабкість та швидку втому. З анамнезу: 14 днів тому переніс ГРВІ. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, набряки на нижніх кінцівках, АТ 150/100 мм рт. ст., симптом постукування помірно позитивний з обох боків. У загальному аналізі сечі: протеїнурія 2,7 г/л та еритроцитурія 15–20 в полі зору. Який найімовірніший діагноз?

Гострий гломерулонефрит

Гострий пієлонефрит

Сечокам'яна хвороба

Туберкульоз нирок

Амілоїдоз нирок

Пацієнтка віком 34 роки скаржиться на слабкість, підвищення АТ до 170/95 мм рт. ст, появу набряків на стопах і гомілкях, біль у попереку. З анамнезу: часто хворіє на ГРВІ, загострення тонзиліту. У загальному аналізі сечі: питома вага – 1022, лейкоцити – 6–8 у п/з, еритроцити – 9–10 у п/з. Добова екскреція білка з сечею – 5,8 г/л. В аналізі сечі за Нечипоренком: лейкоцити – 2000/мл, еритроцити – 1000/мл, циліндри – 10 /мл. У біохімічному аналізі крові: гіперхолестеринемія та гіпопротеїнемія. Який синдром ураження нирок спостерігається в цієї пацієнтки?

Нефротичний

Гострої ниркової недостатності

Сечовий

Нефритичний

Хронічної ниркової недостатності

Пацієнт скаржиться на нудоту, задишку в спокої, зменшення кількості сечі до 400 мл на добу. З анамнезу: такий стан розвинувся після вживання гентаміцину. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, набряки на обличчі та гомілкях, під час аускультатії легень вислуховується шум тертя плеври, вологі хрипи. За результатами аналізу крові виявлено: креатинін – 560 мкмоль/л, К – 6,2 ммоль/л. В аналізі сечі спостерігається: білок – 0,8 г/л, еритроцити – 5–7 у полі зору. Який найімовірніший діагноз?

Гостра ниркова недостатність

Хронічна ниркова недостатність

Гострий пієлонефрит

Гостра затримка сечі

Гострий гломерулонефрит

Пацієнтка віком 52 роки скаржиться на постійний тупий біль у попереку, що посилюється після тривалого перебування в статичному положенні, під час фізичного навантаження та переохолодження, загальну слабкість наприкінці дня. З анамнезу: біль у попереку турбує впродовж 10 років. Об'єктивно спостерігається: блідість шкірних покривів, $t - 37,3^{\circ}\text{C}$, АТ – 183/99 мм рт. ст. Незначні болісні відчуття під час постукування у поперековій ділянці з обох боків. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $6,3 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 21 мм/год. У загальному аналізі сечі: відносна щільність – 1011, лейкоцити – 13–16 в полі зору, еритроцити – 3–4 в полі зору. Мікробна кількість сечі – 100000 в 1 мл. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний пієлонефрит

Сечокам'яна хвороба

Полікістоз нирок

Амілоїдоз нирок

Хронічний гломерулонефрит

Пацієнт віком 46 років скаржиться на набряк гомілок та стоп. Із анамнезу відомо: туберкульоз легень 15 років тому, курить. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри та слизових оболонок, обличчя та повіки набряклі, набряки в ділянці крижа та нижніх кінцівок. Серцева діяльність ритмічна, акцент II тону над легеневою артерією. АТ – 100/75 мм рт. ст., пульс – 96/хв, ритмічний. Аускультативно в легенях вислуховується ослаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. Печінка +3 см, чутлива. За результатами аналізу крові виявлено: ШЗЕ 54 мм/год, Hb – 120 г/л, еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /л, білок – 48 г/л (альбуміни – 36,2 %). В аналізі сечі: питома вага – 1,018, білок – 8,2 г/л, лейкоцити 4-5 в п/з, еритроцити - 2-3 в п/з, свіжі, циліндри – 6–8 в п/з, гіалінові та воскоподібні. Яка найімовірніша причина набрякового синдрому в пацієнта?

Вторинний амілоїдоз нирок з нефротичним синдромом

Хронічна ниркова недостатність

Печінкова недостатність із порушенням синтезу альбумінів

Ангіоневротичний набряк

Декомпенсоване хронічне легеневе серце

Хворій 20-ти років у зв'язку з перенесеною ангіною були призначені антибіотики, від яких вона відмовилася. Через 2 тижні з'явилися набряки обличчя, підвищився АТ, зменшилась кількість виділеної сечі. Об'єктивно: АТ – 150/110 мм рт. ст. У сечі: питома вага – 1020; білок – 6,3 г/л; еритроцити – 30–40 п/з; поодинокі гіалінові циліндри. Креатинін крові – 340 мкмоль/л, сечовина – 4,2 ммоль/л. Яке захворювання розвинулося в пацієнтки?

Гострий гломерулонефрит

Гострий пієлонефрит

Хронічний гломерулонефрит

Хронічна ниркова недостатність

Хронічний пієлонефрит

Хвора 36-ти років захворіла гостро. Захворювання почалося з високої температури тіла, остуди, профузного поту. Потім з'явився тупий біль у поперековому відділі, неприємні відчуття при сечовипусканні. Об'єктивно: напруження м'язів поперекового відділу, позитивний симптом постукування з обох боків. В крові: лейкоцити до 12×10^9 /л, нейтрофілоз. В сечі: білок – 0,6 г/л, лейкоцити на все п/з, бактерії – більше 100 000 в 1 мл сечі. Яким буде попередній діагноз?

Гострий пієлонефрит

Гострий цистит

Сечокам'яна хвороба

Туберкульоз нирки

Гострий гломерулонефрит

Хворий 58-ми років скаржиться на слабкість, набряки ніг, задишку, анорексію. Протягом багатьох років хворіє на хронічний бронхіт. Останні 5 років відзначає посилення виділення харкотиння, часто гнійного характеру. Об'єктивно: ЧСС –

80/хв, АТ – 120/80 мм рт. ст., розповсюджені набряки, шкіра бліда, суха, тургор знижений. У сечі: значна протеїнурія, циліндрурія. Вкажіть найбільш вірогідний патологічний процес у нирках:

Амілоїдоз нирок

Інтерстиціальний нефрит

Хронічний пієлонефрит

Хронічний гломерулонефрит

Гострий гломерулонефрит

Хворий 46-ти років вперше помітив набряки на ногах, слабкість, відчуття «повноти» та важкості в правому підребер'ї. 20 років хворіє на ревматоїдний артрит. Збільшені печінка і селезінка, щільної консистенції. Креатинін крові – 0,23 ммоль/л, протеїнемія – 53 г/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, питома вага сечі – 1012, протеїнурія – 3,3 г/л, поодинокі воскоподібні циліндри, еритроцити вилужені в п/з, лейкоцити – 5–6 в п/з. Яке ускладнення найбільш імовірне?

Амілоїдоз нирок

Хронічний гломерулонефрит

Гострий гломерулонефрит

Серцева недостатність

Хронічний пієлонефрит

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

Призначити загальний аналіз сечі та виконати бактеріологічне дослідження сечі

Призначити нітрофурантоїн перорально на 10 днів

Рекомендувати пройти тест на вагітність

Призначити триметоприм-сульфаметоксазол на 10 днів

Розпочати внутрішньовенне введення цефтриаксону

Чоловік 64-х років надійшов у відділення невідкладної допомоги зі скаргами на набряки нижніх кінцівок, попереку та передньої черевної стінки. В анамнезі хронічний бронхіт з бронхоектазами. При фізикальному обстеженні: t – 37,2 °С, АТ – 110/75 мм рт. ст., пульс – 82/хв., частота дихання – 19/хв. При лабораторному дослідженні у загальному аналізі сечі: питома вага – 1025, білок – 9,9 г/л, лейкоцити – 2–3 у полі зору, еритроцити – 1–2 у полі зору, циліндри – немає. Добова протеїнурія – 11,4 г/добу. У біохімічному аналізі крові: загальний білок – 52 г/л, альбуміни – 30 г/л, холестерин – 9,6 ммоль/л. Який тип ураження нирок у цього хворого є найбільш імовірним?

АА амілоїдоз, нефротичний синдром

Пієлонефрит, сечовий синдром

Тубуло-інтерстиціальний нефрит, нефротичний синдром

Гломерулонефрит, нефритичний синдром

Діабетична нефропатія, нефритичний синдром

Жінка 60-ти років з нормальною масою тіла отримує з добовим раціоном 50 г білка, 70 г жиру, 300 г вуглеводів. У раціоні переважають зернобобові, достатньо овочів, але обмежена кількість молока і молочних продуктів. Весною

щоденно вживає щавель і ревінь. Ризиком якого захворювання для жінки у першу чергу може бути такий раціон?

Сечокам'яної хвороби

Ожиріння

Гіпертонічної хвороби

Атеросклерозу

Остеопорозу

Жінка 37-ми років звернулася до лікаря зі скаргами на біль в поперековій, ділянці, підвищення температури тіла до 38 °С. При фізикальному обстеженні: позитивний симптом постукування, більше виражений справа. У загальному аналізі крові: Нb – 115 г/л, еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $15,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 28 мм/год. У загальному аналізі сечі: колір – світло жовтий, питома вага – 1018, білок – 0,42 г/л, лейкоцити – 20–30 у полі зору, багато слизу. Який діагноз є найбільш імовірним?

Гострий пієлонефрит

Гострий апендицит

Гострий гломерулонефрит

Гострий аднексит

Тубулоінтерстиційний нефрит

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

Хронічною нирковою недостатністю

Пієлонефритом

Амілоїдозом нирок

Гострою нирковою недостатністю

Нефротичним синдромом

39-річна хвора жінка скаржиться на підвищення температури тіла до 37,8 °С протягом двох діб, часте сечовипускання, ниючий біль у поперековій ділянці. Зазначені симптоми виникли вперше після переохолодження. Під час фізикального обстеження спостерігається болючість пальпації в ділянці нирок. Результат загального аналізу сечі: рН – лужна, білок – 0,099 г/л, лейкоцити вкривають усе поле зору, еритроцити – 0 у полі зору, циліндри – 0 у полі зору. Результат загального аналізу крові: гемоглобін – 140 г/л, лейкоцити – $9,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 30 мм/год. Який препарат слід вибрати для проведення емпіричної антибактеріальної терапії?

Ципрофлоксацин

Триметоприм-сульфаметоксазол

Фосфоміцин

Амікацин

Амоксицилін

Пацієнт віком 64 роки звернувся до лікаря зі скаргами на набряки нижніх кінцівок, попереку та передньої черевної стінки. З анамнезу відомо про

наявність у пацієнта хронічного бронхіту з бронхоектазами. Об'єктивно: t – 37,2 °С, АТ – 110/75 мм рт. ст., пульс – 82/хв, ЧД – 19/хв. У загальному аналізі сечі виявлено: питома вага – 1,025, білок – 9,9 г/л, лейкоцити – 2–3 у полі зору, еритроцити – 1–2 у полі зору, циліндри – немає. Добова протеїнурія – 11,4 г/добу. У біохімічному аналізі крові спостерігається: загальний білок – 52 г/л, альбуміни – 30 г/л, холестерин – 9,6 ммоль/л. Який тип ураження нирок є найімовірнішим у цього пацієнта?

Амілоїдоз, нефротичний синдром

Гломерулонефрит, нефритичний синдром

Пієлонефрит, сечовий синдром

Тубулоінтерстиціальний нефрит, нефротичний синдром

Діабетична нефропатія, нефритичний синдром

Хворий 45-ти років перебуває на стаціонарному лікуванні. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39,0 °С, біль в попереку справа, каламутну сечу з домішками крові. Під час КТ виявлено ділянку зниження щільності паренхіми, відсутність відмінності між кортикальним та медулярним шаром, збільшення щільності паранефральної клітковини внаслідок набряку. Який діагноз?

Пієлонефрит

Гломерулонефрит

Рак нирки

Абсцес нирки

Паранефрит

Під час планового обстеження пацієнтки віком 22 роки та терміном вагітності 30 тижнів двічі у сечі виявлено ізольовану бактеріюрію. Вагітність перебігає без патології. Вкажіть подальшу тактику ведення вагітної.

Призначення ампіциліну

Фітотерапія

Динамічне спостереження

Призначення ципрофлоксацину

Фізіотерапевтичне лікування

Пацієнт 37-ми років надійшов у нефрологічне відділення з діагнозом: хронічна хвороба нирок, І ст. – мезангіопроліферативний гломерулонефрит. АТ – 140/90 мм рт. ст. Добова втрата білка із сечею становить – 5,1 г. У крові: загальний білок – 48,2 г/л; сечовина – 5,7 ммоль/л; креатинін – 76,3 мкмоль/л; холестерин – 8,1 ммоль/л. Яку групу препаратів необхідно призначити?

Глюкокортикостероїди

Нестероїдні протизапальні

Антибіотики

Нітрофурани

Сульфаніламідні

Хворий 62-х років скаржиться на набряки ніг, задишку, схуднення, загальну слабкість. Протягом багатьох років хворіє на ХОЗЛ. В останні приблизно три роки відзначає посилення виділення гнійного харкотиння. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, тургор знижений виражені набряки на гомілкях і стопах, Ps – 82/хв., АТ – 120/80 мм рт. ст. В загальному аналізі сечі значна протеїнурія, циліндрурія. Найбільш імовірне ускладнення:

Амілоїдоз нирок

Хронічний гломерулонефрит

Хронічний пієлонефрит

Інтерстиціальний нефрит

Гострий гломерулонефрит

У пацієнтки віком 30 років під час обстеження виявлено добову протеїнурію – 2,2 г. Під час біопсії виявлено: зміни стінок капілярів клубочків у вигляді дротяних петель. Про яку морфологічну форму ураження нирок свідчать результати біопсії?

Дифузний вовчаковий гломерулонефрит

Мезангіальний гломерулонефрит

IgA нефропатія

Мембранозний гломерулонефрит

Нефросклероз

У пацієнта, який хворіє на хронічну хворобу нирок протягом останнього місяця з'явилися скарги на швидку втомлюваність, порушення сну, відчуття нудоти, свербіж шкіри. Об'єктивно спостерігається: свідомість загальмована, шкірні покриви бліді, одутлість обличчя. Під час аускультатії серця спостерігається: тони аритмічні, глухі, ЧСС – 105/хв, АТ – 170/100 мм рт. ст. Під час аускультатії легень спостерігається: дрібно-пухирчасті хрипи в нижніх відділах. У біохімічному аналізі крові виявлено: креатинін – 0,65 ммоль/л. Який рівень швидкості клубочкової фільтрації є показанням для замісної терапії?

15 мл/хв

35 мл/хв

30 мл/хв

25 мл/хв

20 мл/хв

Пацієнт віком 38 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C, мерзлякуватість, профузний піт, тупий біль у попереку, що поширюється у надлобкову ділянку. Об'єктивно: напруження м'язів у поперековому відділі, болісні відчуття під час постукування у поперековій ділянці з обох боків. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз – 12×10^9 /л. У загальному аналізі сечі: протеїнурія – 0,7 г/л, лейкоцитурія 15–20 у полі зору, бактеріурія більше 100000 на 1 мл сечі. Який найімовірніший діагноз?

Гострий пієлонефрит

Нирковокам'яна хвороба

Гострий цистит

Гострий гломерулонефрит

Туберкульоз нирок

Чоловік 23-х років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність набряків обличчя, головні болі, запаморочення, зменшення виділення сечі, бурий колір сечі. Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. При фізикальному обстеженні $t - 37,4^\circ\text{C}$, АТ – 170/110 мм рт. ст., пульс – 86/хв., набряки на обличчі, шкірні покриви бліді. Аускультативно: серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою. Які зміни найбільш імовірно будуть спостерігатись у загальному аналізі сечі?

Еритроцитурія, протеїнурія, гіалінові циліндри
Гемоглобінурія, білірубінурія, зернисті циліндри
Еритроцитурія. оксалатурія. еритроцитарні циліндри
Лейкоцитурія, протеїнурія, епітеліальні циліндри
Еритроцитурія, лейкоцитурія, лейкоцитарні циліндри

Жінка 37-ми років звернулася до лікаря зі скаргами на болі у ділянці попереку, підвищення температури тіла до 38 °С. При фізикальному обстеженні позитивний симптом Пастернацького. більше виражений справа. При лабораторному дослідженні у загальному аналізі крові: гемоглобін – 115 г/л, еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $15,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 28 мм/год. У загальному аналізі сечі: колір – світло жовтий, питома вага – 1018, білок – 0,42 г/л, лейкоцити – 20–30 у полі зору, багато слизу. Який діагноз є найбільш імовірним?

Гострий пієлонефрит

Гострий аднексит

Гострий гломерулонефрит

Тубулоінтерстиційний нефрит

Гострий апендицит

До приймального покою швидкою допомогою доставлено хворого 46-ти років зі скаргами на різкий, нападоподібний біль у правій поперековій ділянці, що іррадіює у пахвинну ділянку та на внутрішню поверхню стегна. Біль з'явився раптово кілька годин тому. Напередодні у хворого з'явилася профузна безболісна гематурія зі згустками крові черв'якоподібної форми. Раніше нічим не хворів. Яке захворювання можна припустити в першу чергу?

Рак правої нирки

Гострий гломерулонефрит

Пухлина сечового міхура

Сечокам'яна хвороба, камінь правої нирки

Некротичний папіліт

1. Жінка 40-ка років звернулася до лікаря зі скаргами на тупий ниючий біль в лівій поперековій ділянці, пітливість, зниження працездатності, субфебрильну температуру. У дитинстві перенесла туберкульоз шийних хребців. Лікувалася, знята з диспансерного обліку. При фізикальному обстеженні нирки не пальпуються, болючість в проекції лівої нирки. При лабораторному дослідженні в загальному аналізі сечі спостерігаються протеїнурія, піурія. Реакція сечі кисла. Яке дослідження найбільш імовірно дозволить уточнити діагноз цієї хворої?

Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) сечі

Цистографія

Ультразвукове дослідження нирок

Екскреторна урографія

Проба Манту та повторний візит через 2 дні

Хвора 22-х років скаржиться на часте і болюче сечовипускання, поклики на сечопуски вночі, нетримання сечі, біль у надлобковій ділянці та у попереку. Часто сеча має колір пива. Місяць тому вийшла заміж. Об'єктивно: загальний стан задовільний. В легенях – везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, частота серцевих скорочень – 78/хв., артеріальний тиск – 128/68 мм рт.

ст. Живіт м'який, болючий у надлобковій ділянці. У сечі: еритроцити – 12–18 в полі зору, лейкоцити – 12–15, бактерій +++ в полі зору. Який найбільш імовірний діагноз?

Інфекція нижніх сечових шляхів – цистит

Первинний сифіліс

Гонорея

Сечокам'яна хвороба

Інфекція верхніх сечових шляхів – пієлонефрит

Пацієнт віком 25 років скаржиться на біль у попереку, головний біль, підвищення температури тіла до 37,5 °С, зміну кольору сечі на брудно-червоний. Із анамнезу відомо, що 2 тижні тому перехворів на гострий тонзиліт. Об'єктивно спостерігається: набряклість обличчя, АТ – 220/140 мм рт. ст, пульс – 88/хв, ритмічний напружений. За результатами аналізу сечі виявлено: відносна густина – 1,025, білок – 2,1 г/л, еритроцити – 40–60 в полі зору, лейкоцити – 5–8 в полі зору, циліндри еритроцитарні – 3–5 у полі зору. Який найімовірніший діагноз?

Гострий гломерулонефрит

Гострий пієлонефрит

Хронічний пієлонефрит

Амілоїдоз нирок

Хронічний тубуло-інтерстиціальний нефрит

Пацієнтка віком 26 років скаржиться на наявність болю під час сечовипускання у надлобковій ділянці, поллакіурії та імперативних позивів до сечовипускання. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом декількох діб, захворювання пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно спостерігається: живіт м'який, безболісний, чутливий під час пальпації у проєкції сечового міхура, симптом Пастернацького негативний. За результатами аналізу крові виявлено: гемоглобін – 128 г/л, еритроцити – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, ШОЕ – 16 мм/год, лейкоцити – $7,2 \times 10^9/\text{л}$. У загальному аналізі сечі спостерігається: білок – 0,05 г/л, реакція слабо кисла, лейкоцити – 20–30 в полі зору, еритроцити 3–5 в полі зору. За результатами УЗД виявлено: обидві нирки без особливостей, сечоводи не визначаються. Який найімовірніший діагноз?

Гострий цистит

Гострий гломерулонефрит

Гострий пієлонефрит

Хронічний паранефрит

Нирковокам'яна хвороба

Пацієнт віком 35 років скаржиться на гострий біль у поперековій ділянці, що різко виник після фізичного навантаження. Із анамнезу відомо, що біль триває близько 2 год. Об'єктивно спостерігається: симптом Пастернацького різко позитивний з обох боків. АТ – 150/100 мм рт. ст., пульс – 96/хв, температура тіла – 37,9 °С. За результатами аналізу сечі виявлено: відносна щільність – 1,015, рН – 7,2, білок – 0,06 г/л, свіжі еритроцити – 10–15 в полі зору, лейкоцити – 7 в полі зору. Який найімовірніший діагноз?

Сечокам'яна хвороба, напад ниркової коліки

Хронічний панкреатит, стадія загострення

Хронічний гломерулонефрит

Остеохондроз поперекового відділу хребта, стадія загострення

Інтерстиціальний нефрит

Жінка 53-х років протягом 2-3 місяців скаржиться на постійний ниючий біль в попереку, відчуває потяги до сечовипускання після фізичного перенавантаження. Візуальних змін сечі немає. До теперішнього часу захворювань нирок не було. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини отримані наступні дані: на рівні IV-V поперекових хребців виявлено S-подібне утворення неоднорідної структури, розміром 14x12,5 см. Попередній діагноз: вроджена вада розвитку (S-подібна нирка). Який метод діагностики є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

Екскреторна урографія

Оглядова рентгенограма нирок

Радіонуклідна ренографія

Ангіографія

Термографія

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

Загальний білок сироватки крові – 101 г/л

Альбуміни – 65 %

Гемоглобін – 165 г/л

Гамма-глобуліни – 14 %

Лейкоцити – 15,3 г/л

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

Сечокам'яна хвороба

Гострий цистит

Новоутворення нирки

Хронічний пієлонефрит

Гострий гломерулонефрит

Чоловік 56 років хворіє на бронхоектатичну хворобу впродовж 18 років. Протягом останніх півроку спостерігаються виражені набряки гомілок, обличчя. У протеїнограмі зазначено: загальний білок – 52 г/л, альбумін-глобуліновий коефіцієнт – 0,7, α 2-глобуліни – 14 %, β -глобуліни – 17 %, γ -глобуліни – 24 г/л. ШОЕ – 52 мм/год. Добова протеїнурія – 4,5 г. ЕКГ: синусова тахікардія. Яке захворювання є найбільш імовірне?

Амілоїдоз нирок

Туберкульоз нирок

Хронічний гломерулонефрит

Хронічне легеневе серце

Хронічний пієлонефрит

Чоловікові 69 років проведена правостороння нефректомія. Інтраопераційна одномоментна крововтрата – 800 мл, після якої протягом 40 хвилин спостерігалась гіпотонія. Надалі розвинулась анурія. Укажіть вірогідну причину анурії:

Гостра ниркова недостатність

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання

Обтурація сечового катетера

Тампонада сечового міхура

Хронічна ниркова недостатність

Дівчина 19 років скаржиться на виражений біль у поперековій ділянці, більше справа, підвищення температури тіла до 38,5 °С, часте сечовиділення, симптоми з'явилися 5 днів тому після переохолодження (похід у гори). Об'єктивно встановлено: шкіра бліда, волога. Пульс – 100/хв., АТ – 120/65 мм рт. ст. Живіт м'який, симптом Пастернацького позитивний більше справа. ЗАК виявив: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 115 г/л, лейкоцити – $10 \times 10^9/л$, ШОЕ – 22 мм/год. ЗАС виявив: щільність – 1018 г/л, білок – 0,099 г/л, лейкоцити – 35–45 в п/з, переважають сегментоядерні, еритроцити – 3–4 в п/з, велика кількість слизу, бактерій. Який попередній діагноз?

Гострий пієлонефрит

Туберкульоз нирок

Хронічний пієлонефрит

Гострий гломерулонефрит

Хронічний гломерулонефрит

Чоловік 40 років протягом 10 років страждає на хронічний гломерулонефрит. Скаржиться на блювоту, судом м'язів нижніх кінцівок. АТ – 180/120 мм рт. ст., креатинін у сироватці крові – 770 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації – 5 мл/хв. Протягом останніх двох днів діурез знизився до 400 мл на добу. Яка лікувальна тактика показана для цього хворого?

Гемодіаліз

Плазмаферез

Гемосорбція

Сорбенти

Гемофільтрація

У хлопця 18 років за 2 тижня після ангіни з'явилися набряки під очима, на гомілкях, підвищився артеріальний тиск, зменшилась кількість сечі і змінився її колір. Загальний аналіз сечі виявив: білок – 1,9 г/л, еритроцити – покривають усе поле зору, лейкоцити – 10–12 у полі зору. Для якого захворювання характерні такі симптоми?

Гострий гломерулонефрит

Амілоїдоз нирок

Токсичне ураження нирок

Тубуло-інтерстиційний нефрит

Гострий пієлонефрит

Жінка, 23 років, скаржиться на часте, болюче сечовипускання, тупі болі внизу живота. Наведені скарги з'явилися 10 днів тому після переохолодження. Біль і часті позиви до сечовипускання зменшуються від застосування тепла на

ділянку сечового міхура. Т – 37,2 °С. В заг. ан. сечі – лейкоцити, свіжі еритроцити, незначна протеїнурія. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Основні препарати в лікуванні даної хворої?

Уросептики

Імунодепресанти

Гепарин

Курантил

Глюкокортикоїди

Чоловіка 63 років госпіталізовано зі скаргами на біль у поперековій ділянці ліворуч, погіршення апетиту, слабкість, періодичну появу крові в сечі протягом місяця Шкіра бліда. Анемія: еритроцити – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 101 г/л, ШОЕ – 37 мм/год., протеїнурія – 0,37 г/л, гематурія на все поле зору, креатінемія – 0,270 ммоль/л. Яке діагностичне припущення?

Новоутворення нирки

Амілоїдоз нирок

Гострий пієлонефрит

Інфекційна токсична нефропатія

Гострий гломерулонефрит

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

Гострий гломерулонефрит

Амілоїдоз

Есенціальна гіпертонія

Гострий пієлонефрит

Інфекційно-алергічний міокардит

У хворого 35-ти років, що страждає на хронічний гломерулонефрит і останні 3 роки перебуває на гемодіалізі, з'явилися перебої в роботі серця, гіпотонія, зростаюча слабкість, задишка. На ЕКГ: брадикардія, атріовентрикулярна блокада І ст., високі загострені зубці Т. Напередодні – грубе порушення питного та дієтичного режимів. Яка найбільш імовірна причина вказаних змін?

Гіперкаліємія

Гіпокальціємія

Гіпергідратація

Гіпокаліємія

Гіпернатріємія

Хвора скаржиться на підвищення температури тіла до 38 °С протягом 2-х діб. Об'єктивно: позитивний симптом постукування в поперековій ділянці зліва. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1015, білок – 0,99 г/л, еритроцити – 6–8 в п/з, лейкоцити – 30–32 в п/з. Який попередній діагноз?

Гострий пієлонефрит

Гострий цистит

Сечокам'яна хвороба

Гострий гломерулонефрит

Амілоїдоз нирок

Хворий 65-ти років скаржиться на біль у правій нирковій ділянці, кров при сечовипусканні протягом усього акту, відсутність апетиту та слабкість. Об'єктивно: шкіра звичайного кольору, суха. При пальпації живота в правій нирковій ділянці – еластичне утворення, що зміщується, безболісне. Аналіз сечі – макрогематурія, атипові клітини. НЬ крові – 110 г/л, ШОЕ – 45 мм/год. Яка найбільш імовірна патологія, що зумовлює таку картину?

Пухлина правої нирки

Гострий пієлонефрит

Апендикулярний інфільтрат

Пухлина товстої кишки

Пухлина правого сечоводу

Жінка, яка хворіє на полікістоз нирок, спостерігає зростання добового діурезу до 2–2,5 л. За даними динамічної нефросцинтиграфії виявлено, що загальна клубочкова фільтрація становить 34 мл/хв., креатинін сироватки крові – 84 мкмоль/л, сечовина – 8,0 ммоль/л. Яка стадія хронічної ниркової недостатності у пацієнтки?

Компенсована

Поліурична

Інтермітуюча

Термінальна

Латентна

Пацієнт віком 29 років через 2 тижні після перенесеної ангіни помітив набряки обличчя, слабкість, зниження працездатності, поступово з'явилися задишка, набряки нижніх кінцівок та поперекового відділу хребта. Об'єктивно спостерігається: блідість шкірних покривів, серцеві тони ослаблені, гідроторакс, анасарка, АТ – 150/100 мм рт. ст. В клінічному аналізі сечі виявлено: питома вага сечі – 1021, білок – 9 г/л, еритроцити 40–50 в п/з, гіалінові циліндри – 4–6 в п/з. Який попередній діагноз?

Гострий гломерулонефрит

Загострення хронічного гломерулонефриту

Мікседема

Серцева недостатність

Гострий пієлонефрит

Пацієнтка віком 62 роки лікується з приводу двобічного гонартрозу, регулярно приймає диклофенак натрію протягом 2-х років. Останні півроку відмічає підйоми АТ до 160/100 мм рт. ст. Під час рентгенологічного дослідження колінних суглобів виявлено: зниження висоти міжсуглобової щілини, крайові розростання суглобових поверхонь та епіфізарний остеопороз. У загальному аналізі сечі спостерігається: питома вага – 1010, еритроцити – 5-6 в п/з, лейкоцити – 10–12 в п/з, циліндри – 0–1 в п/з, глюкоза – не виявлено, білок – 0,22 г/л. Глюкоза плазми натще – 6,3 ммоль/л. Яка ймовірна причина виявлених змін у загальному аналізі сечі?

Тубулоінтерстиціальний нефрит

Хронічний гломерулонефрит

Гіпертензивна нефропатія

Діабетична нефропатія

Сечокам'яна хвороба

Пацієнтку віком 42 роки шпиталізовано зі скаргами на тупий ниючий біль в попереку більше справа, інколи підвищення температури тіла до субфебрильної. З анамнезу відомо: 10 років тому під час вагітності був напад болю в правій половині попереку, підвищення температури тіла до 39 °С. Лікувалась антибіотиками. В останні роки почувала себе задовільно. Остані 5 років спостерігалось підвищення артеріального тиску. В аналізі сечі виявлено: білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 10–15 в п/з, еритроцити – 2–3 в п/з. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний пієлонефрит

Хронічний гломерулонефрит

Уролітіаз нирок

Туберкульоз нирок

Гіпертонічна хвороба

У чоловіка 51 року після переохолодження гостро з'явився біль унизу живота, різь наприкінці сечовипускання. Частота сечовипускання до 15 разів на добу. Сеча каламутна, з домішками крові. У клінічному аналізі сечі виявлено: лейкоцити на все поле зору, поодинокі еритроцити. Яким буде діагностичне припущення?

Гострий цистит

Сечокам'яна хвороба

Гострий гломерулонефрит

Гострий уретрит

Гострий пієлонефрит

Вагітна у терміні 32 тижня, вагітність II, скаржиться на лихоманку, озноб, нудоту, блювання, біль у попереку, дизурію. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Аналіз сечі: піурія, бактеріурія. В крові: лейкоцитоз.

Найбільш імовірний діагноз:

Гестаційний пієлонефрит

Хронічний гломерулонефрит

Безсимптомна бактеріурія

Гострий цистит

Гострий пієліт

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

Переведення у відділення гемодіалізу

Дієтотерапія

Трансплантація печінки

Переведення у ендокринологічний диспансер

Активна консервативна терапія діабетичної нефропатії

Пацієнт страждає на сечокам'яну хворобу. Періодично спостерігається оксалурія. Які продукти слід обмежити в дієті хворого?

Щавель, шпинат, томати

Молочні продукти

Бульйонні консерви

Жирна їжа

М'ясо, риба

Пацієнтка віком 35 років скаржиться на часте, болюче, утруднене сечовипускання, постійні позиви до нього, появу кількох крапель крові у сечі в кінці процесу. Захворіла раптово після переохолодження, коли з'явилися вищеописані скарги. Температура тіла – 36,6 °С. Під час пальпації спостерігається: болючість в ділянці сечового міхура. Під час УЗД виявлено: в сечовому міхурі мало сечі, стінки сечового міхура набряклі, рівномірно потовщені. В аналізах сечі спостерігається: лейкоцитурія (30–40 в полі зору), протеїнурія (0,099 г/л), еритроцитурія (5–7 незмінених еритроцитів). Який найімовірніший діагноз?

Гострий цистит

Уретероцеле

Гострий сальпінгоофорит

Конкремент сечового міхура

Пухлина сечового міхура

У пацієнта віком 30 років після вживання грибів виникли нудота і блювання, зникла сеча. На третій день симптомів звернувся за медичною допомогою. Під час лабораторних досліджень виявлено: рівень креатиніну підвищився до 700 мкмоль/л, сечовина – до 32 ммоль/л. Якою буде лікувальна тактика в цій ситуації?

Гемодіаліз

Антидотна терапія

Перитонеальний діаліз

Сечогінні препарати

Дезінтоксикаційна терапія

Жінці віком 25 років у зв'язку з перенесеним бактеріальним тонзилітом призначено антибіотик, який вона не приймала. Через 2 тижні з'явилися набряки обличчя, олігурія, піднявся артеріальний тиск. Лабораторно виявлено: креатинін крові – 340 мкмоль/л, сечовина – 42 ммоль/л. Яке ускладнення розвинулося у пацієнтки?

Гострий гломерулонефрит, гостра ниркова недостатність

Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром

Гострий гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія

Гострий гломерулонефрит, нефритичний синдром

Хронічний гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність

Жінку віком 20 років шпиталізовано до приймального відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5 °С, пітливість, біль в ділянці попереку та живота справа, головний біль і загальну слабкість. Об'єктивно спостерігається: позитивний симптом Пастернацького справа. У загальному аналізі крові визначається: гемоглобін – 115 г/л, еритроцити – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $15,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/год. У загальному аналізі сечі визначається: колір сечі – світло жовтий, питома вага – 1,018, білок – 0,42 г/л, лейкоцити – 15–20 в полі

зору, циліндри – 3–5 в полі зору, бактерії – «++». Який попередній діагноз є найімовірнішим?

Гострий пієлонефрит

Гострий апендицит

Гострий панкреатит

Гострий холецистит

Гострий аднексит

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

Лейкоцитурія, макрогематурія

Макрогематурія

Підвищення рівню креатиніну та сечовини крові

Протеїнурія менш ніж 3,0 г на добу

Протеїнурія більш ніж 3,0 г на добу

Хворий 45-ти років доставлений машиною швидкої допомоги в ургентну клініку зі скаргами на біль в поперековій ділянці, що виникає несподівано, часте болюче сечовипускання, блювання. Об'єктивно: болючість в поперековій ділянці, позитивний симптом Пастернацького, біль при пальпації нирок та за ходом сечовода справа. В сечі: білок, свіжі еритроцити, лейкоцити. Який попередній діагноз?

Сечокам'яна хвороба, ниркова колька

Гострий гломерулонефрит

Гостра ниркова недостатність

Гострий пієлонефрит

Полікістоз нирок

Пацієнт віком 30 років звернувся із скаргами на сильний нападopodobний біль у попереку справа, що віддає у пахову ділянку і внутрішню поверхню правого стегна, нудоту, здуття живота, блювання, порушення сечовиділення, що супроводжується різями і домішками крові у сечі. Об'єктивно спостерігається: пацієнт неспокійний, змінює положення в ліжку. З боку органів дихання і серцево-судинної системи патології не виявлено. Під час пальпації живота відмічається здуття, напруження м'язів і болючість у правому боці відповідно проекції правої нирки і за ходом правого сечоводу. Печінка і селезінка не збільшені. Симптоми запалення жовчного міхура негативні. Позитивний симптом Пастернацького справа. Який найімовірніший діагноз?

Сечокам'яна хвороба

Пухлина нирки

Гломерулонефрит

Жовчокам'яна хвороба

Туберкульоз нирки

Пацієнт віком 58 років скаржиться на профузну макрогематурію з відходженням безформних згустків крові, странгурію. Макрогематурія, що не супроводжувалась болями та дизурією, вперше з'явилась 5 місяців тому без

видимих причин, через декілька днів кровотеча самостійно припинилась. Який найімовірніший діагноз?

Пухлина сечового міхура

Гострий цистит

Пухлина нирки

Дивертикул сечового міхура

Конкремент сечового міхура

Пацієнтка віком 23 роки скаржиться на тупий біль у правій та лівій поперекових ділянках. Під час об'єктивного обстеження в лівому підребер'ї та мезогастрії пальпується безболісна, горбиста нирка еластичної консистенції, права нирка не пальпується. Під час УЗД виявлено множинні чіткі порожнисті утвори з ехонегативним умістом у паренхімі правої нирки, розмірами від 1,2х1,7 см до 2х2,5 см, та аналогічні утвори у паренхімі лівої нирки розмірами 2,5х3,7 см, одна з яких локалізується у ділянці нижнього полюса і має розмір 8,3х11,7 см. Встановіть імовірний діагноз.

Полікістоз нирок

Мультикістоз

Мегакалікоз

Солітарні кісти нирок

Двобічний гідронефроз

Пацієнт віком 35 років звернувся до лікарні зі скаргами на напади болю в правій поперековій ділянці, часте сечовипускання. В загальному дослідженні сечі білок – 0,066 г/л; свіжі еритроцити 6–8 в полі зору. За даними УЗД помірний уростаз справа. Яке дослідження необхідно виконати пацієнту для встановлення діагнозу?

Екскреторну урографію

Ретроградну уретеропієлографію

Пнеморетроперітонеографію

Хромоцистоскопію

Комп'ютерну томографію

Вісімнадцятирічна дівчина скаржиться на виражені набряки обличчя, попереку, передньої черевної стінки, зовнішніх статевих органів, олігурію. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, суха, печінка +5 см, асцит. АТ 90/50 мм рт. ст. У загальному аналізі сечі: білок – 9,2 г/л, мікрогематурія, циліндрурія. За результатами аналізу крові виявлено: різко прискорена ШЗЕ, гіпоальбумінемія, гіперхолестеринемія. Який препарат патогенетичної терапії необхідно призначити?

Преднізолон

Метамізол натрію

Фуросемід

Ізоніазид

Ванкоміцин

56-річний чоловік із цирозом печінки звернувся зі скаргами на загальну слабкість і зменшення кількості сечі до 250 мл/добу. У нього також наявні асцит та периферичні набряки. У біохімічному аналізі крові: креатинін – 250 мкмоль/л, сечовина – 12 ммоль/л. Який механізм найбільш ймовірно спричиняє олігурію?

Гепаторенальний синдром

Гостра тубулярна некроз

Гломерулонефрит

Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

Преренальна форма гострого пошкодження нирок

Пацієнтка віком 38 років скаржиться на слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, кашель зі скудним мокротинням, утруднений вдих. Захворіла після переохолодження 2 доби тому. Під час рентгенологічного дослідження спостерігається: локальне затемнення у нижній частці правої легені. За результатами загального аналізу крові виявлено: лейкоцити – $14 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 44 мм/год., СРБ – 140 мг/л. Який найімовірніший діагноз?

Пневмонія

Туберкульоз

Гострий бронхіт

Бронхіальна астма

Плеврит

Пацієнтка, віком 50 років, госпіталізована до лікарні на 9-тий день після початку захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5 °С, слабкість, біль у ділянці правої лопатки під час дихання та сухий кашель. Спостерігається: ЧД 28, пульс 100/хв., ознаки інтоксикації. У ділянці правої лопатки вислуховується притуплення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, поодинокі дрібноміхурцеві та крепітуючі хрипи. Через добу виник напад кашлю з виділенням 200 мл гнійного мокротиння, після чого температура тіла знизилась. За результатами Ro-грамі ОГК на рівні кута лопатки виявлено округле просвітлення з горизонтальним рівнем на фоні інфільтрації легені. Який найімовірніший діагноз?

Гострий абсцес легені

Обмежена емпієма плевральної порожнини

Туберкулома

Кіста легені

Рак легені з розпадом

Пацієнт віком 52 роки скаржиться на кашель із відходженням значної кількості слизувато-гнійного мокротиння, задишку під час фізичного навантаження, підвищення температури тіла до 37,8 °С, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом декількох років, погіршення стану виникло 5 днів тому. Об'єктивно: пальці у вигляді «барабанних паличок», нігті у вигляді «годинних скелець». Під час перкусії грудної клітки в нижніх відділах праворуч виявлено укорочений легеневий звук. Аускультативно: середньо-міхурцеві вологі хрипи. За результатами бронхографічного дослідження: в нижній долі правої легені виявлено множинні циліндричні розширення бронхів. Який найімовірніший діагноз?

Бронхоектатична хвороба в стадії загострення

Правобічна нижньо-дольова пневмонія

Туберкульоз легень

Хронічний бронхіт у стадії загострення

Абсцес нижньої долі правої легені

Пацієнт віком 14 років скаржиться на сухий кашель, задишку. З анамнезу відомо, що хворіє протягом одного року. Напади задишки короткочасні, 1–2 рази на місяць. Об'єктивно: шкіра бліда, ціаноз носогубного трикутника, задишка експіраторного типу ЧД 48/хв. Над легеньми – перкуторний звук із коробковим відтінком. Аускультативно: дихання послаблене, сухі свистячі хрипи з обох боків. Об'єм форсованого видиху 80 % від належного Який препарат необхідно призначити пацієнту?

Сальбутамол

Індометацин

Еуфілін

Супрастин

Преднізолон

Пацієнт віком 36 років скаржиться на напади задишки переважно з утрудненим видихом, які відбуваються до 2–3 рази на день і купіруються інгаляціями β_2 -адреноміметиків. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 10 років. Об'єктивно: грудна клітка розширена, над легеньми коробковий перкуторний звук. Аускультативно: жорстке дихання з подовженим видихом. У мокротинні виявлено багато еозинофілів, кристали Шарко-Лейдена та спіралі Куршмана. Який найімовірніший діагноз?

Бронхіальна астма

Туберкульоз

Спонтанний пневмоторакс

Серцева астма

Хронічний обструктивний бронхіт

Пацієнт віком 40 років скаржиться на періодичний кашель із виділенням невеликої кількості мокротиння та незначну задишку під час фізичного навантаження. Із анамнезу відомо, що курить із 18 років (більше 1 пачки сигарет на добу). Аускультативно: в легеньгах – жорстке везикулярне дихання, видих подовжений, велика кількість сухих розсіяних хрипів. На Ro-грамі ОГК: збагачення легеневого малюнка. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний обструктивний бронхіт

Рак легень

Пневмонія

Бронхіальна астма

Туберкульоз легень

Пацієнтка віком 38 років скаржиться на слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, кашель зі скудним мокротинням, утруднений вдих. Захворіла після переохолодження 2 доби тому. На Ro-грамі ОГК: локальне затемнення у нижній частці правої легені. За результатами загального аналізу крові виявлено: лейкоцити – $14 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 44 мм/год, СРБ 140 мг/л. Який найімовірніший діагноз?

Негоспітальна пневмонія

Гострий бронхіт

Бронхіальна астма

Плеврит

Госпітальна пневмонія

Пацієнт віком 56 років скаржиться на кашель, особливо вранці, з виділенням мокротиння, що періодично має жовтий колір, експіраторну задишку. Із анамнезу: тривалий стаж куріння. Аускультативно: над легенями – подовжений видих, маса сухих дзижчачих і свистячих хрипів з обох сторін. За результатами спірометрії виявлено: ОФВ1 – 53 % та його підвищення на 7 % (182 мл) після проби з сальбутамолом. На Ro-грамі ОГК: ознаки пневмосклерозу та емфіземи легень. Який найімовірніший діагноз?

ХОЗЛ

Рак легень

Бронхіальна астма

Хронічний бронхіт

Бронхоектатична хвороба

Пацієнт віком 37 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38 °С, кашель, біль у правій половині грудної клітки, задишку. Хворобу пов'язує з переохолодженням. На Ro-грамі ОГК: гомогенне високоінтенсивне затемнення, що розташоване від рівня правого склепіння діафрагми до переднього відрізка II ребра, верхня межа у вигляді косовисхідної лінії, що меніскоподібно увігнута вниз, а органи середостіння зміщені в протилежний бік. Який найімовірніший діагноз?

Ексудативний плеврит

Центральний ендобронхіальний рак

Казеозна пневмонія

Саркоїдоз

Інфільтративний туберкульоз

Хворий 52-х років звернувся до лікаря зі скаргами на задишку, кашель із мокротинням з домішками крові, підвищену пітливість вночі. В сімейному анамнезі хворих на рак легень немає. За даними картки профілактичних щеплень вакцину БЦЖ отримав вчасно. При фізикальному обстеженні: температура – 37,2 °С, АТ – 110/70 мм рт. ст., пульс – 100/хв., частота дихання – 20/хв., SpO₂ – 94 % при кімнатному повітрі. Аускультативно: справа дихальні шуми не прослуховуються. На Ro-грамі ОГК: правосторонній гідроторакс. Який наступний крок лікаря буде найбільш доречним?

Діагностичний торакоцентез

УЗД легень

Тест вивільнення гамма-інтерферону

Бронхоскопія

Проба Манту

Раніше здорова жінка 47-ми років звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на підвищення температури та кашель із жовтим мокротинням, що тривають вже 5 днів. Температура тіла – 37,4 °С, пульс – 82/хв., частота дихання – 15/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. При аускультативі вислуховуються двосторонні розсіяні сухі хрипи. На оглядовій рентгенограмі грудної клітки патологічних змін не виявлено. Яка тактика лікування буде найбільш доречною для цієї пацієнтки?

Вживання достатньої кількості рідини

Комбінований препарат із противірусним та антигістамінним компонентом перорально на 5 днів

Ципрофлоксацин перорально на 7 днів

Аскорбінова кислота (вітамін С) перорально на 5 днів

Інтерферону альфа-2b у сиропі протягом тижня

Раніше здоровий хлопець 22-х років прийшов на прийом до лікаря зі скаргами на підвищену температуру та кашель з жовтим мокротинням, що продовжуються протягом 7-ми днів. При фізикальному обстеженні температура – 38,3 °С, АТ – 130/70 мм рт. ст., частота серцевих скорочень – 79/хв., частота дихання – 17/хв., SpO_2 – 95 % при кімнатному повітрі. При аускультатії звучні вологі хрипи зліва. На оглядовій рентгенограмі консолідація у нижній частці лівої легені. Який з перерахованих препаратів буде найбільш доцільно призначити цьому пацієнту?

Азитроміцин

Левोфлоксацин

Ципрофлоксацин

Триметоприм-сульфаметоксазол

Гентаміцин

Хворий 57-ми років перебуває на лікуванні з приводу політравми. Через 8 діб виникли скарги на виражений кашель з виділенням гнійного харкотиння, виражену задишку, підвищення температури до 38,8 °С. У анамнезі: хронічний бронхіт, палить 20 років. Об'єктивно: в легенях вислуховується жорстке дихання, в нижніх відділах правої легені – вологі дрібноміхурцеві хрипи. Проба на ВІЛ – негативна. Який діагноз у даного хворого?

Нозокоміальна пневмонія

Позагоспітальна пневмонія

Пневмонія осіб з імунодефіцитом

Інфекційне загострення бронхіту

Аспіраційна пневмонія

Чоловік 58-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на кашель зі слизово-гнійним мокротинням, задишку при фізичному навантаженні. Зазначені симптоми турбують протягом 14-ти років. Щоденно викурює 1,5 пачки сигарет з 17-ти років. При фізикальному обстеженні: пульс – 96/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Перкуторно: над усією поверхнею легень коробковий звук. Аускультативно: дихання ослаблене, на фоні подовженого видиху розсіяні сухі хрипи. За даними спірометрії співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ – 30 %. Який діагноз є найбільш імовірним?

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)

Бронхоектатична хвороба

Фіброзуєчий альвеолі

Рак легень

Бронхіальна астма

64-річний чоловік прийшов до лікаря на щорічний профілактичний огляд. Скарг немає. Хворіє на артеріальну гіпертензію, ХОЗЛ та глаукому. Викурює одну пачку цигарок на день протягом 30-ти років (індекс паління – 30 пачко/років). При фізикальному обстеженні: температура – 37,2 °С, АТ паління – 140/70 мм рт. ст, пульс – 79/хв., частота дихання – 16/хв., пряма, співдружна реакція зіниць на світло. При аускультатії серця акцент II тону над аортою. Аускультатія легень без патологічних змін, грудна клітка «бочкоподібна».

Який з перерахованих методів скринінгу є найбільш доречним для цього пацієнта?

Низькодозова КТ легень

Рентгенографія ОГК

МРТ легень

Легеневі функціональні тести

Бронхоальвеолярний лаваж

Чоловіка 56 років турбують постійні напади ядухи вдень та 3–4 рази за тиждень уночі. Напади приводять до порушення фізичної активності та сну. Пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ) – 65 % від належних, добові коливання ПОШ (30 %). Визначте ступінь важкості бронхіальної астми.

Персистуюча середньої важкості перебігу

Інтермітуюча

Персистуюча легкого перебігу

Персистуюча важкого перебігу

Астматичний статус

Пацієнтка віком 20 років скаржиться на продуктивний кашель із виділенням мокротиння, підвищення температури тіла до 38 °С. Із анамнезу відомо, що захворіла гостро 5 днів тому після перенесеної ГРВІ. Об'єктивно: ЧД – 26/хв. Перкуторно: в нижніх відділах легень справа – притуплений легеневий звук, аускультативно – дихання в цій ділянці ослаблене, вологі, дрібноміхурцеві хрипи. ЧСС – 110/хв. Який найімовірніший діагноз?

Пневмонія

Піопневмоторакс

Гострий бронхіт

Туберкульоз

Бронхіальна астма

У пацієнта віком 32 роки, якому діагностовано пневмонію, погіршився загальний стан: підвищилась температура тіла до 40 °С, з'явився неприємний запах із рота, збільшилась кількість гнійного мокротиння. За результатами аналізу крові виявлено: прискорення ШОЕ та кількості паличкоядерних лейкоцитів. На Ro-грамі ОГК: у нижній частці правої легені – порожнина з горизонтальним рівнем рідини. Який найімовірніший діагноз?

Гострий абсцес правої легені

Бронхоектатична хвороба

Емпієма плеври

Гангрена правої легені

Правобічний ексудативний плеврит

Пацієнт віком 50 років скаржиться на задишку, що посилюється під час фізичного навантаження. Із анамнезу відомо, що курить протягом 30 років. Об'єктивно: спостерігається: температура тіла – 36,5 °С, ЧД – 22/хв., ЧСС – 88/хв., АТ – 130/85 мм рт. ст. Грудна клітка бочкоподібної форми. Аускультативно: послаблене везикулярне дихання з коробковим відтінком над усією поверхнею легень. Який найімовірніший діагноз?

Хронічне обструктивне захворювання легень

Бронхоектатична хвороба

Туберкульоз легень

Пневмонія

Бронхогенний рак

У хворого 37-ми років, ВІЛ-позитивного, впродовж 2-х тижнів наростала задишка, температура підвищилась до 37,7 °С. Діагностована пневмоцистна пневмонія. Який з препаратів етіотропної терапії показаний у цьому випадку?

Ко-тримоксазол

Флуконазол

Ацикловір

Цефтріаксон

Метронідазол

У хворого 40-ка років ранковий кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, підвищення температури тіла до 37,6 °С. Тютюнопаління з 17-ти років. Аускультативно: в легенях жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. ЗАК: лейкоцити – 12 Г/л, ШЗЕ – 18 мм/год. При бронхоскопії: катарально-гнійний ендобронхіт. Поставте діагноз.

Хронічний бронхіт

Позагоспітальна пневмонія

Бронхіальна астма

Туберкульоз легень

Рак легень

Хворого 46-ти років турбують часті напади ядухи, порушення сну через пароксизми експіраторної задишки 3–5 разів на тиждень, обмеження фізичної активності. Об'єктивно: везикулярне дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи на видиху. Спірометрія: ОФВ1 – 67 %, позитивна проба з Beta-2-агоністом, добові коливання ПОШвид більше 30 %. Якою має бути контролююча терапія даного хворого?

Флютиказон + сальметерол

Фенспірид + сальбутамол

Іпратропій + фенотерол

Іпратропій + сальбутамол

Тіотропій + формотерол

Пацієнт 20-ти років звернувся в клініку із скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла, припухлість та болючість суглобів, висипання на гомілкях. На рентгенограмі ОГК: збільшені внутрішньо-грудні лімфатичні вузли. Найбільш імовірний діагноз:

Саркоїдоз

Лімфогрануломатоз

Рак легень

Туберкульоз легень

Медіастиніт

Дівчина віком 19 років скаржитися на напади ядухи до 4–5 разів на тиждень, нічні напади 1–2 рази на тиждень. З анамнезу відомо про наявність у пацієнтки бронхіальної астми, поліпоз носа, часті синусити. Упродовж останніх 5 років приймає симбікорт. Об'єктивно спостерігається: у легенях дихання везикулярне, послаблене, поодинокі розсіяні сухі свистячі хрипи. Додаванням якого з наведених нижче лікарських засобів можна покращити контроль перебігу бронхіальної астми у цієї пацієнтки?

Монтелукаст
Омалізумаб
Дезлоратадин
Теофіліни уповільненого виділення
Системні кортикостероїди

Приблизно в 40 % пацієнтів з бактеріальними пневмоніями розвивається супутній плевральний випіт. Діагноз підтверджується рентгенографією органів грудної клітки в прямій проекції вертикально за наявності не менш ніж:

300 мл рідини

500 мл рідини

100 мл рідини

200 мл рідини

-

Чоловік віком 27 років скаржиться на кашель із виділенням гнійного харкотиння, біль у грудній клітці під час дихання, підвищення температури тіла до 38,6 °С. Захворів гостро після переохолодження. Був госпіталізований до стаціонару. Після лабораторного та рентгенологічного дослідження йому діагностовано позагоспітальну пневмонію. З якого антибіотика найдоцільніше почати лікування?

Амоксицилін клавуланат

Гентаміцину сульфат

Лінкоміцин

Ванкоміцин

Тетрацикліну гідрохлорид

Чоловік віком 34 роки захворів 3 дні тому після переохолодження. Скаржиться на підвищення температури до 39,2 °С, виражену загальну слабкість, пітливість, кашель. Кашель був спочатку сухий, протягом останньої доби з'явилася невелика кількість «іржавого» мокротиння. Під час об'єктивного обстеження спостерігається: герпес на губах. Перкуторно: над легеньми справа в нижніх відділах спостерігається притуплений звук. Аускультативно: бронхіальне дихання, тахікардія. В органах черевної порожнини змін не виявлено. Який діагноз є найімовірнішим?

Крупозна пневмонія

Нозокоміальна пневмонія

Негоспітальна вогнищева пневмонія

Екссудативний плеврит

Абсцес легені

Пацієнт віком 56 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, кашель із виділенням гнійного мокротиння, незначну задишку. Хворіє протягом трьох днів. З першого дня клінічних проявів приймав Амоксицилін-клавуланат, однак стан не покращився. З анамнезу відомо, що пацієнт не палить, протягом останніх шести місяців не приймав антибіотики, п'ять років хворіє на цукровий діабет 2 типу, приймає метформін. Об'єктивно спостерігається: АТ – 130/80 мм рт. ст., пульс – 85/хв. ЧД – 20/хв. Під час перкусії легень виявлено притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах правої легені, аускультативно: над цією ділянкою вислуховуються ослаблене везикулярне дихання та дрібнопухирчасті

вологі хрипи. З боку інших органів та систем патології не виявлено. За результатами загального аналізу крові: нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом формули вліво. Яка подальша тактика сімейного лікаря?

Призначити фторхінолон III-IV покоління

Призначити доксициклін

Збільшити дозу амоксицилін-клавуланата та додати муколітичні засоби

Направити на консультацію до ендокринолога

Призначити цефалоспорины I покоління

Чоловік 40-ка років доставлений швидкою допомогою після дорожньо-транспортної пригоди зі скаргами на виражену задишку, біль в правій половині грудної клітки та грудини, кашель з невеликою кількістю яскравої пінистої крові. Об'єктивно: стан хворого вкрай важкий, ціаноз обличчя, виражена підшкірна емфізема грудної стінки, шиї та обличчя. Рс – 110/хв., ритмічний, АТ – 90/60 мм рт. ст. Під час аускультатії легень – справа дихання різко ослаблене на всьому протязі, зліва – задовільне. Який метод обстеження необхідно провести для діагностики патології у даного хворого?

Рентгенографія органів грудної клітки та фібробронхоскопія

Фіброезофагоскопія

Електрокардіографія

Ультразвукове обстеження

Комп'ютерна томографія головного мозку

Хворий 56 років скаржиться на задишку з утрудненням видиху, виділення харкотиння вранці протягом 22 років. Викирує 1 пачку цигарок вдень з 18-річного віку. Під час проведення проби на ФЗД оборотність обструкції становить 10 %. Які препарати слід призначити на початку лікування?

Інгаляційні холінолітики (атровент)

Інгаляційні симпатоміметики (беротек)

Інгаляційні глюкокортикостероїди

Антибіотики

Мембраностабілізатори (інтал, тайлед)

Чоловік 38-ми років захворів 2 тижні тому, з'явився кашель, слабкість, підвищилася температура до 38,0 °С. Стан різко погіршився до кінця 1-го тижня, коли з'явилися остуда, проливний піт, надвечір температура підвищилася до 39,0 °С. За 2 дні до госпіталізації у хворого під час кашлю виділилася велика кількість смердючого харкотиння з кров'ю, після чого стан хворого покращився. Пульс – 80/хв., частота дихання – 20/хв., температура тіла – 37,6 °С. Які зміни можливі на рентгенограмі грудної порожнини?

Наявність порожнини з горизонтальним рівнем рідини

Однорідна округла тінь в легеновому полі

Затемнення частки легені

Зміщення середостіння в сторону гомогенної тіні

Тінь в нижньому відділі з косою верхньою межею

Жінка хворіє на бронхіальну астму із супутнім цукровим діабетом I типу, отримує в комплексній терапії: сальметерол, беклометазон, еуфілін, кромолін та преднізолон. Після призначення якої з наведених груп препаратів потрібна корекція дози інсуліну?

Системні глюкокортикоїди

Пролонговані beta 2-агоністи

Інгаляційні глюкокортикоїди

Метилксантини

Кромони

Чоловік 42 років госпіталізований до клініки з діагнозом: бронхоектатична хвороба, загострення. На рентген знімках бронхоектази локалізовані в межах окремих сегментів однієї долі. Яка подальша тактика лікування?

Хірургічне лікування

Диспансерне спостереження

Дихальна гімнастика

Консервативне лікування

Антибактеріальна терапія

Чоловік 52 років страждає на виражену задишку під час фізичного навантаження, непродуктивний кашель. Хворіє 8 місяців. Палить 30 років. Під час аускультатії в легенях з обох боків вислуховуються крепітуючі хрипи - «тріск целофану». ЧДД – 26/хв., SpO₂ – 92 %. Під час спірометрії виявили: помірні порушення функції зовнішнього дихання за рестриктивним типом. Запідозрили інтерстиційний процес. Який метод дослідження найбільш ефективно допоможе верифікувати діагноз та прогноз?

Торакоскопія з біопсією

Фібробронхоскопія

Комп'ютерна томографія

Рентгенографія органів грудної клітки

Бактеріологічне дослідження харкотиння

Чоловік 37 років скаржиться на гострий біль в лівій половині грудної клітки, задишку, що посилюється при будь-яких рухах. Захворів раптово після значного фізичного навантаження. При обстеженні: помірний ціаноз обличчя, ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно: зліва – тимпаніт, дихання ослаблене. ЧД – 24/хв. Тони серця ослаблені. ЧСС – 90/хв. На рентгенограмі видно лінія вісцеральної плеври. Назовні від неї легеневиї малюнок відсутній. Який найбільш імовірний діагноз?

Спонтанний пневмоторакс

Тромбоемболія легеневої артерії

Лівосторонній ексудативний плеврит

Інфаркт міокарда

Лівостороння пневмонія

Хвора 36-ти років скаржиться на задишку, відчуття стискання в правій половині грудної клітки, підвищення температури до 38,7 °С, кашель з виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння. Хворіє понад тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: легкий акроціаноз губ, пульс ритмічний, 90/хв., АТ – 140/85 мм рт. ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкусія – справа нижче кута лопатки прослуховується тупість з межею до верху. В цій ділянці дихання відсутнє. Який найбільш імовірний діагноз?

Ексудативний плеврит

Ателектаз легені

ТЕЛА

Абсцес легені

Позагоспітальна пневмонія

Жінка 35 років скаржиться на задишку, відчуття стискання в правій половині грудної клітки, кашель із виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння. Хворіє тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно виявлено: температура тіла – 38,7 °С, легкий акроціаноз губ, Ps – 90/хв., АТ – 140/85 мм рт. ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно встановлено: справа нижче кута лопатки тупість з межею до верху, дихання не вислуховується. Який найімовірніший діагноз?

Екссудативний плеврит

Абсцес легені

Негоспітальна пневмонія

Госпітальна пневмонія

Ателектаз легені

У хворого 48-ми років під час профілактичного огляду на рентгенографії ОГК у паренхімі верхньої частки правої легені виявлена промениста тінь до 7 см у діаметрі, яка прилягає до грудної стінки. Який діагностичний метод найбільш інформативний?

Трансторакальна пункція

Визначення онкомаркерів

Діагностична торакотомія

Аналіз мокроти на клітини злоякісного новоутворення

Фібробронхоскопія

Чоловік 56-ти років хворіє на ХОЗЛ упродовж 20-ти років. На висоті значного фізичного навантаження відчув зненацька різку змішану задишку, біль у грудній клітці справа, серцебиття. Об'єктивно: стан важкий, АТ – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 110/хв., ЧД – 28/хв., права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно: коробковий звук над правою легенею, аускультативно дихання різко ослаблене. Який невідкладний стан у хворого?

Спонтанний пневмоторакс

Інфаркт міокарда

Негоспітальна пневмонія

Тромбоемболія легеневої артерії

Напад бронхіальної астми

У хворого 46-ти років після перенесеної пневмонії скарги на біль в лівій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 39 °С, непродуктивний кашель, загальну слабкість. Хворіє два тижні. При аускультатії в нижніх відділах зліва дихання не вислуховується, при перкусії – притуплення легеневого звуку. Який додатковий інструментальний метод дослідження є найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

Комп'ютерна томографія

Бронхоскопія

Спірографія

Медіастиноскопія

Бронхографія

Пацієнтка віком 50 років, госпіталізована до лікарні на 9-тий день після початку захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5 °С,

слабкість, біль у ділянці правої лопатки під час дихання та сухий кашель. Спостерігається ЧД 28, пульс 100/хв., ознаки інтоксикації. У ділянці правої лопатки вислуховується притуплення перкуторного звуку бронхіальне дихання, поодинокі дрібноміхурцеві та крепітуючі хрипи, Через добу виник напад кашлю з виділенням 200 мл гнійного мокротиння, після чого температура тіла знизилася. За результатами рентгенологічного дослідження ОГК виявлено: на рівні кута лопатки, на фоні інфільтрації легені – округле просвітлення з горизонтальним рівнем. Який найімовірніший діагноз?

Гострий абсцес легені

Обмежена емпієма плевральної порожнини

Туберкульоз

Рак легені з розпадом

Кіста легені

Пацієнт віком 32 роки скаржиться на підвищення температури до 40 °С, озноб, кашель із мокротинням, кровохаркання та біль у грудній клітці під час дихання, міалгію, діарею. З анамнезу відомо, що працює у фірмі обслуговування кондиціонерів. Декілька днів тому його колега звернувся до лікарні з такими самими скаргами. Під час рентгенографії ОГК виявлено: вогнищеві інфільтративні тіні різної форми і щільності в обох легенях. Який збудник найімовірніше викликав захворювання?

Легіонела

Клебсієла

Мікоплазма

Пневмокок

Стафілокок

Чоловік 38 років захворів 2 тижні тому, з'явився кашель, слабкість, підвищилася температура до 38,0 °С. Стан різко погіршився до кінця 1-го тижня, коли з'явилися остуда, проливний піт, надвечір температура підвищилася до 39,0 °С. За 2 дні до госпіталізації у хворого під час кашлю виділилася велика кількість смердючого харкотиння з кров'ю, після чого стан пацієнта поліпшився. Пульс – 80/хв., частота дихання – 20/хв., температура тіла – 37,6 °С. Які зміни можливі на рентгенограмі грудної порожнини?

Наявність порожнини з горизонтальним рівнем рідини

Зміщення середостіння в бік гомогенної тіні

Затемнення частки легені

Однорідна округла тінь у легеновому полі

Тінь у нижньому відділі з косою верхньою межею

Жінка 38 років скаржиться на слабкість, підвищення температури тіла до 38,5°С, кашель зі скудним мокротинням, утруднення вдиху. Захворіла після переохолодження 2 доби тому. Рентгенологічне дослідження визначило локальне затемнення у нижній частці правої легені. У крові виявлено: лейкоцити – 14 Г/л, ШОЕ – 44 мм/год, СРБ – 140 мг/л. Який найімовірніший діагноз?

Негоспітальна пневмонія

Плеврит

Бронхіальна астма

Гострий бронхіт

Госпітальна пневмонія

Пацієнт віком 29 років хворіє гормонозалежною бронхіальною астмою. Під час флюорографії в С2 правої легені виявлено округлу тінь з чіткими рівними контурами, середньої інтенсивності. Навколо неї кілька поліморфних вогнищевих тіней, у корені – кальцинат. Під час обстеження спостерігається: перкуторний звук над легеньми з коробковим відтінком, вислуховуються розсіяні сухі хрипи. Аналіз крові без змін. Реакція на пробу Манту з 2 ТО ППД-Л – папула 22 мм. Який найімовірніший діагноз?

Туберкульома

Периферичний рак

Еозинофільний інфільтрат

Аспергільома

Пневмонія

Пацієнт скаржиться на нестерпний кашель з виділенням до 600 мл за добу гнійного мокротиння шоколадного кольору з гнилісним запахом. З анамнезу відомо що захворів гостро, температура тіла – 39 °С, лихоманка неправильного типу. Під час рентгенологічного дослідження виявлено: ділянка затемнення з порожниною у центрі, з неправильними контурами та з рівнем рідини. Який найімовірніший діагноз?

Гангрена легені

Абсцес легені

Рак легені з розпадом

Бронхоектатична хвороба

Кавернозний туберкульоз

Пацієнт віком 38 років скаржиться на кашель з виділенням гнійного мокротиння (до 60–80 мл на добу), підвищення температури тіла до 39 °С. Захворювання пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно спостерігається: Рс – 96/хв, ритмічний. АТ – 110/60 мм рт. ст. Під час огляду виявлено: відставання правої половини в диханні. ЧД – 30/хв. Перкуторно локальне притуплення біля кута лопатки. Під час аускультатії вислуховується: вологі різнокаліберні хрипи, амфоричне дихання. Який найімовірніший діагноз?

Гострий абсцес легені

Вогнищева пневмонія

Гострий бронхіт

Бронхіальна астма

Емпієма плеври

Чоловік 52 років захворів гостро після переохолодження 3 тижні тому. Скаржиться на кашель, підвищення температури тіла до 39,5 °С, біль у правій половині грудної клітки, різку задишку. Пульс – 120/хв., АТ – 90/60 мм рт. ст. Акроціаноз. ЧД – 48/хв. Об'єктивно спостерігається відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. Перкуторно праворуч визначається притуплення легеневого звуку. Аускультативно дихання над правою легенею не вислуховується. Рентгенологічно праворуч спостерігається затемнення з нечітким верхнім контуром до рівня II ребра. У ексудаті до 90 % нейтрофілів. Який діагноз найімовірніший?

Емпієма плеври

Інфільтративний туберкульоз правої легені

Ексудативний туберкульозний плеврит

Крупозна пневмонія

Рак легені

У хворого частота дихання – 28/хв., тахікардія – до 100/хв., ознаки інтоксикації. В зоні правої лопатки притуплення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, поодинокі дрібноміхурчасті та крепітуючі хрипи. Рентгенологічно: масивна запальна інфільтрація в середньому легеневого полі. Через три доби на фоні лікування, що проводилось, виник напад кашлю з виділенням 200 мл гнійної мокроти, після чого температура тіла знизилась до субфебрильної, стан покращився. На рівні кута лопатки на фоні інфільтрації легені виявлено округле просвітлення з горизонтальним рівнем. Встановіть діагноз:

Абсцес легені

Правобічний бронхіт

Гангрена правої легені

Бронхоектатична хвороба

Емпієма плеври

Чоловік 45 років доставлений до клініки у тяжкому стані. До госпіталізації хворів протягом 3 тижнів пневмонією. Об'єктивно встановлено: шкіра та слизові темно-землистого кольору, температура тіла – 38 °С, задишка у спокої, дихання зліва різко ослаблене. Спостерігається кашель із рясним харкотанням. Рентгенологічно виявлено затемнення лівого геміторака. Який діагноз найімовірніший?

Емпієма плеври

Пневмоторакс

Бронхіт

Пневмонія

Пухлина легені

Чоловік 27 років скаржиться на сухий кашель, задишку під час найменшого навантаження, біль у грудній клітці, підвищення температури до 37,3 °С упродовж 3 тижнів. Колись зловживав наркотиками. Дихання жорстке, хрипів немає, тахікардія – 120/хв. Рентгенологічно з обох сторін легенів спостерігаються інтерстиціальні зміни. Під час бронхоскопії в лаважній рідині виявлені *Pneumocista carinii*. Які препарати будуть найефективнішими для лікування цього пацієнта?

Бісептол, кліндаміцин

Ампіцилін, нізорал

Еритроміцин, рифампіцин

Інтерферон, ремантадин

Цефамізін, нітроксолін

Пацієнт віком 19 років скаржиться на сухий кашель, біль в м'язах, підвищення температури тіла до 39 °С. Протягом тижня спостерігалися біль в горлі, субфебрилітет. Об'єктивно виявлено жорстке дихання. Під час загального аналізу крові виявлено: лейкоцити – $10,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарний зсув вліво, ШОЕ – 26 мм/год. В ході рентгенографії ОГП спостерігається підсилення легеневого малюнку, малоінтенсивні вогнищеві тіні в нижніх відділах правої легені. Які лікарські засоби найдоцільніше призначити?

Антибіотики пеніцилінового ряду

Цефалоспорины II або III покоління

Аміноглікозиди

Макроліди

Сульфаніламід

Пацієнт лікувався з приводу інфаркту міокарда. На 13 день відбулося посилення болю в грудній клітці, з'явилася задишка. Об'єктивно спостерігається: температура – 38,2 °С, пульс – 112/хв., ЧД – 26/хв., під правою лопаткою вислуховуються дрібнопухирчасті хрипи. На 15 день був діагностований правобічний ексудативний плеврит. У загальному аналізі крові спостерігається: лейкоцити – $8,9 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 8 %. ШОЕ – 24 мм/год. Яке ускладнення інфаркту міокарда виникло у пацієнта?

Синдром Дресслера

Серцева астма

Тромбоемболія легеневої артерії

Пневмонія

Повторний інфаркт міокарда

У хворої встановлено діагноз «двобічна пневмонія мікоплазмової етіології, легкий перебіг захворювання». Який з наведених препаратів потрібно призначити для лікування?

Макроліди II покоління

Аміноглікозиди

Амінопеніциліни

Протигрибкові

Цефалоспорины I покоління

У хворої, що страждає на atopічну форму бронхіальної астми, виявлено єдиний алерген до шерсті домашнього собаки ++++. Забрано килими з дому, зроблено косметичний ремонт квартири, використовується кондиціонер повітря. Проте у хворої щонаочі повторюються напади задухи, незважаючи на патогенетичне лікування. Яка лікувальна тактика, розрахована на довгострокову перспективу, потенційно допоможе хворій зменшити чутливість організму до алергену?

Специфічна гіпосенсибілізація

Направлення на спелеотерапію

Продовження попереднього лікування

Заняття ЛФК за Бутейко

Антигістамінна терапія

Пацієнт віком 55 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на малопродуктивний кашель, переважно вранці. З анамнезу відомо, що він палить упродовж 20 років. Останні 2–3 роки відмічає задуху під час фізичного навантаження. Які спірометричні показники, виявлені у пацієнта, підтвердять діагноз хронічного обструктивного захворювання легень?

Зниження ОФВ1 < 80% та зниження ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7

Зниження ЖЕЛ < 80% та зниження ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,9

Збільшення ЖЕЛ та збільшення ОФВ1/ФЖЕЛ > 0,8

Збільшення ОФВ1 > 12% та/або ≥ 200 мл після прийому бронхолітика

Збільшення ОФВ1 > 10% та/або < 150 мл після прийому бронхолітика

У пацієнта діагностовано правобічний пневмоторакс та терміново показане дренивання плевральної порожнини. Вкажіть місце проведення плевральної пункції.

У 2-му міжребір'ї по середньоключичній лінії

У місці найбільшої тупості визначеної під час перкусії

У 7-му міжребір'ї по лопатковій лінії

У проекції плеврального синуса

У 6-му міжребір'ї по задній пахвовій лінії

У жінки віком 68 років тиждень тому раптово з'явилися біль у лівій половині грудної клітки та задишка. Об'єктивно спостерігається: ціаноз, набряк шийних вен, пульс – 100/хв., АТ – 110/70 мм рт. ст., ЧД – 28/хв., печінка +4 см, ліва гомілка набрякла та різко болюча під час пальпації. Аускультативно виявлено: у легенях зліва, нижче лопатки, спостерігається притуплення легеневого звуку, наявні звучні вологі дрібнопухирцеві хрипи, межі серця розширені справа, акцент II тону над легеневою артерією. На ЕКГ виявлено глибокі зубці S у відведеннях I, aVL та Q у відведеннях III, aVF, негативний зубець T у відведеннях III, aVF. Який діагноз найімовірніший?

Тромбоемболія гілок легеневої артерії

Крупозна пневмонія

Плеврит

Інфаркт міокарда

Перикардит

У хворої 33-х років після нападу епілептичних судом виникли задуха, сухий кашель та підвищення температури тіла. При аускультатії легень справа знизу дихання відсутнє, перкуторно – притуплення звуку. Огляд ротової порожнини виявив відсутність одного різця нижньої щелепи. Який діагностичний метод найбільш імовірно дозволить лікарю визначити причину дихальних розладів пацієнтки?

Бронхоскопія

Пряма ларингоскопія

Непряма ларингоскопія

Фіброезофагогастроскопія

-

Чоловік 65 років звернувся зі скаргами на напади кашлю під час вживання рідкої їжі. Три місяці тому у пацієнта діагностовано рак верхньої третини стравоходу. Проходив променеву терапію. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

Стравохідно-трахеальна нориця

Перфорація кардіальної виразки шлунку

Спонтанний пневмоторакс

Прорив абсцесу легені в плевральну порожнину

Стеноз трахеї

Пацієнт віком 35 років скаржиться на слабкість, підвищену пітливість, стомлюваність, біль в правому боці під час дихання, підвищену температуру тіла до 38 °С. Об'єктивно спостерігається: частота дихання – 28/хв, пульс – 100/хв. Права половина грудної клітки відстає під час акту дихання. Голосове тремтіння справа не проводиться, перкуторно – тупий тон, дихання ослаблене.

Межі серця зміщені вліво. У загальному аналізі крові спостерігається: лейкоцити – $12 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні – 13 %, лімфоцити – 13 %, ШОЕ – 38 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Ексудативний плеврит

Пневмоторакс

Інфільтративний туберкульоз

Ателектаз легені

Правобічна пневмонія

Чоловік 57 років скаржиться на кашель із виділенням великої кількості слизово-гнійного харкотиння (до 150 мл/добу). Об'єктивно спостерігається: пальці у вигляді «барабаних паличок», нігті у вигляді «годинникових стекол». Під час перкусії над легеньми визначається вкорочений перкуторний звук, аускультативно вислуховуються велико- та середньопухирчасті вологі хрипи. Результат ЗАК: лейкоцитоз і зсув лейкоцитарної формули вліво. Рентгенографія ОГК показала: посилений легеневий малюнок, кільцевидні тіні. Бронхографія виявила: множинні циліндричні потовщення бронхів з чіткими контурами.

Який попередній діагноз?

Бронхоектатична хвороба

Хронічна емпієма плеври

Ехінокок легені

Гангрена легені

Кіста легені

У жінки 32 років за 6 годин після фіброфагогастроскопії підвищилася температура тіла до 39°C , біль за грудиною, сухість у роті, наростає задишка. Під час обстеження виявлено позитивний симптом Романова-Герке та підшкірну емфізему в надключичному просторі зліва. Який попередній діагноз?

Гострий медіастиніт

Гострий абсцес легені

Пневмонія

Емпієма плеври

Піопневмоторакс

У хворого 30-ти років через 3 доби після розкриття флегмони ший з'явилися скарги на задишку, гарячку, біль за грудиною, що посилювався під час закидання голови назад. Стан хворого прогресивно погіршувався. В ході рентгенологічного обстеження виявлено розширення тіні середостіння й зниження прозорості його відділів. Яке ускладнення розвинулося в даного хворого?

Гострий гнійний медіастиніт

Гнійний тиреоїдит

Ексудативний перикардит

Заглотковий абсцес

Інфекційний ендокардит

Вагітна жінка віком 25 років скаржиться на підвищення температури до $38,5^\circ\text{C}$ впродовж двох днів, кашель, задишку. Ці скарги з'явилися після переохолодження. Під час аускультативного обстеження виявлено: крепітація та локалізовані вологі хрипи в нижній частині правої легені, там же спостерігається притуплення перкуторного звуку. У загальному аналізі крові спостерігається:

лейкоцити – $11,0 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 22 мм/год. Який антибактеріальний засіб потрібно призначити?

Амоксицилін

Левовфлоксацин

Доксициклін

Карбеніцилін

Амікацин

Хворий надійшов до клініки зі скаргами на експіраторну задишку, частота дихання – 30/хв. Погіршення стану пов'язує з зміною метеорологічних умов. Стоїть на диспансерному обліку впродовж 4-х років з діагнозом бронхіальна астма, 3 ступінь, персистуюча. З чого слід розпочати надання невідкладної допомоги?

Beta 2-агоністи короткої дії

Адреналін

Еуфілін

Кларитин

Дексаметазон

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

Прорив гнійника в плевральну порожнину

Розрив буллі лівої легені

Перехід запалення на вісцеральну плевру

Ателектаз лівої легені

Гостра серцево-легенева недостатність

Пацієнтка віком 40 років скаржиться на загальну слабкість, відчуття скутості у суглобах кисті переважно зранку тривалістю до 1 години. Під час огляду кистей: незначний набряк та гіперемія у ділянці п'ястково-фалангових суглобів II та III пальців, наявний біль у разі бічного стискання кистей. У аналізі крові: ревматоїдний фактор «+», високий титр антинуклеарних антитіл, антитіла до циклічного цитрулінового віментину не виявлено, позитивна реакція Васермана, сечова кислота – 350 мкмоль/л. Який найімовірніший діагноз?

Системний червоний вовчак

Системна склеродермія

Подагра

Ревматоїдний артрит

Остеоартрит суглобів кистей

У пацієнтки віком 62 роки впродовж останнього місяця розвинулась виражена м'язова слабкість у м'язах плечового та тазового поясу й спини. Об'єктивно: еритема навколо очей у формі окулярів, огрубіння, лущення та тріщини на подушечках пальців і долонній поверхні кистей. Який найімовірніший діагноз?

Дерматоміозит

Системна склеродермія

Системний червоний вовчак

Ревматоїдний артрит

Гостра ревматична лихоманка

Пацієнтка віком 53 роки скаржиться на біль у дрібних суглобах обох кистей рук, відчуття ранкової скрутості під час ходьби та рухів. Об'єктивно: міжфалангові суглоби деформовані, м'язи кистей рук атрофовані. За результатами аналізу крові виявлено: Нв – 90 г/л, лейкоцити – $9,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 38 мм/год, LE клітини. Ro-графія кистей рук: епіфізарний остеопороз, крайові ерозії та звуження суглобової щілини. Який найімовірніший діагноз?

Ревматоїдний артрит

Подагра

Анкілозівний спондилоартрит

Системний червоний вовчак

Системна склеродермія

Пацієнт віком 34 роки скаржиться на біль у суглобах кистей та в нижній частині хребта з порушенням рухів у ньому. З анамнезу: протягом 6 років періодично хворіє на іридоцикліт. У загальному аналізі крові: ШОЕ – 30 мм/год, лейкоцити – $9,4 \times 10^9$ /л, СРБ – ++. За даними Ro-графії: двосторонній периартикулярний склероз та звуження суглобової щілини в клубово-крижовому зчленуванні. Який найімовірніший діагноз?

Анкілозуючий спондилоартрит

Системна склеродермія

Дерматоміозит

Ревматоїдний артрит

Системний червоний вовчак

Пацієнтка віком 42 роки скаржиться на біль у суглобах, слабкість у м'язах, втрату апетиту, швидку втомлюваність та субфебрильну температуру тіла. Об'єктивно: плямисто-папульозний висип на обличчі, шиї та руках, мармуровий малюнок шкіри, симетричний артрит колінних суглобів, атрофія на пучках пальців, ендокардит Лібмана-Сакса. За результатами аналізу крові виявлено: антитіла до антигенів Ro/SS-A, La/SS-B, Sm, нативної ДНК, рибонуклеопротейду, гістонів H1, H2B, фосфоліпідів, анемія, тромбоцитопенія, прискорення ШОЕ. В аналізі сечі – протеїнурія. Який найімовірніший діагноз?

Системний червоний вовчак

Системна склеродермія

Синдром Рейно

Міастенія

Ревматоїдний артрит

Чоловік, 52 роки, звернувся до лікаря зі скаргами на епізоди нестерпного болю у великому пальці руки. Під час збору анамнезу лікар виявив, що пацієнт нещодавно розпочав приймати гідрохлортіазид. Під час фізикального обстеження: зліва в ділянці проксимального міжфалангового суглобу I пальця виявлені припухлість, еритематозна та тепла на дотик шкіра. Лабораторний аналіз синовіальної рідини виявив кристали моноурату натрію. Яку рекомендацію має дати лікар стосовно дієти пацієнта?

Зменшити вживання м'ясних продуктів

Змін у дієті не потребує

Збільшити вживання молочних продуктів

Зменшити вживання зернових продуктів

Збільшити вживання овочів та фруктів

Жінка віком 32 роки скаржиться на двосторонній біль у руках і припухлість пальців, відчуття скутості впродовж кількох годин після пробудження, втомлюваність. Об'єктивно: набряк II та III п'ястково-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів. Позитивні симптоми поперечного стискання кисті. Яке захворювання найбільш імовірно у жінки?

Ревматоїдний артрит

Реактивний артрит

Ревматичний артрит

Подагричний артрит

Остеоартрит

16-ти річна дівчина доставлена до лікаря зі скаргами на біль в суглобах із обмеженням рухів, ранкову скутість. Зі слів пацієнтки все розпочалося з болю та припухлості обох колінних суглобів. Упродовж 2-х років подібні симптоми поступово розвивались у гомілкових, ліктьових, п'ястково-фалангових та проксимальних міжфалангових суглобах. При обстеженні: лімфаденопатія, гепатоспленомегалія та висип відсутні. При лабораторному дослідженні: ШЗЕ – 42 мм/год, антинуклеарні антитіла та ревматоїдний фактор не виявлені. Який діагноз є найбільш імовірним у цієї пацієнтки?

Ювенільний ідіопатичний артрит

Гостра ревматична лихоманка

Системний червоний вовчак

Реактивний артрит

Анкілозівний спондилоартрит

Чоловік 27-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на біль та набряк у II та III пальцях лівої стопи, почервоніння та гнійні виділення з очей, різь та біль при виділенні сечі. Зі слів пацієнта має декількох статевих партнерів, зрідка користується презервативами. При фізикальному обстеженні: двосторонній кон'юнктивіт та дактиліт пальців стопи. Обстеження інших органів і систем патології не виявило. У загальному аналізі крові ШЗЕ – 40 мм/год., біохімічний аналіз без відхилень. На Ro-грамі пальців стопи: збільшення об'єму м'яких тканин, звуження суглобової щілини. Який діагноз є найбільш імовірним?

Реактивний артрит

Синдром Шегрена

Сифіліс

Системна склеродермія

Подагра

Чоловік 34-х років звернувся до лікаря зі скаргами на ранкову скутість, біль в поперековій ділянці, плечових суглобах, суглобах ший, хребта, які посилюються при різких рухах. Захворювання почалося з появи болю в поперековій ділянці (після переохолодження). При фізикальному обстеженні: болючість при пальпації остистих відростків та здухвинно-крижового сполучення, сегментарна ригідність поперекової ділянки хребта, атрофія прилеглих м'язів. На Ro-грамі поперекового відділу хребта: осифікація зв'язок і сухожилів, синдесмофіти, повне зрощення хребців. При лабораторному дослідженні в крові лейкоцити – $4,3 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 37 мм/год. Який з наведених діагнозів є найбільш імовірним?

Анкілозуючий спондилоартрит

Ревматоїдний артрит

Реактивний артрит

Остеоартроз

Псоріатичний артрит

Пацієнтка 30-ти років впродовж 5-ти років хворіє на системний червоний вовчак і щоденно приймає 16 мг метилпреднізолону. Яке твердження щодо вакцинації у даному випадку є вірним?

Рекомендована щорічна планова вакцинація від грипу

Вакцинація від грипу після зменшення дози преднізолону до мінімальної

Будь-яка вакцинація протипоказана

Вакцинація від грипу проводиться під прикриттям антигістамінних препаратів

Вакцинація від грипу протипоказана хворим, що отримують глюкокортикоїди

У жінки віком 25 років з'явився висип на шкірі обличчя, шиї, біль у суглобах.

Об'єктивно: стан важкий, еритема обличчя у вигляді «метелика», температура тіла – 38,7 °С, суглоби кистей та променево–зап'ясткові суглоби набряклі. Тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці серця, ЧСС – 102/хв. У нижніх відділах легень вислуховується шум тертя плеври. У загальному аналізі сечі виявлено білок – 0,36 г/л. Визначення рівня якого показника найінформативніше для верифікації діагнозу?

Антитіл до двоспиральної ДНК

СРП

Загального білка та білкових фракцій крові

Рівні імуноглобулінів А, М, G, E

Рівні циркулюючих імунних комплексів

Пацієнтка віком 19 років скаржиться на біль у колінних суглобах, серцебиття, задишку, слабкість. Із анамнезу відомо, що 2 тижні тому перехворіла на гострий тонзиліт. Об'єктивно спостерігається: розширення меж серця вліво та вниз. Аускультативно: ослаблення I тону і систолічний шум над верхівкою, що проводиться в ліву аксиллярну ділянку, поодинокі екстрасистоли. Пульс – 92/хв, аритмічний. АТ – 110/70 мм рт. ст. У аналізі крові виявлено: еритроцити – $4,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л, лейкоцити – $9,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 26 мм/год. СРБ – 36 мг/л, АСЛ-О – 1250 ОД/мл, сіркомукоїд – 420 ОД, сіаловий тест – 560 ОД. Який найімовірніший діагноз?

Гостра ревматична лихоманка

Ревматоїдний артрит

Реактивний артрит

Інфекційний міокардит

Вторинна міокардіодистрофія

Хвора 17-ти років має скарги на біль в колінних та гомілковостопних суглобах, підвищення температури тіла до 39 °С. 2 тижні тому перенесла гострий тонзиліт. Об'єктивно: припухлість та різка болючість, обмеження рухів в суглобах. На шкірі тулуба та кінцівок є ледве помітні кільцеподібні блідо-рожеві плями. ЧСС – 95/хв., АТ – 90/60 мм рт. ст., тони ослаблені, м'який систолічний шум над верхівкою. Поставте попередній діагноз:

Гостра ревматична лихоманка

Хвороба Рейтера

Ревматоїдний артрит

Вузлувата еритема

Системна склеродермія

Пацієнтка віком 60 років скаржиться на обмеження рухливості в дистальних міжфалангових суглобах обох кистей впродовж 12 років, періодичний біль у спині. Об'єктивно: вузлуваті потовщення дистальних міжфалангових суглобів обох кистей, пальці деформовані, рухливість обмежена. Іншої патології не виявлено. Аналізи крові і сечі в межах норми. Який найімовірніший діагноз?

Остеоартрит

Ревматоїдний артрит

Анкілозуючий спонділоартрит

Подагра

Реактивний артрит

У жінки 18-ти років, яка перебуває на лікуванні в стаціонарі з приводу системного червоного вовчака, виявлена позитивна реакція мікропреципітації на сифіліс. Клінічних проявів хвороби не виявлено. При дообстеженні – ІФА трепонемний: реакція негативна. Найбільш імовірний діагноз?

Хибнопозитивна реакція на сифіліс

Сифіліс прихований

Сифіліс первинний

Сифіліс вторинний

Сифіліс третинний

У хворого 25-ти років протягом 6 тижнів з'явився біль в крижах, попереку, ахілових сухожилках, ранкова скутість до півгодини. В аналізі крові: ШОЕ – 30 мм/год; СРБ – 25 мг/л; РФ – норма, HLA B27 – позитивний. МРТ попереково-крижового відділу: двобічний сакроілеїт 2 ст. Який найбільш імовірний діагноз?

Анкілозуючий спондиліт

Реактивний артрит

Остеохондроз поперекового відділу хребта

Ревматоїдний артрит

Подагричний артрит

Чоловік віком 40 років скаржиться на різку слабкість, біль у м'язах та суглобах, підвищення температури до 38,6 °С, схуднення. Захворів гостро. З анамнезу відомо, що 6 місяців тому хворів на вірусний гепатит. Об'єктивно спостерігається: стан пацієнта середньої тяжкості, пульс – 80/хв, АТ – 175/95 мм рт. ст. На внутрішній поверхні передпліччя пальпуються болючі підшкірні вузли розміром до 1 см. На верхніх кінцівках відзначаються порушення чутливості за типом «рукавичок». За результатами клінічного аналізу крові виявлено помірну анемію, лейкоцитоз, еозинофілію, прискорену ШОЕ. У клінічному аналізі сечі спостерігається помірна протеїнурія та мікрогематурія. Для якого захворювання характерні такі клініко-лабораторні показники?

Вузликового поліартеріїту

Геморагічного васкуліту

Ревматизму

Дерматоміазиту

Системного червоного вовчака

У пацієнта віком 19 років після ГРВІ з'явилась стійка макрогематурія, задишка, кровохаркання. Під час рентгенологічного дослідження грудної клітини виявлено: ознаки двобічного дисемінованого ураження. Впродовж 2 тижнів стан пацієнта різко погіршився, рівень креатиніну зріс до 327 ммоль/л. Який найімовірніший діагноз?

Синдром Гудпасчера

Гранулематоз Вегенера

Гострий гломерулонефрит

Геморагічний васкуліт

Паранеопластична нефропатія

У пацієнта віком 36 років, після вживання напередодні алкоголю та жирної їжі, вночі виник напад гострого артриту I плесне-фалангового суглоба правої стопи. Під час огляду: перший палець набряклий, шкіра синюшна, гаряча на дотик. У загальному аналізі крові виявлено: лейкоц. – $12,0 \times 10^{12}/л$, зсув вліво, ШОЕ – 42 мм/год. Виберіть варіант стартової терапії.

Колхіцин

Преднізолон

Мазь з НПЗП місцево

НПЗП

Дипроспан внутрішньосуглобово

Пацієнтка віком 26 років, яка хворіє на ревматоїдний артрит впродовж 8 місяців, має набряки ліктьових, променево-зап'ясткових, колінних та гомілковостопних суглобів, ревматоїдні вузлики в ділянці ліктьових суглобів. У загальному аналізі крові: ШОЕ – 57 мм/год., СРБ – ++++. На Рo-грамах суглобів: виражений остеопороз. Який препарат є базисною терапією в такій ситуації?

Метотрексат

Інфлісімаб

Мелоксикам

Диклофенак натрію

Метилпреднізолон

Пацієнта віком 38 років турбує біль у ділянці плесно-фалангових суглобів I–II пальців правої стопи. Під час огляду: шкіра над ураженими суглобами багряно-синюшного кольору, гаряча на дотик, у ділянці вушних раковин наявні вузликові утворення, вкриті тонкою блискучою шкірою. Який препарат для уратзнижувальної терапії потрібно призначити пацієнту?

Алопуринол

Колхіцин

Німесулід

Фебуксостат

Метотрексат

Жінка віком 55 років звернулася до лікаря з приводу деформації суглобів пальців рук та болю в них під час рухів. Об'єктивно: невеликі кісткові утворення на бічних поверхнях дистальних міжфалангових суглобів, трохи болючі під час пальпації. Як називаються ці утворення?

Вузлики Гебердена

Вузлики Бушара

Тофуси

Ревматоїдні вузлики

Нодулярна еритема

Пацієнт віком 16 років скаржиться на біль у великих суглобах, набряклість та почервоніння лівого колінного суглоба, підвищення температури тіла до 37,9 °С. Із анамнезу відомо, що скарги з'явилися 5 днів тому після перенесеного гострого фарингіту. Який найімовірніший діагноз?

Реактивний артрит

Подагра

Ревматичний артрит

Ревматоїдний артрит

Деформуючий артроз

У чоловіка 22 років з'явилися сильні болі в нижній частині спини, які іррадіюють у п'яткові кістки, внутрішню поверхню стегон, спостерігається підвищення температури до 38,2 °С. За три тижні відчув важкорухомість у хребті, болі в ілеосакральних суглобах. Рентгенологічно виявлено: розширення щілини ілеосакрального з'єднання, склерозування спінальних зв'язків. Про яке захворювання слід думати?

Анкілозуючий спондилоартрит

Грижа спинального каналу

Оперізуєчий лишай

Міжреберна невралгія

Кіста сакрального відділу хребта

Жінка 22 років із підозрою на системний червоний вовчак скаржиться на «летючий» біль у суглобах рук і ніг, підвищення температури до 38,5–39 °С упродовж 3 тижнів, задишку, серцебиття, слабкість. Об'єктивно встановлено: еритема на щоках та носі. У крові виявлено: Нв – 90 г/л, тромбоцити – 135×10^9 /л, ШОЕ – 43 мм/год. У сечі виявлено: білок – 2,66 г/л, еритроцитів – 8–10 в п/з. Виявлення яких антитіл у пацієнтки найбільш значиме для постановки діагнозу?

До 2-х спіральної нативної ДНК

Кріоглобуліни

До фосфоліпідів

Ревматоїдний фактор

До тромбоцитів

Жінка 56 років із надмірною масою тіла скаржиться на біль у колінних суглобах, який посилюється під час ходіння, особливо по східцях, під час довгого стояння на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно встановлено: колінні суглоби деформовані, набряклі, підчас руху – болючі. Рентгенограма суглобів показала: суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, краєві остеофіти. Який діагноз найбільш імовірний?

Остеоартроз

Подагра

Реактивний артрит

Ревматоїдний артрит

Ревматичний артрит

Дівчина 22 років, хвора на системний червоний вовчак, скаржиться на лихоманку, схуднення, біль у дрібних суглобах кистів. Об'єктивно встановлено: дифузна алопеція, генералізована лімфаденопатія, еритематозна висипка на щоках та спинці носа, ексудативний плеврит та перикардит. Температура тіла – 38,4 °С. У крові виявлено: лейкоцити – $3,1 \times 10^9/\text{л}$, Нб – 102 г/л, ШОЕ – 56 мм/год, С-реактивний протеїн - (++++). Яка доза преднізолону є доцільною у цьому разі?

1 мг/кг

0,5 мг/кг

0,25 мг/кг

0,75 мг/кг

5,0 мг/кг

Жінка 60 років, скаржиться на ниючий біль у колінних суглобах, який виникає під час рухів та підсилюється увечері, рухи супроводжуються хрускотом. Об'єктивно встановлено: вага – 120 кг, зріст – 160 см. Колінні суглоби деформовані, визначається крепітація. На рентгенограмі спостерігається: звуження суглобової щілини, бокові остеофіти. Який із наведених діагнозів є найімовірнішим?

Остеоартроз

Реактивний артрит

Псоріатичний артрит

Подагричний артрит

Ревматоїдний артрит

У жінки 30-ти років було три самовільних викидня та одні передчасні пологи. При обстеженні має місце позитивна реакція на антикардіоліпінові антитіла та вовчаковий антикоагулянт. Поставте діагноз:

Антифосфоліпідний синдром

Синдром Штейна-Левенталя

Геморагічний синдром

Синдром Шихана

Синдром тестикулярної фемінізації

Чоловік 39-ти років, який перебував на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого холециститу, переведений в терапевтичне відділення з приводу підвищення артеріального тиску до 180/120 мм рт. ст., появи білка в сечі, стійкої лихоманки. Стійкий субфебрилітет був резистентний до антибіотикотерапії. Через 10 днів після лікування у хворого виник напад задухи з важким видихом, згодом з'явилися артралгії та еритема-тозне ураження шкіри. В аналізі крові – 18 % еозинофілів. Яке захворювання виникло у хворого?

Вузликовий периартеріт

Системний червоний вовчак

Неспецифічний аортоартеріт

Гострий гломерулонефрит

Глистна інвазія

У дівчинки 11-ти років (в анамнезі часті ангіни) захворювання мало поступовий розвиток. З'явилися дратівливість, неухвильність, гіперкінези. При обстеженні виявлено порушення координації рухів, гіпотонію м'язів, гіперрефлексію. Для

якого захворювання характерні такі зміни зі сторони центральної нервової системи?

Гостра ревматична лихоманка

Вузликовий поліартеріїт

Вегето-судинна дисфункція

Системна склеродермія

Системний червоний вовчак

У жінки 32-х років скарги на двосторонній біль у руках і припухлість пальців, відчуття скутості впродовж кількох годин після пробудження, втомлюваність. Об'єктивно: набряк другого та третього п'ястково-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів, позитивні симптоми поперечного стискання кисті. Яке захворювання найбільш імовірне?

Ревматоїдний артрит

Остеоартрит

Ревматичний артрит

Подагричний артрит

Реактивний артрит

Жінка 42-х років звернулася до лікаря зі скаргами на м'язову слабкість у верхніх і нижніх кінцівках. Об'єктивно: у періорбітальних ділянках еритема з бузковим відтінком, макульозна еритема на розгинальних поверхнях пальців. В аналізі крові виявлено суттєве підвищення рівня креатинфосфокінази. Яким є імовірний діагноз?

Дерматоміозит

Хвороба Кушинга

Системний червоний вовчак

Гіпопаратиреоз

Системна склеродермія

Хлопчик 10-ти років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,5 °С, припухлість суглобів пальців рук та ніг, ранкову скутість, біль у шийному відділі хребта. Проведено обстеження. У крові: еритроцити – $2,6 \times 10^{12}$ /л, Нb – 85 г/л, лейкоцити – $16,5 \times 10^9$ /л, е – 2 %, п/я – 8 %, с,я – 68 %, л – 16 %, м – 6 %, швидкість осідання еритроцитів – 28 мм/год. Позитивний ревматоїдний фактор. Диспротеїнемія з гіперглобулінемією. Встановіть діагноз:

Ювенільний ревматоїдний артрит

Гостра ревматична лихоманка

Остеоартрит

Токсичний синовіїт

Реактивний артрит

Жінка 47-ми років скаржиться на біль у суглобах та слабкість у м'язах, швидко втомлюваність, пітливість, серцебиття, підвищення температури. Об'єктивно: дисфагія, висип червоного кольору навколо очей, на вилицях та над міжфаланговими суглобами, набряк верхніх повік, тахікардія. У крові: підвищення ШОЕ та С-реактивного білку. Яке захворювання зумовлює таку картину?

Дерматоміозит

Системна склеродермія

Системний червоний вовчак

Ревматоїдний артрит

Міастенія

Жінка 52-х років звернулася до лікаря зі скаргами на швидку втомлюваність та задишку протягом останнього року з періодичним сухим кашлем. Пацієнтка відзначає, що останнім часом їй стало важко піднімати обидві руки та розчісувати волосся. При фізикальному обстеженні температура тіла – 37,4 °С, пульс – 76/хв., артеріальний тиск – 130/85 мм рт. ст., SpO₂ – 95 % при кімнатному повітрі. При неврологічному дослідженні незначне зниження сили дельтоподібного м'яза. При аускультатії легень – розповсюджені сухі хрипи. На щоках, навколо орбіт та на ліктях еритематозний висип. Який метод найбільш імовірно підтвердить діагноз у цієї пацієнтки?

Біопсія м'яза

Біопсія шкіри

Рентгенографія ОГП

Виявлення антинуклеарних антитіл

КТ легень

Жінка віком 59 років скаржиться на біль та набряклість дрібних суглобів кистей, задуху, слабкість. Хворіє 8 років. Об'єктивно спостерігається: t° тіла – 37,8 °С, дрібноточкові крововиливи на тулубі та кінцівках, ульнарна девіація кистей. Межі серця зміщені вліво, систолічний шум над верхівкою. Пульс – 96/хв. АТ – 170/100 мм рт. ст. У загальному аналізі крові виявлено: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb – 108 г/л, лейкоцити – $6,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $220 \times 10^9/л$, ШОЕ – 48 мм/год., С-реактивний білок +++. У загальному аналізі сечі виявлено: щільність – 1016, білок – 2,8 г/л, лейкоцити – 10–12 в п/з, еритроцити – 2–4 в п/з. Який діагноз найімовірніший?

Ревматоїдний артрит

Системний червоний вовчак

Ревматизм

Тромбоцитопенічна пурпура

Хронічний гломерулонефрит

Жінка віком 36 років скаржиться на біль у суглобах та м'язах, втрату апетиту, закрепи, швидку втомлюваність та субфебрильну температуру. Об'єктивно виявлено: дисфагія, симетричний артрит та потовщення шкіри на кистях та стопах, атрофія та дрібні виразки на пучках пальців, синдром Рейно, телеангіектазія. Яке захворювання зумовлює таку картину?

Системна склеродермія

Ревматоїдний артрит

Системний червоний вовчак

Дерматоміозит

Хвороба Рейно

Чоловік 37 років скаржиться на біль у поперековому і грудному відділах хребта, обмеження рухливості в ньому протягом 5 років. Під час обстеження встановлено діагноз: анкілозуючий спондилоартрит, центральна форма. Носієм якого антигену HLA, найімовірніше, є пацієнт?

HLA-B27

HLA-B5

HLA-DR20

HLA-DR8

HLA-DR4

15-річна дівчина доставлена до лікаря зі скаргами на біль у суглобах з обмеженням рухів, ранкову скутість. Зі слів пацієнтки все розпочалося з болю та припухання обох колінних суглобів. Протягом 2-х років подібні симптоми поступово розвивались у гомілкових, ліктьових, п'ястково-фалангових та проксимальних міжфалангових суглобах. При обстеженні лімфаденопатія, гепатоспленомегалія та висип відсутні. При лабораторному дослідженні ШЗЕ-42 мм/год, антинуклеарні антитіла (ANA) не виявлено, ревматоїдний фактор не виявлено. Який діагноз є найбільш імовірним у цієї пацієнтки?

Ювенільний ідіопатичний артрит

Системний червоний вовчак

Реактивний артрит

Анкілозивний спондилоартрит

Гостра ревматична лихоманка

Пацієнтка віком 26 років скаржитися на переймоподібний біль у животі, проноси зі значною кількістю слизу і крові, підвищення температури тіла до 38 °С. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри та слизових оболонок, астенична будова тіла. Під час пальпації виявлена болючість по ходу товстої кишки. Під час колонофіброскопії: стінки прямої та сигмоподібної кишки набряклі, ерозії, дрібні виразки, в просвіті слиз із домішками крові. Який найімовірніший діагноз?

Неспецифічний виразковий коліт

Рак товстої кишки

Дизентерія

Хвороба Крона

Хронічний ентерит

Пацієнт віком 36 років звернувся до лікаря зі скаргами на відчуття пекучого загрудинного болю, що, зазвичай, виникає через 1–1,5 години після вживання їжі та посилюється в горизонтальному положенні. Під час ЕГДС виявлено два осередкових ураження нижньої третини слизової оболонки стравоходу, розміром до 5 мм, розташовані в межах однієї складки. Яка тактика лікаря буде найдоцільнішою?

Призначення інгібіторів протонної помпи

Призначення кларитроміцину

Стаціонарне спостереження

Призначення ненаркотичних анальгетиків

Хірургічне лікування

У пацієнта віком 50 років впродовж півтора місяця спостерігається стабільне наростання проявів жовтяниці та анемії з періодичними підвищеннями температури тіла. Під час пальпації виявлено: збільшений і безболісний жовчний міхур. Який найімовірніший діагноз?

Рак головки підшлункової залози

Ехінококоз печінки

Рак жовчного міхура

Первинний склерозивний холангіт

Жовчнокам'яна хвороба

Пацієнт віком 15 років скаржиться на біль у правій клубовій ділянці, втрату маси тіла, випорожнення до 6 разів на добу з домішками слизу та крові. Із анамнезу відомо, що хворіє близько року. Під час фіброколоноскопії виявлено: слизова оболонка товстого кишечника сегментарно гіперемована, горбиста за типом «бруківки», одиничні глибокі афтозні виразки, значне стовщення стінки в місцях ураження. Який найімовірніший діагноз?

Хвороба Крона

Хронічний виразковий коліт

Хронічний невиразковий коліт

Рак товстого кишечника

Хронічний ентероколіт

Пацієнтка віком 55 років скаржиться на різкий біль у правому підребер'ї та епігастрії, що іррадіює під праву лопатку, нудоту та багаторазове блювання. Із анамнезу: хворіє декілька років, біль раніше купувався дротаверином. Об'єктивно: надлишкова маса тіла, незначна іктеричність склер, $t = 38^{\circ}\text{C}$, живіт помірно здутий, болючий і напружений у правому підребер'ї та епігастрії. Позитивний симптом Ортнера, френікус-симптом справа. У ЗАК: лейкоцитоз, прискорена ШЗЕ. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний холецистит

Рак жовчного міхура

Гіпотонічна дискінезія жовчного міхура

Хронічний холангіт

Жовчнокам'яна хвороба

Пацієнт віком 45 років скаржиться на біль та дискомфорт у животі, що виникають у стресових ситуаціях. Об'єктивно патологічних змін ШКТ не виявлено. З анамнезу відомо, що скарги виникли більше 10 років тому на тлі важкого отруєння алкоголем. Пацієнт неодноразово звертався до гастроентерологів, які суттєвих змін не знаходили. Призначене лікування було неефективним. Який найімовірніший діагноз?

Соматоформний розлад

Онейроїд

Хронічний алкоголізм

Функціональна диспепсія

Органічне ураження мозку

Пацієнт віком 27 років скаржиться на біль у животі. Із анамнезу відомо, що 30 хв тому, в гаражі, він помилково зробив кілька ковтків технічної рідини, що містить метанол. Викликати блювання та промити шлунок не зміг. Який антидот необхідно використати в цьому разі?

Етанол

Натрію тіосульфат

Ацетилцистеїн

Атропін

Унітол

Хворому 54 роки. Впродовж року лікується з приводу недиференційованої форми раку легень. Наразі приєдналися відчуття тяжкості та болючість у правому підребер'ї. Який метод діагностики буде найбільш інформативним в

даному випадку?

Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини

Діагностична лапароскопія

Вазографія печінки

Ультразвукова біолокація з прицільною пункційною біопсією

Радіоізотопна гепатографія

Юнак 23-х років скаржиться на «голодний» нічний біль в животі, закрепи, печію. Хворіє більше двох років. Яке захворювання найбільш імовірне?

Виразкова хвороба 12-палої кишки

Хронічний гастрит

Дискінезія жовчовивідних шляхів

Гострий гастрит

Виразкова хвороба шлунка

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

Копрограма

Ретроградна панкреатографія

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини

ЕФГДС

Пероральна холецистографія

Жінка віком 36 років звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, біль у животі та жовтушність шкіри. Вказані скарги поступово наростали протягом останніх 3-х місяців. Вживання наркотиків та незахищені статеві стосунки заперечує. Під час фізикального обстеження: іктеричність склер та жовтушність шкіри, болісність при пальпації правої підреберної ділянки. Під час лабораторного дослідження сироватки крові виявлено: загальний білірубін – 64,5 мкмоль/л, прямий – 22,7 мкмоль/л, АСТ – 822 Од/л, АЛТ – 1237 Од/л, HBsAg та HBeAg – позитивні. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

ПЕГ – інтерферон альфа-2а

Преднізолон та рибавірин

Вакцина для профілактики гепатиту В та Ламівудин

Імуноглобулін людини нормальний

Специфічний імуноглобулін проти вірусу гепатиту В

Жінка 35-ти років скаржиться на слабкість, часті випорожнення з домішками крові, зменшення маси тіла (на 8 кг за 6 місяців), періодично – підвищення температури до 37,8 °С. Об'єктивно: температура тіла – 37,5°С, пульс – 86/хв., АТ – 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда, живіт помірно болючий при пальпації. У крові: Hb – 92 г/л, ШЗЕ – 35 мм/год. Колоноскопія: слизова прямої та сигмоподібної кишки зерниста, гіперемована, набрякла, нерівномірно потовщена (псевдополіпи), кровить, на її поверхні – ерозії та виразки. Яка патологія найбільш імовірно викликала ураження кишечника в хворої?

Виразковий коліт

Поліпоз кишки

Синдром подразненого кишківника

Рак прямої кишки

Хвороба Крона

Хворий 70-ти років звернувся зі скаргами на блювання з'їденим, схуднення, відсутність апетиту. При огляді: тургор шкіри знижений, в лівій надключичній ділянці щільний лімфовузол у d 1 см. При пальпації живота визначається перерозтягнутий шлунок, в епігастрії пальпується пухлиноподібне утворення. Яка патологія зумовлює таку картину?

Рак шлунка

Виразкова хвороба шлунка

Гастрит

Дуоденальна виразка

Панкреатит

Хворий 48-ми років госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає на виразку 12-палої кишки. Упродовж останнього місяця спостерігає щоденне блювання, схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається «шум плеску». Нижня межа шлунка на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок – 47 г/л; К – 2,1 ммоль/л, Na – 118 ммоль/л, Са – 1,6 ммоль/л, хлориди – 82 ммоль/л, гематокрит – 64%. Який попередній діагноз?

Декомпенсований стеноз воротаря

Малігнізована виразка шлунка

Компенсований стеноз воротаря

Кровоточива виразка 12-палої кишки

Субкомпенсований стеноз воротаря

Чоловік 58-ми років, скаржиться на постійний біль в епігастрії, що іррадіює в спину та посилюється після прийому жирної їжі. Пацієнт відмічає слабкість, за останні 2 місяці схуд на 9 кг. Місяць тому з'явилась жовтяниця, що поступово нарастає. Живіт м'який, печінка не збільшена. У ЗАК: Hb – 68 г/л, лейкоцити – $9,0 \times 10^9$ /л, ШЗЕ – 36 мм/год. На УЗД: жовчний міхур великих розмірів, конкрементів не містить, холедох розширений, в головці підшлункової залози – округле утворення до 4 см в d з нечіткими контурами. Який діагноз є найбільш імовірним?

Рак головки підшлункової залози

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з пенетрацією в головку підшлункової залози

Хронічний холецистопанкреатит

Рак шлунка з метастазами в печінку

Хронічний індуративний панкреатит

Хвора 50-ти років скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі. Впродовж 5-ти років турбує біль в епігастрії, нудота, порушення випорожнення. Об'єктивно: ЧСС – 92/хв. Надмірна маса тіла, язик обкладений, іктеричні склери. Живіт м'який, болючий у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В ЗАК: лейкоцити – $9,6 \times 10^9$ /л, ШЗЕ – 14 мм/год. Яке

дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?

Ультразвукове дослідження жовчного міхура

Сцинтиграфію печінки

Бактеріологічне дослідження жовчі

Холецистографію

Ретроградну холангіопанкреатографію

Хвора 47-ми років страждає на гіпомоторну дискінезію товстого кишечника. Як модернізувати харчовий раціон з метою підвищення моторики кишечника?

У раціональній дієті збільшити кількість рослинного волокна та кисломолочних продуктів

У гіпоенергетичній дієті збільшити кількість рослинних білків, молочних продуктів, кальцію

У редукуючій білково–овочевій дієті збільшити кількість тваринних жирів та магнію

У раціональній дієті збільшити кількість рослинних білків, тваринних жирів, калію

У раціональній дієті збільшити кількість рослинних, кисломолочних продуктів та магнію

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

ФЕГДС з біопсією

Дихальний уреазний тест

Внутрішньо–стравохідна рН–метрія

Комп'ютерна томограма грудної клітки

Рентгенконтрастне дослідження стравоходу і шлунка

45-ти річний чоловік звернувся до лікаря зі скаргами на біль у горлі та лихоманку протягом 10-ти днів. В анамнезі: хворів на виразковий коліт та хронічний біль у спині. Викурює 1 пачку цигарок на день впродовж 10-ти років. Батько пацієнта помер від раку товстої кишки в 50 років. При фізикальному обстеженні: температура тіла – 38,6 °С, АТ – 130/80 мм рт. ст., пульс – 72/хв., частота дихання – 18/хв. При огляді ротової порожнини: глотка еритематозна, у криптах мигдаликів ексудат. Антигенний тест на СГА (стрептокок групи А) позитивний. Яка рекомендація лікаря зі вторинної профілактики онкологічних захворювань найбільш імовірно буде доречною в даному випадку?

Провести колоноскопію

Провести гнучку сигмоскопію

Провести низькодозову КТ легень

Зробити аналіз калу на приховану кров

Зробити ПСА–тест та пройти пальцеве ректальне дослідження

Чоловіка 48-ми років доставлено до лікаря у непритомному стані. В анамнезі: зловживання алкоголем. При обстеженні: шкіра бліда, на тулубі «судинні зірочки», печінковий запах із рота, язик обкладений коричневим нальотом.

Підшкірні вени передньої стінки живота розширені у вигляді (caput medusae). При пальпації органів черевної порожнини: позитивний симптом флюктуації, гепатоспленомегалія. Набряки нижніх кінцівок. Який стан у хворого є найбільш імовірним?

Гостра печінкова недостатність

Перфоративна виразка шлунка

Гіперглікемічна кома

Гостра шлунково-кишкова кровотеча

Гіпоглікемічна кома

Дівчина 21-го року звернулась до лікаря з грипоподібною картиною захворювання, субфебрильною температурою, нездужанням та легкою жовтяницею протягом 2-х днів. Лабораторні показники сироватки крові: аспартатамінотрансфераза (АСТ) – 456 Од/л, аланінамінотрансфераза (АЛТ) – 745 Од/л, Ig M до HAV – позитивний результат. Яка тактика по відношенню до контактних осіб буде найбільш доречною?

Вакцинація від гепатиту А протягом першого тижня

Введення інтерферону альфа-2b протягом першого тижня

Профілактичний прийом софосбувіру/ледіпасвіру протягом 1 місяця

Введення імуноглобуліну людини нормального протягом 24 годин

Вакцинація від гепатиту В протягом першого тижня

Юнак 18-ти років звернувся до лікаря зі скаргами на переймоподібний біль в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та свіжої крові, що тривають 4 місяці. За цей час схуд на 10 кг. При фізикальному обстеженні: живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки зліва, сигмоподібна кишка спазмована. При лабораторному дослідженні крові еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 92 г/л, лейкоцити – $10,6 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 34 мм/год. Результат бакпосіву випорожнень негативний. При колоноскопії виявлено запалення слизової з втратою судинного малюнку та ділянка підвищеної кровоточивості 25 см з чіткими межами, починаючи від краю анусу. Яка лікувальна тактика буде найбільш доречною?

Призначення преднізолону та месаламіну

Переливання еритроцитарної маси

Повторний забір випорожнень на бактеріологічне дослідження

Призначення метронідазолу

Хірургічне лікування

Чоловік 58 років скаржиться на болі в правій здухвинній ділянці, нечасті до 4–6 разів на добу, випорожнення, підвищення температури тіла до 37,5–38 °С. Об'єктивно встановлено: стан середньої важкості зниженого харчування, шкіра та слизові оболонки бліді. АТ – 100/60 мм рт. ст., Ps – 98/хв. Пальпується болючий інфільтрат у правій здухвинній ділянці. Дослідження крові показало: еритроцити – $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 80 г/л, лейкоцити – $11,2 \times 10^9/л$, еозинофіли – 3%, паличкоядерні – 6 %, сегментоядерні – 68 %, моноцити – 7 %, лімфоцити – 14 %, загальний білок – 61 г/л, альбуміни – 47 %, глобуліни – 53 %, С-реактивний білок – 24. Під час рентгенографічного дослідження з пассажем барію по тонкій кишці виявлений запальний стеноз термінального відділу тонкої кишки з депонуванням барію у дилатованій петлі тонкої кишки. Поставлено діагноз: хвороба Крона з ураженням термінального відділу тонкої кишки, стенозуюча

форма середньої важкості. Яку групу препаратів слід призначити насамперед?
Спазмолітики (як запасний варіант – сульфаніламід)

Антибіотики

Пробіотики

Ферменти

Сульфаніламід

Жінка 45-ти років скаржиться на колькоподібний біль у правому підребер'ї, що виникає після вживання жирної їжі, фізичного навантаження та іррадіює в праву лопатку та праве плече, зменшується при прийомі спазмолітиків. Хворіє впродовж року, періодично зазначає пожовтіння склер під час нападів болю. Який метод обстеження слід призначити в першу чергу для встановлення діагнозу?

Ультрасонографію

Комп'ютерну томографію

Рентгенографію органів черевної порожнини

Дуоденальне зондування

Фіброгастроуденоскопію

Юнак 18 років під час госпіталізації до стаціонару скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,5 °С, зниження апетиту, нудоту, важкість у правому підребер'ї, зміну кольору сечі та калу. Хворіє протягом 5 днів. Об'єктивно: незначна жовтяниця шкіри та склер. Печінка виступає на 3 см, чутлива під час пальпації. Сеча темно-коричневого кольору, кал світлий. Уживає водопровідну воду. Який діагноз найімовірніший?

Вірусний гепатит А

Вірусний гепатит В

Лептоспіроз

Черевний тиф

Малярія

Жінка 46 років звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на біль та здуття живота та проноси, які з'являються після вживання молочних продуктів. Об'єктивно: живіт здутий, чутливий під час пальпації. Печінка, селезінка не збільшені. Який метод діагностики допоможе виявити причину стану?

Дихальний тест

Фіброколоноскопія

Антигліадинові антитіла

Копрограма

УЗД органів черевної порожнини

Хворий 35-ти років звернувся до сімейного лікаря з раптовим кинджальним болем в епігастрії; в анамнезі виразка шлунку. Об'єктивно: дошкоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна–Блумберга. При рентгенологічному дослідженні виявлено серпоподібне просвітлення під склепінням діафрагми. Яке ускладнення розвинулось в хворого?

Перфорація виразки шлунку

Пенетрація виразки шлунку

Малігнізація виразки шлунку

Виразкова кровотеча

Стеноз ворота

Чоловік 60 років скаржиться на відчуття переповнення, розпирання в епігастрії після їжі, відрижку тухлим, блювоту їжею, з'їденою напередодні. В анамнезі вказана виразкова хвороба шлунка. Маса тіла знижена, шкіра бліда зі зниженим тургором та еластичністю. Опущення нижньої межі шлунку, болючість в епігастрії, позитивний симптом «шуму плескоту». У крові виявлено: НЬ – 102 г/л, К – 3,3 ммоль/л, Na – 134 ммоль/л. Яке ускладнення є найбільш імовірним?

Пілородуоденальний стеноз

Перфорація виразки

Пенетрація виразки

Кровотеча з виразки

Малігнізація

Жінка віком 56 років працює дезінфектором упродовж 19 років. Скаржиться на загальну слабкість, нудоту, гіркоту в роті, тяжкість у правому підребер'ї, швидку втомлюваність. Об'єктивно: $t - 37,1^{\circ}\text{C}$, іктеричність склер, печінка збільшена. Загальний білірубін – 40 мкмоль/л. Який імовірний діагноз?

Токсичний професійний гепатит

Хронічний холецистит

Гострий холецистит

Дискінезія жовчних шляхів

Хронічний панкреатит

Хворий 40-ка років скаржиться на біль в епігастральній ділянці натще, печію. При пальпації помірна болючість у пілородуоденальній зоні. Який метод діагностики буде найінформативнішим?

Фіброезофагогастроуденоскопія

Дихальний уреазний тест

УЗД черевної порожнини

Рентгеноскопія шлунка та 12-палої кишки

Внутрішньошлункова рН-метрія

Хворий 32-х років скаржиться на тупий біль у лівому підребер'ї після прийому жирної та копченої їжі, блювання без полегшення. Випорожнення блискучі, з неприємним запахом. Хворіє впродовж 8 років, зловживає алкоголем. Зниженого живлення. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, болючий в зоні Шоффара, точках Дежардена, Мейо–Робсона. Який імовірний діагноз?

Хронічний панкреатит

Хронічний холецистит

Виразкова хвороба

Хронічний гастродуоденіт

Хронічний гепатит

У відділення надійшов хворий 30-ти років зі скаргами на часті рідкі випорожнення з кров'ю і слизом, підвищення температури до $37,7^{\circ}\text{C}$, переймоподібний біль у животі. Пальпаторно: болючість по ходу товстої кишки. При ректороманоскопії: стінка кишечника набрякла, легкоранима, ерозії і виразки, значна кількість крові та слизу. Імовірний попередній діагноз:

Неспецифічний виразковий коліт

Поліпоз товстої кишки

Целиакія

Дизентерія

Хвороба Крона

У жінки віком 70-ти років при флюорографії ОГК над лівим куполом діафрагми виявлено тінь неоднорідної структури. Рентгеноскопічне дослідження з контрастуванням виявило наявність у грудній порожнині абдомінального сегмента стравоходу. Який діагноз найімовірніший?

Грижа стравохідного отвору діафрагми

Доброякісна пухлина стравоходу

Ахалазія кардії

Дивертикул стравоходу

Езофагіт

Чоловік віком 35 років скаржиться на періодичний біль в епігастрії в нічний час. Діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки. Який неінвазивний метод діагностики інфекції *Helicobacter pylori*, що володіє найбільшою чутливістю і специфічністю, необхідно призначити пацієнту насамперед?

13С–сечовинний дихальний тест

Визначення Ig G, Ig M у сироватці крові

Гастроскопія з біопсією

Визначення Ig A, Ig M у слині

Визначення фекального антигену

У 29-ти річної жінки протягом останніх місяців з'явилися скарги на біль у правій клубовій ділянці, проноси з домішками слизу і гною, біль у кульшових суглобах, періодичне підвищення температури тіла. Живіт під час пальпації м'який, чутливий в правій клубовій ділянці. При іригографії: рельєф слизової оболонки нагадує «бруківку», ілеоцекальний перехід звужений. Яке захворювання можна припустити?

Хвороба Крона

Хвороба Уїппла

Глютенова ентеропатія

Туберкульозний ілеотифліт

Псевдомембранозний ентероколіт

Пацієнт віком 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на відчуття важкості та розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, блювання 1 раз на 2–3 дні залишками їжі, вживаною напередодні, втрату маси тіла близько 10 кг за останні 2 місяці. Із анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на виразкову хворобу шлунка протягом 5 років.

Стеноз воротаря шлунка

Дуоденогастральний рефлюкс

Перфорація

Діафрагмальна грижа

Пенетрація

Хворий 43-х років страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки протягом 8-ми років. Під час роботи на садовій ділянці відчув різкий біль у епігастральній ділянці, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс – 102/хв., слабкий, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст., живіт не приймає участі у акті

дихання, напружений, болісний у епігастрії, печінкова тупість відсутня. Яке захворювання є найбільш імовірним?

Перфорація виразки

Кишкова непрохідність

Шлункова кровотеча

Загострення панкреатиту

Інфаркт міокарда

Хвора 55-ти років скаржиться на випорожнення 3–4 рази протягом 1–2 годин переважно вранці, після сніданку. Посилення діареї пов'язує з підвищеними вимогами з боку оточення, хвилюванням, очікуванням небезпеки. Об'єктивно: метушлива, багатомовна, збільшеної ваги. Шкіра без змін, тургор нормальний, живіт м'який безболісний. В аналізі крові змін не має; аналіз калу: несформований, незначна кількість крохмальних зерен та м'язових волокон, лейкоцити – 3–4 в п/з; колоноскопія без патології. Призначення якого препарату буде найбільш доречним?

Лоперамід

Дротаверин

Бісакодил

Ампіцилін

Анаприлін

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

Призначення інгібіторів протонної помпи

Призначення кларитроміцину

Хірургічне лікування

Призначення ненаркотичних анальгетиків

-

Пацієнтка віком 48 років скаржиться на періодичний інтенсивний біль у епігастрії з іррадіацією в попереk, нудоту після будь-якої їжі, часті рідкі випорожнення. Із анамнезу відомо, що схудла на 12 кг протягом 2 місяців. Об'єктивно спостерігається: дефіцит маси тіла, живіт м'який, біль у точці Дежардена. Печінка виходить з-під краю реберної дуги на 1,0 см, безболісна. Випорожнення – 3–4 рази на добу, з домішками нейтрального жиру. Під мас аналізу шлункового соку виявлено; вільна соляна кислота – 30 Од, альфа-амілаза сечі 16 Од.

Хронічний панкреатит

Холера

Хронічний аутоімунний гастрит

Хронічний холецистит

Гепатит В

Пацієнт віком 25 років раптово відчув біль у животі, що виник дві години тому, інтенсивність болю наростає. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, вкриті липким потом. Живіт напружений. Печінкова тупість

відсутня. Із анамнезу відомо, що було блювання, хворіє на виразкову хворобу шлунка протягом 10 років. За результатами рентгенографії ОЧП виявлено: під правим куполом діафрагми – смужка газу. Який найімовірніший діагноз?

Перфоративна виразка шлунка

Гострий холецистит

Тромбоз мезентеріальних судин

Пенетрація виразки в підшлункову залозу

Гострий панкреатит

Хворий 51-го року скаржиться на блювання з домішками крові. Зловживав алкоголем. Хворіє з 40-ка років, коли вперше виникла жовтяниця. При огляді: шкіра та видимі слизові оболонки жовтушні, «судинні зірочки». Зниженого харчування. Живіт збільшений в об'ємі, пупкова грижа, асцит. Край печінки гострий, неболючий, +3 см, селезінка +2 см. Аналіз крові: Нb – 80 г/л, лейкоцити – 3×10^9 /л, тромбоцити – 85×10^9 /л. Причиною портальної гіпертензії у хворого є:

Цироз печінки на тлі зловживання алкоголю

Синдром Бадда-Кіарі

Гемохроматоз

Тромбоз вени селезінки

Констриктивний перикардит

Пацієнт віком 40 років скаржиться на біль у правій підреберній ділянці, нудоту, блювання, відчуття гіркоти в роті. Об'єктивно спостерігається: значна іктеричність склер. Живіт болючий у правій підреберній ділянці, позитивний симптом Ортнера, Кера. Який найімовірніший діагноз?

Гострий холецистит

Гострий панкреатит

Перфоративна виразка шлунка

Холедохолітіаз

Пухлина головки підшлункової залози

Пацієнт віком 63 роки скаржиться на наявність жовтяниці, схуднення. Із анамнезу відомо, що захворів поступово, без видимих причин. Об'єктивно спостерігається: шкіра та склери інтенсивного жовтого кольору. Під час пальпації живота визначається збільшений, напружений, безболісний жовчний міхур, печінка збільшена в розмірах, край заокруглений. У лівій надключичній ділянці щільний лімфовузол діаметром 1 см. За результатами ректального дослідження виявлено: на рукавичці кал сірого кольору. Який найімовірніший діагноз?

Рак головки підшлункової залози

Холецистит

Вірусний гепатит А

Жовчнокам'яна хвороба

Гострий панкреатит

Пацієнт віком 47 років скаржиться на переймоподібний біль у верхніх відділах живота, постійну нудоту, періодичне блювання 6 після їжі, відсутність відходження калу і газів. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 30 год. Об'єктивно спостерігається: живіт незначно здутий, болючий у мезогастрії, під час пальцевого дослідження прямої кишки патології не виявлено. Під час

рентгенологічного дослідженні черевної порожнини спостерігається: множинні чаші Клойбера. Який найімовірніший діагноз?

Кишкова непрохідність

Неспецифічний виразковий коліт

Гострий панкреатит

Стеноз вихідного відділу шлунка

Перфорація порожнистого органа

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

Який найбільш ймовірний діагноз?

Неспецифічний виразковий коліт

Хронічний ентероколіт

Хвороба Крона

Туберкульоз кишечника

Амебна дизентерія

Дівчина 18 років скаржиться на тяжкість і розпирання в правому підребер'ї. Стан посилюється після їжі чи прийнятті но-шпи. Живіт м'який, безболісний, печінка не збільшена. АсТ – 35 ОД, АлТ – 40 ОД. Аналіз крові показав: лейкоцити – 5,2 Г/л, ШОЕ – 7 мм/год. УЗД встановлено: печінка не збільшена. Жовчний міхур натщесерце 68 мл, після жовчогінного сніданку на 45 хв. – 64 мл. Стінка не потовщена. Який найбільш ймовірний діагноз?

Дискінезія жовчного міхура за гіпотонічним типом

Функціональна диспепсія

Хронічний холецистит у стадії нестійкої ремісії

Дискінезія жовчного міхура за гіпертонічним типом

Синдром подразненого кишечника

Чоловікові 61 року зроблено холецистектомію 7 діб тому. Супутнє захворювання – цукровий діабет. Яку дієту слід призначити хворому?

Дієта № 9

Дієта № 10

Дієта № 15

Дієта № 5a

Дієта № 7

До лікаря в ОКЛ звернулась жінка 35 років зі скаргами на біль за грудиною, утруднення проходження твердої та рідкої їжі стравоходом, підвищену слинотечу, зригування їжі, схуднення. Такі симптоми турбують близько року після перенесеного психоемоційного стресу. Який попередній діагноз?

Ахалазія стравоходу

Атрезія стравоходу

Післяопіковий рубцевий стеноз

Дивертикул стравоходу

Рак стравоходу

Чоловік 36 років скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї після прийому жирної та копченої їжі, блювоту, яка не приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато курить. Об'єктивно встановлено: астеничної тілобудови, шкіра бліда і суха, язик з білим нальотом, живіт помірно здутий. Під час пальпації - біль у зонах Шоффара, Губергриця-Скульського, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Про яке захворювання можна подумати насамперед?

Хронічний панкреатит у стадії загострення

Виразкова хвороба у стадії загострення

Рак голівки підшлункової залози

Хронічний холецистит у стадії загострення

Хронічний гастродуоденіт у стадії загострення

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

Підвищення вільного білірубіну

Зниження вільного білірубіну

Підвищення зв'язаного білірубіну

Підвищення обох фракцій білірубіну

Зниження зв'язаного білірубіну

Жінка 35 років оперована з приводу гострого холециститу. Перебіг раннього післяопераційного періоду був нормальним, виписана в задовільному стані. За 3 тижні після операції звернулася повторно. Скарги на жовтушність склер, підвищення температури тіла до 38,8 °С. озноб, помірний біль у правому підребер'ї. Живіт м'який, перитонеальних симптомів немає. АЛТ – 2,3 ммоль/л. Білірубінемія – 66 ммоль/л через пряму фракцію. Визначте найраціональнішу тактику ведення хворої:

Лапароскопічна ендоскопічна холедохоскопія

Лапаротомія, ревізія гепатікохоледоха

3D-комп'ютерна томографія, дистанційна холедохолітотріпсія

Антибактеріальна, протизапальна терапія

Ендоскопічна ретроградна холангіографія, літоекстракція

Чоловік 56 років протягом тривалого часу страждає на цироз печінки з ознаками портальної гіпертензії. Відмічалися явища кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Під впливом терапії кровотечу було зупинено. Який з препаратів найбільш доцільно призначити для профілактики зазначеного ускладнення?

Пропранолол

Гепарин

Контрикал

Препарати заліза

Вазопресин

Хвора 12 років із хронічним панкреатитом, період реконвалесценції. Стоїть

питання про подальше продовження замісної терапії препаратом панкреатину та розширення режиму харчування. За яким методом дослідження можна найкоректніше оцінити екзокринну функцію підшлункової залози?

Визначення еластази-1 у калі

Визначення еластази-2 у сироватці крові

Рівень стеатореї під час копро логічного дослідження

Визначення рівня амілази в сироватці крові та діастази в сечі

Визначення рівня трипсину в сироватці крові

Чоловік 68 років скаржиться на тупий біль у череві, схуднення, слабкість, закрепи межують із рідким стільцем, багато темної крові у калі. Об'єктивно встановлено: шкіра землиста, суха. Під час пальпації живота в правій здухвинній ділянці – інфільтрат 6х9 см, який майже не зміщується. Нв крові – 68 г/л. Яка найімовірніша патологія може зумовлювати таку картину?

Пухлина сліпої кишки, кишкова кровотеча

Дивертикулярна хвороба, ускладнена кровотечею

Хвороба Крона, ускладнена кровотечею

Поліпоз ободової кишки, ускладнений кровотечею

Неспецифічний виразковий коліт, ускладнений кровотечею

У пацієнта 42-х років виник «кинджальний» біль в епігастральній ділянці, що поширився через кілька годин над всією поверхнею живота. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Протягом багатьох років страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. При рентгенографії живота: вільний газ під куполами діафрагми. Ваш імовірний діагноз:

Перфорація порожнистого органу. Перитоніт

Виразкова хвороба шлунка в стадії загострення

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

Гострий панкреатит

Хронічний гастрит

У чоловіка 55-ти років 2 роки тому верифіковано цироз печінки. Впродовж 2-х тижнів стан погіршився, з'явилися сонливість, запаморочення, втрата орієнтації у просторі і часі. Напередодні відзначав день народження в ресторані. Який синдром зумовив погіршення стану хворого?

Печінкової енцефалопатії

Цитолізу

Жовтяниці

Холестазу

Гіперспленізму

Хворий 47-ми років госпіталізований в клініку в тяжкому стані із скаргами на біль у черевній порожнині, слабкість, запаморочення. Одну годину назад отримав сильний удар в ліву половину живота, свідомість не втрачав. При огляді – блідість шкіри та слизових оболонок. Пульс – 120/хв., АТ – 80/40 мм рт. ст. Живіт при пальпації напружений, болючий зліва від пупка. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Сеча без змін. Загальний аналіз крові: еритроцити – $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нв – 90 г/л. Яке пошкодження можна припустити в першу чергу?

Розрив селезінки. Внутрішня кровотеча

Субкапсулярний розрив селезінки

Розрив товстої кишки. Каловий перитоніт

Пошкодження нирки

Закрита травма черевної порожнини без пошкодження внутрішніх органів

Хвора 17-ти років при зрості 172 см і масі тіла 40 кг вважає себе дуже повною. Останні 2 роки дотримується суворої низькокалорійної дієти, одночасно до знемагання займається фізичними вправами, стягує талію шнуром. Часто викликає штучну блювоту. Скаржиться на неприємні відчуття в епігастрії, аменорею. Визначте найбільш імовірний діагноз:

Анорексія

Депресія

Реакція на стрес

Розлад особистості

Булімія

Пацієнтку віком 48 років шпиталізовано до лікарні з неадекватною поведінкою. Із анамнезу відомо, що постійно вживала знеболюючі препарати у зв'язку з мігренню та болем у спині. Об'єктивно: жовтяничність склер, чутливість у правому верхньому квадранті живота та астериксис. За результатами аналізу крові виявлено: АЛТ – 649 Од/л, загальний білірубін – 95,8 мкмоль/л, МНВ – 6,8. Який найімовірніший діагноз?

Гостра печінкова недостатність

Інтоксикація протисудомними засобами

Гостре порушення мозкового кровообігу

Гостра надниркова недостатність

Гостра ниркова недостатність

Пацієнт віком 35 років скаржиться на носові кровотечі, кровоточивість ясен, сонливість, запаморочення. Із анамнезу відомо, що хворіє на цироз печінки впродовж 6 років, зловживає алкоголем. Об'єктивно спостерігається: неприємний солодкуватий запах із рота, асцит, жовтяниця, атаксія, гіперрефлексія. Печінка не пальпується. За результатами лабораторних досліджень виявлено: білірубін – 150 мкмоль/л, АЛТ – 2,0 ммоль/л, АсАТ – 1,2 ммоль/л, тромбоцити – 130×10^9 /л, протромбіновий індекс – 52 %. Яке ускладнення розвинулося в пацієнта?

Печінкова недостатність

Кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу

Уремична кома

Тромбоз ворітної вени

Рак печінки

Пацієнт віком 42 роки скаржиться на періодичний біль в епігастрії, частіше вночі і зранку, натще печію, відрижку кислим. З'явилася загальна слабкість, серцебиття, головокружіння, потім – блювання «кавовою гущею». У загальному аналізі крові визначається: гемоглобін – 92 г/л, лейкоцити – $7,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 22 мм/год. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

Шлунково-кишкова кровотеча

Перфорація виразки дванадцятипалої кишки

Малігнізація виразки

Стеноз пілоруса

Пенетрація виразки

Дівчина 17-ти років хворіє на цироз печінки впродовж 3-х років. Останніми днями у дівчини періоди збудження змінюються депресією, спить мало. Об'єктивно: стан тяжкий, дівчина загальмована, говорить поодинокі слова, тремор кінцівок, шкірні покриви іктеричні, на шкірі поодинокий геморагічний висип. Найімовірніше ускладнення хвороби:

Печінкова енцефалопатія

Сепсис

Синдром Рея

Біполярний афективний розлад

Ниркова недостатність

25-річна жінка пів року тому перенесла аборт, скаржиться на зникнення апетиту, слабкість, артралгію. Через два тижні з'явилися темний колір сечі та жовтяниця, на тлі якої загальний стан продовжує погіршуватися. Припущено вірусний гепатит. Який з маркерів вірусного гепатиту ймовірно буде позитивним у пацієнтки?

Anti-HBc IgM

Anti-HAV IgM

Anti-HBs

Anti-CMV IgM

Anti-HEV IgM

У хворого 38-ми років скарги на переймоподібний біль в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє 2 роки. Схуд на 12 кг. Об'єктивно: Рс – 92/хв, АТ – 100/70 мм рт. ст., температура тіла – 37,4 °С Живіт м'який, болючий за ходом товстого кишечника. Сигмоподібна кишка спазмована. В крові: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб – 92 г/л, лейкоцити – $10,6 \times 10^9/л$, ШОЕ – 32 мм/год. Іригоскопія: товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нечіткі, симптом «водопровідної труби». Який найбільш імовірний діагноз?

Виразковий коліт

Дивертикульоз кишечника

Хвороба Крона

Рак кишечника

Амебна дизентерія

У хворої 65-ти років протягом 5 тижнів прогресує безбольова жовтяниця, шкірне свербіння, схудла на 10 кг, ахолія. Пальпується позитивний симптом Курвуазьє. Який попередній діагноз?

Рак підшлункової залози

Вірусний гепатит

Рак печінки

Малярія

Рак жовчного міхура

Пацієнт віком 45 років скаржиться на затримку проходження їжі, відчуття розпирання за грудниною, блювання неперетравленою їжею. Під час штучного контрастування стравоходу барієвою сумішшю виявлено стійке конусоподібне звуження над-, піддіафрагмального, діафрагмального сегментів стравоходу з чіткими, рівними контурами. Вище вздовж усіх інших сегментів спостерігається різке дифузне розширення стравоходу, а також його

подовження з утворенням вигинів. Газовий міхур шлунка відсутній. Який найімовірніший діагноз?

Ахалазія кардіальної частини шлунка

Хвороба Гіршпрунга

Езофагіт

Рак стравоходу

Перфорація стравоходу

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

Еналаприл

Аспірин

Варфарин

Дипіридамо́л

Нітрогліцерин

Юнак 17-ти років надійшов до клініки зі скаргами на відчуття серцебиття, перебої та біль у серці, задишку. Ці симптоми найчастіше виникали після фізичних навантажень і закінчувались синкопальними станами. Згодом лікарем було встановлено діагноз гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії. Який препарат протипоказаний при лікуванні цієї патології?

Дигоксин

Бісопролол

Еналаприл

Верапаміл

Аспірин-кардіо

Чоловік 32-х років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на нав'язливі спогади про автомобільну аварію, яка була 3 місяці тому, порушення нічного сну, тривогу, зниження настрою і апетиту, загальну слабкість і спустошеність. Що найбільш доцільно призначити?

Сертралін

Карбамазепін

Літію карбонат

Амітриптилін

Хлорпромазин

У жінки 46-ти років, яка протягом 5-ти років страждає на гіпертонічну хворобу, розвинувся гіпертонічний криз. Скарги на серцебиття, відчуття пульсації у голові, ЧСС – 100/хв., АТ – 190/100 мм рт. ст. (гіперкінетичний тип гемодинаміки). Якому препарату слід надати перевагу?

β-адреноблокатору

Інгібітору АПФ

Дигідропіридиновому антагоністу кальцію

Сечогінному

α₁-адреноблокатору

Пацієнт віком 24 роки скаржиться на сухий кашель, задишку. З анамнезу відомо, що хворіє протягом одного року. Напади задишки короточасні, 1–2 рази на місяць. Об'єктивно: шкіра бліда, ціаноз носо-губного трикутника, задишка експіраторного типу. ЧД 48/хв. Над легеньми: перкуторний звук із коробковим відтінком, дихання послаблене, сухі свистячі хрипи з обох боків. Об'єм форсованого видиху 80 % від належного. Який препарат необхідно призначити пацієнту?

Сальбутамол

Супрастин

Преднізолон

Індометацин

Еуфілін

Пацієнту віком 23 роки планується екстракція зуба. З анамнезу відомо, що з дитячого віку хворіє на гемофілію А. Введення якого медичного препарату з метою забезпечення гемостазу необхідно проводити перед та після операції?

Кріопреципітату

Етамзилату

Аскорбінової кислоти

Амінокапронової кислоти

Свіжозамороженої плазми

Хвора 38-ми років страждає на гломерулонефрит 20 років. Близько 16-ти років у неї прогресує ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія, яка стала рефрактерною, приєдналися набряки нижніх кінцівок. Отримує комбінацію лозартан 100 мг та лерканідипін 20 мг з недостатнім антигіпертензивним ефектом. Який лікарський засіб можна запропонувати для посилення антигіпертензивного ефекту терапії?

Торасемід

Лізиноприл

Бісопролол

Доксазозин

Урапідил

Пацієнт віком 27 років скаржиться на біль в симетричних суглобах рук, лихоманку, ранкову скутість. Захворів гостро. Лабораторно встановлено: ревматоїдний фактор, високий титр СРБ, високий титр антитіл до цитрулінованого віментину. Рентгенологічно виявлено одиничні ерозії міжфалангових суглобів. Яке початкове базисне лікування необхідно призначити у цьому разі?

Метотрексат

Інгібітори ксантиноксидази

НПЗП

Целекоксиб

Диклофенак

Хворий на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу впродовж 5-ти років періодично, за рекомендацією фармацевта, приймає препарат, «що знижує кислотність». Виникли наступні побічні ефекти: остеопороз, м'язова слабкість,

нездужання. Який препарат має такий побічний ефект?

Алюмінійвміщуючий антацид

Інгібітор протонної помпи

β₂-блокатор

Гастроцепін

Но-шпа

Пацієнтка віком 39 років скаржиться на періодичний головний біль, пульсуючий за характером, завжди зліва, частіше перед менструаціями. Які групи препаратів доцільно призначити насамперед?

Триптани

Антидепресанти

Парацетамол

Дексаметазон

Валеріану

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

Магнію сульфат

Ламотриджин

Фенітоїн

Діазепам

Натрію вальпроат

Пацієнта віком 62 роки шпиталізовано зі скаргами на сильний біль за грудниною, що триває 1 годину і не знімається нітрогліцирином. Хворіє на стенокардію, раніше напад знімався нітратами. Інших захворювань немає. Об'єктивно спостерігається: ціаноз губ. Тони серця глухі, ритмічні. На ЕКГ виявлено: елевация сегменту ST у V4-V6. Який лікарський засіб потрібно негайно ввести пацієнту?

Актилізе

Но-шпу

Аналгін

Дімедрол

Корглікон

У чоловіка 59 років протягом місяця спостерігається короткочасне зниження сили у лівих кінцівках. Потім уранці після сну розвинулась стійка слабкість у цих кінцівках. Об'єктивно спостерігається: свідомість не втрачена, центральний парез VII і XII пар черепних нервів зліва. З того ж боку центральний геміпарез і гемігіперестезія. Які препарати вибору для диференційованного лікування?

Антикоагулянти

Диуретики

Гіпотензивні

Гемостатики

Кортикостероїди

Чоловік 48 років звернувся до лікаря зі скаргами на біль у попереку. Хворіє 3 дні після переохолодження. Після огляду лікар поставив діагноз: гострий попереково-крижовий радикуліт. Які ліки слід призначити хворому?

Нестероїдні протизапальні засоби

Антибактеріальні

Десенсибілізуючі

Кортикостероїди

Вітаміни

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

Альтеплаза

Мілдронат

Метронідазол

Омепразол

Предуктал

У жінки 65 років, яка вживала воду з криниці, поступово підвищилась температура тіла до 39,9 °С. Об'єктивно встановлено: загальмована, язик вкритий сіро-бурым нальотом із відбитками зубів по краях, на шкірі живота поодинокі розеоли, живіт здутий. Реакція Відаля – 1:400. Який із препаратів етіотропної хіміотерапії необхідно призначити?

Ципрофлоксацин

Цефазолін

Еритроміцин

Ніфуроксазид

Пеніцилін

Дівчина 22-х років звернулася до лікаря зі скаргами на задишку, за грудинний біль, відчуття страху та «стороннього тіла» у горлі. Зазначені симптоми з'явилися в момент перегляду фільму з друзями і вже протягом 40 хвилин зберігаються і не зникають. Пацієнтка стверджує, що подібний напад у неї не вперше, але раніше вона могла опанувати цей стан та заспокоїтися. При фізикальному обстеженні перед лікарем тремтяча та спітніла дівчина, температура тіла – 37,5 °С, артеріальний тиск – 130/90 мм рт. ст., пульс – 112/хв., частота дихання – 18/хв., SpO₂ – 99 % при кімнатному повітрі. Лікар не може заспокоїти пацієнтку. Вона стверджує, що помирає та благає про допомогу. Який наступний крок лікаря буде найбільш доречним?

Ввести феназепам внутрішньовенно

Призначити нітрогліцерин перорально та спостерігати мінімум 5 хвилин

Ввести метопролол внутрішньовенно

Розпочати курс флуоксетину перорально

Призначити аспірин перорально та доставити до найближчого реперфузійного центру

У пацієнта віком 16 років уперше раптово виникли біль у потиличній ділянці, миготіння «мушок», одноразове блювання, що не принесло полегшення. Об'єктивно виявлено: пацієнт у свідомості, гіперемія шкіри обличчя, АТ –

160/110 мм рт. ст., пульс – 122/хв, напружений. Сухожилкові рефлексі рівномірні. Стенокардія напруги. Акцент II тону над аортою. Який препарат потрібно насамперед призначити для лікування цього пацієнта?

Ніфедипін 20 мг сублінгвально

25%-й розчин магнію сульфату 0,2 мл/кг в/м

1%-й розчин дибазолу 0,1 мл/рік життя в ізотонічному розчині натрію хлориду в/в

2%-й розчин еуфіліну 3 мг/кг у 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду в/в

Пропранолол 2 мг в/в крапельно в ізотонічному розчині натрію хлориду

На другий день після тиреоїдектомії у пацієнтки з'явилися судоми. Яке лікування вона потребує насамперед?

Внутрішньовенне введення 10 %-го кальцію хлориду

Внутрішньовенне введення 40 %-го розчину глюкози

Магній В6+ калій внутрішньо

Внутрішньовенне введення калія хлориду

Кетамін внутрішньовенно

Хворий на гемофілію А 18-ти років звернувся із скаргами на гострий біль у лівому колінному суглобі та збільшення його в об'ємі. Суглоб різко болючий під час рухів та пальпації, шкіра над ним гаряча на дотик. Яке лікування слід застосувати?

В/в введення концентрату чинника VIII

В/в введення свіжозамороженої плазми

Накласти холод та іммобілізувати суглоб

Провести лікувальну пункцію суглоба

В/в введення концентрату чинника IX

Для пацієнта віком 64 роки з пухлиною сигмоподібної кишки та хронічним тромбофлебітом глибоких вен правої нижньої кінцівки планується оперативне втручання. Виберіть оптимальний препарат для профілактики тромбозу глибоких вен у цього пацієнта.

Низькомолекулярний гепарин

Звичайний гепарин

Реополіглюкін

Ацетилсаліцилова кислота

Фенілін

Пацієнта віком 18 років шпиталізовано до лікарні після бійки з ознаками внутрішньої кровотечі. З анамнезу відомо, що хворіє на гемофілію А. Діагностовано позаочеревну гематому. Що першочергово потрібно призначити пацієнту?

Кріопреципітат

Сушу плазму

Тромбоцитарну масу

Свіжу кров

Амінокапронову кислоту

Чоловік 43 років скаржиться на значну задишку у спокої, відчуття тяжкості у грудях. Захворювання пов'язує з перенесеним 2 тижня тому грипом. Об'єктивно встановлено: положення вимушене – сидить, нахилившись уперед. Обличчя одутле, ціанотичне, шийні вени набряклі. Межі серця поширені в обидві

сторони, тони серця глухі, ЧСС – 112/хв., АТ – 135/80 мм рт. ст. У крові виявлено: ШОЕ – 46 мм/год. На ЕКГ видно низький вольтаж, на рентгенограмі – трапецевидна тінь серця, ознаки застою у легенях. Який препарат треба вживати з метою попередження тампонади серця?

Фуросемід

Еналаприл

Верошпірон

Метопролол

Гіпотіазід

58-річний чоловік 10 днів тому переніс помірний ішемічний інсульт в правій півкулі головного мозку (під час госпіталізації оцінка дефіциту за шкалою NIHSS становить 9 балів). Хворіє на помірну артеріальну гіпертензію, фібриляцію передсердь, сечокам'яну хворобу, подагру (ремісія). Що потрібно призначити пацієнту для вторинної профілактики інсульту?

Оральні антикоагулянти (варфарин або НОАК – дабігатран, рівароксабан, апіксабан)

Високі дози (наприклад, аторвастатин – 80 мг на добу) ліпідознижувальних засобів

Клопідогрель в дозі 75 мг на добу

Аспірин в дозі 100 мг на добу

Препарати, що покращують мозковий кровообіг

Дівчинка віком 14 років хворіє на хронічний гломерулонефрит, хронічну ниркову недостатність. У дівчинки продовжує прогресувати анемічний синдром. Який препарат для патогенетичної терапії цієї анемії необхідно призначити?

Еритропоетин

Фолієва кислота

Еритроцитарна маса

Препарат заліза

Ціанокобаламін

У 72-річного чоловіка на сьомий день після операції хірургічної репозиції міжвертлюгового перелому стегна раптово з'явилися задишка та інтенсивний біль у лівій половині грудної клітки. Під час огляду спостерігається: шийні вени набряклі. Ціаноз. ЧДР – 26/хв. Аускультативно вислуховується: послаблене дихання над лівою легенею. ЧСС – 98/хв. АТ – 120/70 мм рт. ст. На комп'ютерній томограмі видно значне зменшення легеневого малюнку з лівого боку. Під час ехокардіографії ознак перевантаження правого шлуночка не виявлено. Який із наступних кроків є найдоцільнішим у цьому разі?

Призначення низькомолекулярного гепарину

Хірургічна емболектомія

Установлення кава-фільтра

Призначення аспірина

Уведення тромболітика в ліву легеневу артерію

У юнака віком 18 років вперше діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки. Тест на *Helicobacter pylori* позитивний, рН шлункового соку – 1,0. Яка схема лікування є найдоцільнішою в цьому разі?

Кларитроміцин + омепразол

Де-нол + циметидин

Квамател + амоксицилін

Де-нол + трихопол

Омепразол + оксацилін

Пацієнтка 20-ти років проходить лікування з приводу анемії (гемоглобін – 72 г/л). Півтора роки тому після мимовільного викидня в терміні 16 тижнів та крововтрати, відмічає зниження пам'яті, втомлюваність, втрату апетиту, сухість шкіри, ламкість нігтів. набряклість, порушення менструальної функції. Об'єктивно: АТ – 80/55 мм рт. ст., пульс – 54/хв., зріст – 168 см, маса тіла – 48 кг, гіпоплазія статевих органів. Призначення якого з перерахованих препаратів буде найбільш доречним цій пацієнтці?

Гідрокортизон

Імуноглобулін людини нормальний

Метотрексат

Інфліксимаб

Гідроксихлорохін

У хворої 30-ти років на тлі хронічної ниркової недостатності продовжує прогресувати анемічний синдром. Укажіть препарат вибору для патогенетичного лікування вказаного синдрому:

Еритропоетин

Фолієва кислота

Ціанокобаламін

Еритроцитарна маса

Препарати заліза

Пацієнт віком 28 років скаржиться, що протягом декількох місяців поступово збільшуються лімфатичні вузли на шиї. Із анамнезу відомо, що тиждень тому, після переохолодження, з'явилась профузна нічна пітливість, нічне підвищення температури тіла до 39,5 °С, свербіж шкіри. Об'єктивно: шийні лімфатичні вузли збільшені до 1,5–2 см в d, щільні, спаяні між собою. За результатами рентгенологічного дослідження виявлено: значне розширення передньо-верхнього середостіння. Який найімовірніший діагноз?

Лімфогранулематоз

Лімфосаркома

Злоякісна лімфома

Туберкульоз лімфатичних вузлів

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Пацієнт віком 35 років скаржиться на слабкість, свербіж, підвищення температури тіла до 37,5 °С, біль у лівому та правому підребер'ї, збільшення лімфовузлів. За результатами загального аналізу крові спостерігається: нейтрофільний лейкоцитоз, лімфоцитопенія, анемія, прискорена ШЗЕ. Під час біопсії лімфатичного вузла виявлено: поліморфноклітинні гранулеми та клітини Березовського-Штернберга. Який найімовірніший діагноз?

Лімфогранулематоз

Мієломна хвороба

Хронічний лімфолейкоз

Хронічний лієлолейкоз

Гострий лейкоз

Пацієнт віком 55 років скаржиться на головний біль, запаморочення, свербіж шкіри та кровоточивість з ясен. Об'єктивно спостерігається: шкіра з червоно-ціанотичним відтінком, спленомегалія. За результатами загального аналізу крові виявлено: еритроцити – $7,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 206 г/л, КП – 0.95, лейкоцити – $10,3 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 2 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Еритремія

Гострий мієлоїдний лейкоз

Мієломна хвороба

Хронічний мієлоїдний лейкоз

Лімфогранулематоз

У пацієнта віком 25 років спостерігаються виразково-некротичні зміни в ротовій порожнині, дифузна кровоточивість ясен, петехії та екхімози на шкірі. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 70 г/л, КП – 0,9, тромбоцити – $30 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцити – $10 \times 10^{12}/\text{л}$, бласти – 36 %, паличкоядерні – 4 %, сегментоядерні нейтрофіли – 22 %, лімфоцити – 30 %, моноцити – 8%, ШЗЕ – 34 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Гострий лейкоз

Гострий тонзиліт

Гострий лімфаденіт

Лімфома

Хронічний лейкоз

Пацієнтка, віком 40 років, скаржиться на слабкість та швидку втомлюваність. Із анамнезу відомо, що скарги з'явилися протягом року. Близько місяця тому приєдналась важкість у лівому підребер'ї та пітливість, t підвищилась до $37,5^\circ\text{C}$, почала втрачати вагу. Об'єктивно: стан середньої важкості, блідість шкірних покривів з петехіальним висипом. Лімфатичні вузли не збільшені, легені та серце без особливостей. Гепатоспленомегалія. Щільна та помірно болюча селезінка. За результатами аналізу крові: еритроцити – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 110 г/л, КП – 1,1, лейкоцити – $50 \times 10^{12}/\text{л}$, базофіли – 3%, еозинофіли – 6 %, мієлоцити – 10%, паличкоядерні – 19%, сегментоядерні – 17 %, лімфоцити – 22 %, тромбоцити – $105 \times 10^9/\text{л}$, бластні клітини – 23 %, ШОЕ – 32 мм/год. Який найімовірний діагноз?

Хронічний мієлоїдний лейкоз

Хронічний моноцитарний лейкоз

Гострий лімфобластний лейкоз

Лімфогранулематоз

Еритролейкоз

Пацієнт, віком 64 роки, скаржиться на слабкість і пітливість, що наростали протягом 3-х місяців. З анамнезу відомо, що часто хворіє застудними захворюваннями. Об'єктивно: пальпуються шийні та пахові лімфатичні вузли розміром до горіха, м'якої консистенції, безболісні. Печінка +2 см. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 123 г/л, КП – 0,9, лейкоцити – $41 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 21 %, лімфоцити – 74 %, моноцити – 2 %, ШЗЕ – 40 мм/год, тромбоцити $220 \times 10^9/\text{л}$, тіні Боткіна–Гумпрехта. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний лімфолейкоз

Інфекційний мононуклеоз

Лімфосаркома

Лімфогранульоматоз

Хронічний мієлолейкоз

Пацієнт, віком 24 роки, скаржиться на наростаючий головний біль, загальну слабкість, запаморочення, кровоточивість (носові кровотечі, геморагії на шкірі і слизових оболонках). Із анамнезу відомо, що хворіє упродовж 2 місяців. Об'єктивно спостерігається: лімфатичні вузли, печінка та селезінка не збільшені. За результатами аналізу крові виявлено: Нб – 50 г/л, еритроцити – $1,6 \times 10^{12}/\text{л}$, КП – 1,0, лейкоцити – $2,0 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 35 %, еозинофіли – 1 %, базофіли – 1 %, лімфоцити – 10 %, моноцити – 4 %, тромбоцити – $30 \times 10^9/\text{л}$. Який найімовірніший діагноз?

Апластична анемія

Залізодефіцитна анемія

Гемолітична анемія

Гострий лейкоз

B12-дефіцитна анемія

Пацієнт скаржиться на кровоточивість ясен, підвищення t до 38°C , загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 2 тижнів. Об'єктивно спостерігається: крововиливи на шкірі, пальпуються збільшені підщелепні, аксилярні, пахові лімфовузли. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 120 г/л, лейкоцити – $18,6 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 9 %, лімфоцити – 5 %, моноцити – 3 %, бластні клітини – 80 %, ШЗЕ – 36 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Гострий лейкоз

Геморагічна анемія

Хронічний лейкоз

B12-дефіцитна анемія

Геморагічний васкуліт

Пацієнт, віком 46 років, скаржиться на відчуття пощипування язика, задишку, прискорене серцебиття, спотворення смаку, поколювання в кінчиках пальців. Об'єктивно: шкіра бліда з лимонним відтінком, набряклість обличчя, лакований язик, t – $37,5^\circ\text{C}$, ЧСС – 125/хв, АТ – 140/80 мм рт. ст., серцеві тони приглушені, систолічний шум над верхівкою, гепатоспленомегалія. За результатами аналізу крові: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 65 г/л, КП – 1,2, лейкоцити – $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, мегалобласти, кільця Кебота, тільця Жолі. Який найімовірніший діагноз?

B12-фолієводефіцитна анемія

Вірусний гепатит А

Гемолітична анемія

Синдром Жильбера

Апластична анемія

Пацієнтка, віком 56 років, скаржиться на збільшення шийних лімфовузлів, загальну слабкість, задишку під час фізичного навантаження, кашель. Об'єктивно спостерігається: збільшення шийних та підпахвинних лімфовузлів, печінки. Під час рентгенологічного дослідження виявлено: розширення коренів легень. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 100 г/л, лейкоцити – $55 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, моноцити – 10 %, тромбоцити – $100 \times 10^9/\text{л}$.

сегментоядерні – 19 %, лімфоцити 78 %, клітини Боткіна–Гумпрехта, ШЗЕ – 45 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Туберкульоз легень

Лімфогранулематоз

Рак легень

Інфекційний мононуклеоз

Пацієнт, віком 28 років, скаржиться на слабкість, субфебрилітет, кровоточивість ясен, біль у кістках. Із анамнезу відомо, що часто хворіє на гострий тонзиліт. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, стерналгія, печінка – +2 см, селезінка – +5 см, не болюча. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 80 г/л, лейкоцити – $3 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 4 %, базофіли – 5 %, бласти – 4 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 17 %, лімфоцити – 29 %, мієлоцити – 25 %, промієлоцити – 12 %, моноцити 2 %, тромбоцити – $80 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 57 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний мієлоїдний лейкоз

Лімфогранулематоз

Гострий лімфобластний лейкоз

Гострий мієлоїдний лейкоз

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Жінка 56-ти років, звернулася до лікаря зі скаргами на підвищення температури до 38,5 °С, підвищену пітливість вночі та збільшення лімфовузлів в лівій пахвовій та лівій надключичній ділянках. У сімейному анамнезі: рак молочної залози у бабусі. При фізикальному обстеженні: в зазначених ділянках пальпуються збільшені, безболісні, щільні лімфовузли. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини розширення тіні середостіння за рахунок збільшених лімфовузлів. Після ексцизійної біопсії лімфовузла надключичної ділянки, виявлені атипові багатоядерні клітини Рід–Штернберга. Який діагноз є найбільш імовірним?

Лімфома Ходжкіна

Туберкульоз

Інфекційний мононуклеоз

Метастази раку молочної залози

Бронхогенна карцинома

Пацієнтка 40-ка років, хворіє на фіброміому матки. Протягом останніх 10 років зазначає тривалі рясні менструації. Скарги на слабкість, серцебиття, задишку під час фізичного навантаження, зниження працездатності. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, спостерігаються ламкість нігтів, зниження сили м'язів, атрофія сосочків язика. ЧСС – 96/хв. Систолічний шум над верхівкою серця. Еритроцити – $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 70 г/л, КП – 0,7, ретикулоцити – 1,2, лейкоцити – $4,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $170 \times 10^9/\text{л}$. Яке захворювання може бути у пацієнтки?

Хронічна постгеморагічна анемія

Таласемія

Гіпопластична анемія

Залізодефіцитна анемія

Гостра анемія

Пацієнтка 20-ти років, проходить лікування з приводу анемії (Hb – 72 г/л). Півтора роки тому, після мимовільного викидня, в терміні 16 тижнів та крововтрати, відзначає зниження пам'яті, втомлюваність, втрату апетиту, сухість шкіри, ламкість нігтів, набряклість, порушення менструальної функції. Об'єктивно: АТ – 80/55 мм рт. ст., пульс – 54/хв., зріст – 168 см, вага – 48 кг, гіпоплазія статевих органів. Призначення якого з перерахованих препаратів буде найбільш доречним цій пацієнтці?

Гідрокортизон

Гідроксихлорохін

Імуноглобулін людини нормальний

Інфліксимаб

Метотрексат

Хворий 31-го року звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення лімфовузлів зліва над ключицею. Біль у грудях та животі, свербіння шкіри вночі. Хворіє протягом року. Об'єктивно: пальпуються збільшені невеличкі лімфовузли зліва в надключичній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В крові: Hb – 70 г/л, лейкоцити – $19,6 \times 10^9$ /л, еоз. – 1 %, п/я – 8 %, с/я – 83 %, лімф. – 2 %, мон. – 6 %, ШЗЕ – 55 мм/год, тромбоцити – 58×10^9 /л. На Рo-графії грудної порожнини: у верхівці правої легені визначається інфільтрат, який контрастує з легеневою тканиною. Які дослідження найбільш доцільно провести для підтвердження діагнозу?

Біопсія лімфовузла

Аналіз сечі на білок Бенс-Джонса

Стернальна пункція

Рентгенологічне дослідження шлунку

Трепанобіопсія

Хворий 20-ти років пройшов курс поліхіміотерапії за схемою ВАМП з приводу гострого лімфобластного лейкозу. Яка морфологічна картина кісткового мозку може свідчити про настання ремісії?

Вміст бластних клітин до 5 %

Відсутність бластних клітин

Вміст бластних клітин до 1 %

Вміст бластних клітин до 15 %

Вміст бластних клітин до 10 %

Жінка 37-ми років, звернулась до лікаря зі скаргами на слабкість, швидку стомлюваність, запаморочення, поганий апетит, утруднене ковтання їжі. В анамнезі: під час вагітності (5 років тому) в хворі відзначалося зниження Hb до 86 г/л. При лабораторному дослідженні: в загальному аналізі крові: еритроцити – $3,4 \times 10^{12}$ /л, Hb – 70 г/л, КП – 0,6, ретикулоцити – 2 %, лейкоцити – $4,7 \times 10^9$ /л, еоз. – 2 %, п/я – 3 %, с/я – 64 %, лімф. – 26 %, мон. – 5 %, ШЗЕ – 40 мм/год. Сироваткове залізо – 6,3 мкмоль/л. Який діагноз є найбільш імовірним?

Залізодефіцитна анемія

Анемія Мінковського-Шоффара

Аутоімунна гемолітична анемія

Фолієводефіцитна анемія

Гіпопластична анемія

Пацієнтка віком 20 років скаржиться на слабкість, гарячку, збільшення надключичних лімфатичних вузлів, свербіж шкірних покривів, профузну нічну пітливість, втрату маси тіла на 10 кг за останні 3 місяці. Яке обстеження є найінформативнішим у постановці діагнозу?

Біопсія лімфатичного вузла

Пункція лімфатичного вузла

УЗД лімфатичного вузла

Комп'ютерна томографія шиї

Рентгеноскопія шлунка

Пацієнтка, віком 35 років, скаржиться на загальну слабкість, схуднення, відчуття дискомфорту в ділянці лівого підребер'я, підвищення t до 38°C , пітливість. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, гепатоспленомегалія. За результатами загального аналізу крові виявлено: еритроцити – $3,96 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 100 г/л, лейкоцити – $130 \times 10^9/\text{л}$, базофіли – 4 %, еозинофіли – 7 %, мієлобласти – 2 %, промієлоцити – 8 %, мієлоцити – 14 %, юні – 6 %, п/я – 12 %, с/я – 23 %, лімфоцити – 24 %, тромбоцити – $640 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 36 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний мієлоїдний лейкоз

Гострий мієлоїдний лейкоз

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Еритролейкоз

Агранулоцитоз

Пацієнтка віком 18 років скаржиться на слабкість, запаморочення, зниження апетиту та менорагію. Об'єктивно спостерігається: на шкірі верхніх кінцівок петехії різного кольору. За результатами аналізу крові виявлено: гемоглобін – 105 г/л, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, КП – 0,95, тромбоцити – $20 \times 10^9/\text{л}$. Час зсідання крові за Лі-Уайтом 5 хв, тривалість кровотечі за Дюком – 14 хв. Який найімовірніший діагноз?

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Геморагічний діатез

Гемофілія

Залізодефіцитна анемія

Хвороба Маркіафана-Мікеллі

Чоловік 45 років скаржиться на втрату апетиту, запаморочення, виражену загальну слабкість, субфебрильну температуру. Шкіра бліда, синці на тулубі та кінцівках. ЗАК: ер. – $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 96 г/л, КП. – 0,98, ретикулоцити – 0,02 %, Л. – $2,9 \times 10^9/\text{л}$, Тр. – $85 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 45 мм/год. Яке додаткове дослідження є найбільш доцільним для верифікації діагнозу?

Стернальна пункція

Осмотична резистентність еритроцитів

Коагулограма

Вміст В12 в крові

Рівень сироваткового заліза

Чоловік 62 років скаржиться на слабкість, жар у язиці, заніміння нижніх кінцівок. Об'єктивно встановлено: шкіра бліда з субіктеричним відтінком, язик яскраво-червоний, смакові сосочки згладжені. Печінка +3 см. Під час гастроскопії виявлена атрофія слизової оболонки. У крові виявлено: еритроцити

– $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 56 г/л, КП – 1,4, макроцитоз, лейкоцити – $2,8 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 2 %, паличкоядерні – 4 %, сегментоядерні – 50 %, лімфоцити – 42 %, моноцити – 2 %, ретикулоцити – 0,1 %, тромбоцити – $120 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 36 мм/год, білірубін – 29 ммоль/л, непрямий – 26 ммоль/л. Який найбільш імовірний діагноз?

В12-дефіцитна анемія

Гемолітична анемія

Фолієво-дефіцитна анемія

Залізодефіцитна анемія

Гіпопластична анемія

Жінка 54-х років звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість протягом 2-х місяців, шум у голові, осиплість голосу. У 34 роки перенесла субтотальну резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби. Фізикальне обстеження без особливостей. У загальному аналізі крові: Hb – 58 г/л, еритроцити – $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $2,8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $140 \times 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів – 17 мм/год, анізоцитоз, пойкилоцитоз – виражені (++) . Який з наступних діагностичних методів буде найбільш доречно призначити пацієнтці?

Рівень ціанокобаламіну крові

Непряма проба Кумбса

Пряма проба Кумбса

Фіброгастроскопія

Рівень печінкових ферментів крові

Жінка 42-х років скаржиться на появу синців на ногах та тривалі менструації, загальну слабкість, шум у голові. Об'єктивно: велика кількість плямистих геморагій на ногах і тулубі. Тахіпное, тахікардія, систолічний шум у всіх точках. АТ– 75/50 мм рт. ст. У крові: ер. – $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 60 г/л, КП – 0,9, лейкоц. – $6,5 \times 10^9/\text{л}$, тр. – $20 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 12 мм/год. Тривалість кровотечі за Дьюком – 12 хв. У кістковому мозку – велика кількість молодих незрілих форм мегакаріобластів без ознак відшнування тромбоцитів. Який найбільш імовірний діагноз?

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Гострий мегакаріобластний лейкоз

Гемофілія В

Гемофілія А

Хвороба Віллебрандта

Пацієнтка віком 59 років скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, парастезії в пальцях рук і ніг, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Об'єктивно спостерігається: склери субіктеричні, печінка на 1 см виступає з-під реберної дуги. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 90 г/л, колірний показник – 1,1, лейкоцити – $2,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $152 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоцити – 0,6 %. Білірубін – 38 мкмоль/л, з переважанням непрямого. Мієлограма – мегалобластний тип кровотворення. Який найімовірніший діагноз?

В12-дефіцитна анемія

Набута гемолітична анемія

Вірусний гепатит А

Залізодефіцитна анемія

Лептоспіроз

Пацієнтка віком 22 роки скаржиться на появу кровохаркання, геморагічного висипу на шкірі, субфебрильної температури тіла. Із анамнезу відомо, що місяць тому була сильна носова кровотеча. Об'єктивно: шкіра бліда, у ділянці грудної клітки та нижніх кінцівок – геморагічний висип. Біль у кістках під час постукування. Позитивний симптом джгута. За результатами аналізу крові: гемоглобін 80 г/л, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ – 12 мм/год. У кістковому мозку велика кількість мегакаріоцитів. Який найімовірніший діагноз?

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Синдром ДВЗ

Залізодефіцитна анемія

Геморагічний васкуліт

Гемофілія А

Жінка 58-ми років скаржиться на безпричинну появу синців, слабкість, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкірні покриви бліді, з численними крововиливами різної давнини. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс – 100/хв., АТ – 110/70 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нб – 92 г/л, КП – 0,9, анізоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоцити – 10×10^9 /л, еоз. – 2 %, п/я. – 12 %, с. – 68 %, л. – 11 %, м. – 7 %, ШЗЕ – 12 мм/год. Додаткове визначення якого лабораторного показника найбільш доцільне для встановлення діагнозу?

Тромбоцити

Осмотична резистентність еритроцитів

Фібриноген

Ретикулоцити

Час згортання крові

У чоловіка 20-ти років невдовзі після екстракції зуба розпочалася сильна кровотеча. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на гемофілію А. У загальному аналізі крові: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нб – 98 г/л, КП – 0,92, лейкоцити – $7,4 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 240×10^9 /л, ШЗЕ – 11 мм/год. Час кровотечі за Дюке – 3 хв., час зсідання крові за Лі-Уайтом – 20 хв. Яка фармакотерапія є найбільш ефективною для цього пацієнта?

Рекомбінантний VIII фактор

Рекомбінантний XI фактор

Еритроцитарна маса

Тромбоцитарна маса

Рекомбінантний X фактор

Хлопець 17 років скаржиться на кровоточивість ясен. В анамнезі: носові кровотечі, загальна слабкість. Об'єктивно: помірна блідість шкірних покривів і слизової оболонки рота. На слизовій щік, язика та м'якого піднебіння множинні петехії. У крові: еритроцити – 3,8 Т/л, Нб – 104 г/л, КП – 0,82, лейкоцити – 4,9 Г/л, тромбоцити – 80 Г/л, час зсідання крові – 5 хв., ШЗЕ – 18 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Істинна поліцитемія

Перніціозна анемія

Залізодефіцитна анемія

Хронічний лімфолейкоз

Пацієнт віком 62 роки скаржиться на слабкість, втомлюваність і парестезії в кінцівках. Із анамнезу відомо, що 3 роки тому зроблено резекцію шлунку у зв'язку з виразковою хворобою. Об'єктивно спостерігається: язик малинового кольору, «шліфований», хиткість у позі Ромберга. За результатами аналізу кров виявлено: еритроцити – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 96 г/л, КП – 1,3, макроцитоз. Який найбільш імовірний діагноз?

B12-дефіцитна анемія

Метастази раку шлунка в печінку

Пухлина головного мозку

Гемолітична анемія

Залізодефіцитна анемія

Пацієнт віком 64 роки скаржиться на слабкість і пітливість, що наростали протягом 3-х місяців. З анамнезу відомо, що часто хворіє застудними захворюваннями. Об'єктивно спостерігається: пальпуються шийні та пахові лімфатичні вузли розміром до горіха, м'якої консистенції, безболісні. Печінка – +2 см. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 123 г/л, КП – 0,9, лейкоцити – $41 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 21 %, лімфоцити – 74 %, моноцити – 2%, ШОЕ – 40 мм/год, тромбоцити – $220 \times 10^9/\text{л}$, тіні Боткіна-Гумпрехта. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний лімфолейкоз

Лімфосаркома

Інфекційний мононуклеоз

Хронічний мієлолейкоз

Лімфогранулематоз

Пацієнт віком 24 роки скаржиться на наростаючий головний біль, загальну слабкість, запаморочення, кровоточивість (носові кровотечі, геморагії на шкірі та слизових оболонках). Із анамнезу відомо, що хворіє упродовж 2 місяців. Об'єктивно спостерігається: лімфатичні вузли, печінка та селезінка не збільшені. За результатами аналізу крові виявлено: гемоглобін – 50 г/л, еритроцити – $1,6 \times 10^{12}/\text{л}$, кольоровий показник – 1,0, лейкоцити – $2,0 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли – 1 %, сегментоядерні нейтрофіли – 35 %, еозинофіли – 1 %, базофіли – 1 %, лімфоцити – 10 %, моноцити – 4 %, тромбоцити – $30 \times 10^9/\text{л}$. Який найімовірніший діагноз?

Апластична анемія

Гемолітична анемія

Залізодефіцитна анемія

B12-дефіцитна анемія

Гострий лейкоз

Пацієнт скаржиться на кровоточивість ясен, підвищення температури тіла до 38 °С, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 2 тижнів. Об'єктивно спостерігається: крововиливи на шкірі, пальпуються збільшені підщелепні, акислярні, пахові лімфовузли. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 120 г/л, лейкоцити – $18,6 \times 10^9/\text{л}$,

еозинофіли – 1 %, паличкоядерні нейтрофіли – 2 %, сегментоядерні нейтрофіли – 9 %, лімфоцити – 5 %, моноцити – 3 %, бластні клітини – 80 %, ШОЕ – 36 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Гострий лейкоз

В12-дефіцитна анемія

Хронічний лейкоз

Геморагічний васкуліт

Геморагічна анемія

Пацієнт віком 46 років скаржиться на відчуття пощипування язика, задишку, прискорене серцебиття, спотворення смаку, поколювання в кінчиках пальців. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда з лимонним відтінком, набряклість обличчя, лакований язик, температура тіла – 37,5 °С, ЧСС – 125/хв, АТ – 140/80 мм рт. ст., серцеві тони приглушені, систолічний шум на верхівці, гепатоспленомегалія. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 65 г/л, кольоровий показник – 1,2, лейкоцити – $2,7 \times 10^9/\text{л}$, мегалобласти, кільця Кебота, тільця Жолі. Який найімовірніший діагноз?

В12-фолієводефіцитна анемія

Гемолітична анемія

Синдром Жильбера

Апластична анемія

Вірусний гепатит А

Пацієнтка віком 56 років скаржиться на збільшення шийних лімфовузлів, загальну слабкість, задишку під час фізичного навантаження, кашель. Об'єктивно спостерігається: збільшення шийних та підпахвинних лімфовузлів, печінки. Під час рентгенологічного дослідження виявлено: розширення коренів легень. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 100 г/л, лейкоцити – $55 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 19 %, лімфоцити 78 %, клітини Боткіна-Гумпрехта, ШОЕ 65 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Лімфогранулематоз

Рак легень

Туберкульоз легень

Інфекційний мононуклеоз

Жінка 56-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на підвищення температури до 38,5 °С, підвищену пітливість вночі та збільшення лімфовузлів в лівій пахвовій та лівій надключичній ділянках. У сімейному анамнезі рак молочної залози у бабусі. При фізикальному обстеженні в зазначених ділянках пальпуються збільшені, безболісні, щільні лімфовузли. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини розширення тіні середостіння за рахунок збільшених лімфовузлів. Після ексцизійної біопсії лімфовузла надключичної ділянки, виявлені атипові багатоядерні клітини Рід-Штернберга. Який діагноз є найбільш імовірним?

Лімфома Ходжкіна

Метастази раку молочної залози

Туберкульоз

Бронхогенна карцинома

Інфекційний мононуклеоз

Пацієнтка 40-ка років хворіє на фіброміому матки. Протягом останніх 10 років зазначає тривалі рясні менструації. Скарги на слабкість, серцебиття, задишку під час фізичного навантаження, зниження працездатності. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, спостерігаються ламкість нігтів, зниження сили м'язів, атрофія сосочків язика. Частота серцевих скорочень – 96/хв. Систолічний шум на верхівці серця. Еритроцити – $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 70 г/л, КП – 0,7, ретикулоцити – 1,2, лейкоцити – $4,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $170 \times 10^9/\text{л}$. Яке захворювання може бути у пацієнтки?

Хронічна постгеморагічна анемія

Таласемія

Гіпопластична анемія

Гостра анемія

Залізодефіцитна анемія

Чоловіка 20-ти років доставлено до лікарні з кровотечею після екстракції зуба, що триває упродовж 4-х годин. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, правий колінний суглоб деформований, рухи в ньому обмежені. У крові: ер. – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 98 г/л, КП – 0,92, лейкоц. – $7,4 \times 10^9/\text{л}$, тромб. – $240 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 11 мм/год. Час кровотечі за Дьюком – 3 хвилини, час згортання крові за Лі-Уайтом – 20 хвилин. Який найбільш імовірний діагноз?

Гемофілія

Синдром ДВЗ

Хвороба Верльгофа

Хвороба Рандю-Ослера

Геморагічний васкуліт

Пацієнтка 20-ти років проходить лікування з приводу анемії (гемоглобін – 72 г/л). Півтора роки тому після мимовільного викидня у терміні 16 тижнів та крововтрати відзначає зниження пам'яті, втомлюваність, втрату апетиту, сухість шкіри, ламкість нігтів, набряклість, порушення менструальної функції. Об'єктивно: АТ – 80/55 мм рт. ст., пульс – 54/хв., зріст – 168 см, вага – 48 кг, гіпоплазія статевих органів. Призначення якого з перерахованих препаратів буде найбільш доречним цій пацієнтці?

Гідрокортизон

Інфліксимаб

Метотрексат

Гідроксихлорохін

Імуноглобулін людини нормальний

Хвора 21-го року без постійного місця проживання скаржиться на послаблення випорожнень впродовж 2-х місяців, втрату ваги на 13 кг, слабкість, постійну субфебрильну температуру, рецидивуючий герпес. На губах герпетичні висипання, генералізована лімфаденопатія, збільшення печінки до 2 см. У крові: еритроцити – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 115 г/л, ШОЕ – 15 мм/год, лейкоцити – $10,0 \times 10^9/\text{л}$, е. – 2 %, п. – 6 %, с. – 61 %, л. – 17 %, м. – 3 %. Атипові мононуклеари – 6 %. Який найбільш імовірний діагноз?

ВІЛ-інфекція

Лімфогранулематоз

Інфекційний мононуклеоз

Кишковий амебіаз

Сепсис

Жінка 37 років, хімік-технолог. Турбує поява синців на животі, стегнах, гомілкях після невеликих травм або без причини. Під час огляду виявлені численні дрібні та дещо більші синці, які місцями зливаються (від 1x1 до 4x5 см). Інших змін немає. Менструація триває до 7 днів. Селезінка не пальпується. В крові: Hb – 92 г/л, лейкоцити – $7,2 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 6×10^9 /л, ШОЕ – 33 мм/год. Який патогенез даного захворювання?

Скорочення тривалості життя тромбоцитів

Зниження рівня протромбіну крові

Зниження рівня фібриногену

Підвищення фібринолітичної активності

Зниження рівня антигемофільного глобуліну

Пацієнт 18 років хворіє з раннього дитинства. Під час обстеження встановлено: Hb – 110 г/л, еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,8, лейкоцити – $6,0 \times 10^9$ /л; ШОЕ – 30 мм/год. Коагулограма показала: протромбіновий індекс – 95 %, ретракція кров'яного згустка – 50 %, час згортання крові - за 40 хвилин не відбулось, тривалість кровотечі – 3 хв. Які механізми складають основу патогенезу цього захворювання?

Недостатність у крові антигемофільного глобуліну А

Наявність специфічних антитіл до ендотеліальних стінок судин

Імунне пригнічення кісткового мозку

Екзогенний дефіцит заліза

Дефіцит вітаміну С

Чоловік 41 року хворіє на виразку шлунку, яка 7 днів тому ускладнилась кровотечею. Турбує виражена слабкість, серцебиття, відзначається блідість шкіри та слизових. ЧСС – 98/хв. Результат налізу крові: Hb – 86 г/л, еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ /л. КП – 0,86, тромбоцити – 420×10^9 /л, ретикулоцити – 18 %, лейкоцити – $4,0 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 2 %, паличкоядерні – 6 %, сегментоядерні – 52 %, лімфоцити – 37 %, моноцити – 3 %. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

Постгеморагічна анемія

Лейкемоїдна реакція

Мікросфероцитоз

Набута гемолітична анемія

Хронічна залізодефіцитна анемія

Жінка 52 років надійшла до стаціонару зі скаргами на підвищену кровоточивість слизових оболонок, значні крововиливи в шкіру у вигляді екхімозів, плям, носові та шлункові кровотечі. Після клінічних обстежень було встановлено діагноз: тромбоцитопенічна пурпура. Яка найбільш вірогідна причина виникнення даного захворювання?

Утворення антитромбоцитарних аутоантитіл

Дефіцит заліза в сироватці крові, кістковому мозку та депо

Дефіцит VIII фактору згортання крові

Порушення гемостазу

Спадкова недостатність плазмових факторів згортання крові

Пацієнт звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення шийних та пахвових лімфовузлів, важкість у лівому підребер'ї. Під час пальпації відчуються лімфовузли м'які, безболісні, неспаяні. Спленомегалія. У крові виявлено: лейкоцити – 70 Г/л, лімфоцити – 80 %, тині Гумпрехта. Який імовірний діагноз?

Хронічний лімфолейкоз

Неходжкінська лімфома

Гострий лейкоз

Лімфогранулематоз

Лімфома Беркитта

Хвора 64-х років скаржиться на загальну слабкість, шум у голові, осиплість голосу. Об'єктивно: блідість з жовтяничним відтінком, язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної і больової чутливості. Пульс – 120/хв., АТ – 80/50 мм рт. ст. Пальпується селезінка. У крові: Нb – 58 г/л, еритроцити – $1,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $2,8 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 140×10^9 /л, ШОЕ – 17 мм/год, анізоцитоз, пойкилоцитоз – виражені (++) . Яке дослідження буде вирішальним у з'ясуванні генезу анемії?

Стернальна пункція

Непряма проба Кумбса

Фіброгастроскопія

Люмбальна пункція

Пряма проба Кумбса

У хворого 47-ми років на восьмий день після операції з приводу панкреонекрозу, перитоніту з'явилося підвищення температури тіла до 39 °С, анемія, лейкоцитоз, гіпопротеїнемія, спленомегалія, токсична енцефалопатія. Яке ускладнення має розвиток у цій ситуації?

Загальна гнійна інфекція (сепсис)

Внутрішньоочеревинна кровотеча

Гостра ниркова недостатність

Гостра печінкова недостатність

Гострий менінгіт

Пацієнтка віком 19 років скаржиться на слабкість, помірний головний біль та біль у горлі під час ковтання. Хворіє 3 дні. Об'єктивно спостерігається: температура тіла – 38,2 °С, генералізована лімфоаденопатія. Ознаки тонзилофарингіту. Помірна гепатоспленомегалія. Під час загального аналізу крові виявлено: 35 % атипових мононуклеарів. Яке дослідження необхідно призначити для верифікації діагнозу?

Дослідження крові на IgM anti-VCA EBV

Дослідження крові на IgM anti-CMV

Дослідження крові на IgM anti-HHV-6

Дослідження крові на IgM anti-HHV-7

Дослідження крові на сумарні антитіла до ВІЛ

Лісник 35-ти років надійшов до лікарні на 7-й день захворювання зі скаргами на озноб, підвищення температури тіла до 40,0 °С, різкий головний біль, міалгії. При огляді обличчя одутле, гіперемоване, язик сухий, «натертий крейдою». У лівій пахвинній ділянці пальпується різко болючий конгломерат збільшених лімфовузлів. Шкіра над ним гіперемована, напружена. Яку етіотропну терапію необхідно призначити хворому?

Стрептоміцин

Кетоконазол

Рибавірин

Введення гетерологічної сироватки

Людський імуноглобулін, внутрішньовенне введення

Жінка 45 років скаржиться на загальну кволість, задишку, запаморочення. Упродовж року посивіло волосся, почали розшаровуватися нігті, змінився смак. 5 років перебуває на «Д» обліку у гінеколога з приводу фіброміоми матки. У крові виявлено: еритроцити – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 76 г/л, КП – 0,7, ретикулоцити – 0,7 %, тромбоцити – $160 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцити – $5,0 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 2 %, паличкоядерні – 3 %, сегментоядерні – 63 %, лімфоцити – 28 %, моноцити – 4 %, анізо-, мікроцитоз, ШОЕ – 30 мм/год. Яку форму анемії можна припустити?

Залізодефіцитну

B12-дефіцитну

Гіпопластичну

Аутоімунну гемолітичну

Мінковського-Шофара

У хворого 60-ти років скарги на задуху, парестезії, запаморочення, втомлюваність. В анамнезі: атрофічний гастрит. Об'єктивно: шкіра та слизові бліді, іктеричні. Сосочки язика згладжені. Печінка, селезінка не збільшені. ЗАК: Hb – 77 г/л, ер. – 1,65 Г/л, КП – 1,4, ретикулоцити – 0,2 %, Л – 2,8 Г/л; ШОЕ – 22 мм/год, макроцити. Яке додаткове обстеження дозволить виявити причину анемії?

Визначення рівня вітаміну B12

Визначення рівня міді

Визначення рівня заліза

Визначення рівня вітаміну D

Визначення рівня кальцію

Пацієнт 27 років близько року спостерігає втому, пітливість, важкість у лівому підребер'ї, особливо після прийому їжі. Об'єктивно спостерігається: збільшена селезінка, печінка. В крові виявлено: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 100 г/л, КП – 0,87, лейкоцити – $100 \times 10^9/\text{л}$, базофіли – 7 %, еозинофіли – 5 %, моноцити – 15 %, юні – 16 %, паличкоядерні – 10 %, сегментоядерні – 45 %, лімфоцити – 2 %, моноцити – 0 %, ретикулоцити – 0,3 %, тромбоцити – $400 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 25 мм/год. Поставте діагноз.

Хронічний мієлолейкоз

Гострий лейкоз

Еритремія

Хронічний лімфолейкоз

Цироз печінки

Пацієнт віком 50 років скаржиться на біль у пальцях ступні, м'язах, особливо під час ходіння, головний біль, свербіж шкіри. Об'єктивно спостерігається: шкіра обличчя з червоно-ціанотичним відтінком. Лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс – 76/хв. АТ – 180/100 мм рт. ст. Легені – без особливостей. Межі серця зміщені вліво на 2 см. Печінка +2 см, селезінка біля краю реберної дуги, щільна, безболісна. У загальному аналізі крові виявлено: еритроцити – $6,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 201 г/л, КП – 0,8, лейкоцити $10,5 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 4

%, паличкоядерні – 7 %, сегментоядерні – 62%, лімфоцити – 22%, моноцити – 5 %, тромбоцити $500 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 1 мм/год, гематокрит – 55 %. Який найімовірніший діагноз?

Справжня поліцитемія

Хвороба Іценко-Кушинга

Вторинний еритроцитоз

Облітеруючий ендартеріїт

Гіпертонічна хвороба

Чоловік 58-ми років скаржиться на появу пухлиноподібних утворень на передній поверхні ший та в пахвинній ділянці, слабкість. Пальпуються м'які, безболісні, рухливі шийні та пахвинні лімфовузли до 2 см в діаметрі. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, нижній полюс селезінки на рівні пупка. У крові: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 88 г/л, лейкоцити – $86 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 1 %, с/я – 10 %, л – 85 %, е – 2 %, б – 0 %, м – 2 %, швидкість осідання еритроцитів – 15 мм/год, тіні Боткіна-Гумпрехта. Який найбільш імовірний діагноз?

Хронічний лімфолейкоз

Лейкемоїдна реакція лімфоцитарного типу

Лімфогранулематоз

Хронічний мієлолейкоз

Гострий лейкоз

Хворий 45-ти років звернувся на прийом до гематолога зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла, пітливість, збільшення шийних лімфатичних вузлів. Об'єктивно: температура тіла – $37,5^\circ\text{C}$, шкіра бліда, суха, задньощийні лімфатичні вузли щільно-еластичної консистенції, до 2 см в діаметрі, рухомі. Серце та легені без особливостей. Гепатоспленомегалія. Яке дослідження необхідно провести хворому, щоб оцінити поширеність процесу?

КТ

Рентгенографію ОЧП

Загальний аналіз крові

Остеосцинтиграфію

УЗД шийних лімфатичних вузлів

Жінка 28 років скаржиться на слабкість, запаморочення, носові кровотечі, крововиливи на тулубі. Хворіє 4 місяці. Об'єктивно спостерігається: стан середньої важкості. У ділянках живота та спини наявні крововиливи розміром 1–2 см, різного кольору, неbolючі. Периферійні лімфовузли не збільшені. Печінка (-), селезінка (+). Аналіз крові виявив: Hb – 120 г/л, еритроцити – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, КП – 0,9, ретикулоцити – 0,9%, залізо сироватки – 15,01 мкмоль/л, лейкоцити – $4,2 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 2 %, базофіли – 0 %, паличкоядерні – 7 %, сегментоядерні – 40 %, моноцити – 6 %, лімфоцити – 45 %, тромбоцити – $47,1 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 27 мм/год. Який діагноз імовірний?

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Хронічний лімфолейкоз

Гіпопластична анемія

Хронічна залізодефіцитна анемія

Гемолітична анемія

Хворий 55-ти років скаржиться на біль у грудині, поперековому відділі хребта,

ребрах. Анамнестично-патологічний перелом кісток правої гомілки. У крові: загальний білок – 110 г/л, позитивний М-градієнт. У сечі: білок Бенс-Джонса. Ваш діагноз:

Мієломна хвороба

Стенокардія напруги 2 ФК

Невралгія

Остеохондроз

Гломерулонефрит

Пацієнт віком 53 роки скаржиться на слабкість, відсутність апетиту, схуднення та підвищення температури тіла. Об'єктивно спостерігається: лімфоаденопатія, вузли тістоватої консистенції. Гепатомегалія. За результатами загального аналізу крові виявлено: еритроцити – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 110 г/л, лейкоцити – $100 \times 10^9/\text{л}$, базофіли – 1 %, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 22 %, моноцити – 2 %, лімфоцити – 73 %, тіні Боткіна-Гумпрехта. Який найімовірніший діагноз?

Хронічний лімфоцитарний лейкоз

Мієломна хвороба

Гострий лімфобластний лейкоз

Лімфогранулематоз

Хронічний мієлоїдний лейкоз

Хворий 23-х років скаржиться на інтенсивний біль у лівому колінному суглобі. Об'єктивно: колінний суглоб збільшений у об'ємі, шкіра над ним гіперемована, при пальпації болючий. Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 122 г/л, лейкоцити – $7,4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $183 \times 10^{12}/\text{л}$. Швидкість осідання еритроцитів – 10 мм/год. Час кровотечі за Дюке – 4 хв., час згортання крові за Лі-Уайтом – 24 хв. АПТЧ – 89 с. Ревматоїдний фактор – негативний. Який найбільш імовірний діагноз?

Гемофілія, гемартроз

Ревматоїдний артрит

Геморагічний васкуліт, суглобова форма

Тромбоцитопатія

Хвороба Верльгофа

Хворий 60-ти років надійшов до клініки зі скаргами на задишку, важкість у правому підбер'ї, збільшення живота. Явища наростали протягом року. Під час аускультатії серця – пресистолічний ритм галопу. Об'єктивно: набухання шийних вен, асцит, пальпується печінка та селезінка. З яким захворюванням необхідно проводити диференційну діагностику?

Констриктивний перикардит

Цироз печінки

Хронічне легеневе серце

Тромбоемболія легеневої артерії

Рак легенів з проростанням у плевру

Пацієнт віком 70 років скаржиться на гострий біль за грудниною та задишку. Із анамнезу відомо, що добу тому прооперований у зв'язку з атеросклеротичною гангrenoю стопи. Об'єктивно спостерігається: шкіра холодна, волога, ціаноз верхньої половини грудної клітки та шиї за типом «комірця Стокса», тахікардія, зниження артеріального тиску. Який найімовірніший діагноз?

Тромбоемболія легеневої артерії

Розшаровуюча аневризма аорти

Напад бронхіальної астми

Інфаркт міокарда

Гостре порушення мозкового кровообігу

Пацієнт віком 75 років скаржиться на задишку в стані спокою, виражену слабкість та аритмію. Об'єктивно спостерігається: стан тяжкий, пульсація черевного відділу аорти, діастолічний шум. Під час пальпації виявлено: об'ємне утворення в мезогастрії та відсутність пульсації на стегнових артеріях. АТ – 70/40 мм рт. ст., олігурія. Який найімовірніший діагноз?

Розшаровуюча аневризма аорти

Кардіосклеротична аневризма серця

Гострий перикардит

Кіста підшлункової залози

Гостра аневризма серця

У юнака віком 16 років виникло запаморочення. Об'єктивно спостерігається ЧСС 35/хв, АТ – 85/45 мм рт. ст. Межі серця не розширені. Аускультативно: тони серця звучні та чисті. На ЕКГ: зубці Р не пов'язані з комплексами QRS, дисоціація та різний ритм передсердь та шлуночків супроводжується різноманітним розташуванням зубця Р щодо комплексу QRS. Який найімовірніший діагноз?

Атріовентрикулярна блокада 3 ступеня

Атріовентрикулярна блокада 2 ступеня

Екстрасистолія

Фібриляція передсердь

Синусова брадикардія

Пацієнт скаржиться на напади нічної задухи, запаморочення. Об'єктивно виявлено: пульсація сонних артеріях під час пальпації pulsus altus et celer. Під час аускультативного серця на верхівці вислуховується: І тон значно ослаблений, II тон ослаблений та слідом вислуховується діастолічний шум. АТ – 180/60 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз?

Недостатність аортального клапана

Стеноз мітрального клапана

Недостатність трикульного клапана

Недостатність мітрального клапана

Ендокарлит Лібмана-Сакса

Пацієнт віком 64 роки з діагнозом: Ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, постійна форма фібриляції передсердь, серцева недостатність III функціонального класу перебуває на амбулаторному лікуванні. Фармакотерапія складається з Кордарону – двічі на день, Торасеміду – через день, Триметазидину – двічі на день. Сімейний лікар для профілактики тромбоутворення рекомендував приймати Варфарин (3 мг на день). Вимірювання якого показника з метою контролю ефективності та безпеки антикоагулянтної терапії необхідно в цьому разі?

Міжнародного нормалізованого співвідношення

Швидкості осідання еритроцитів

Кількості тромбоцитів

Рівня фібриногену

Часу зсідання крові за Лі-Уайтом

Пацієнт віком 26 років скаржиться на напади серцебиття під час фізичного та емоційного навантаження, що супроводжуються відчуттям нестачі повітря тривалістю декілька хвилин. Об'єктивно спостерігається: ЧСС – 85/хв, АТ – 125/80 мм рт. ст., тони серця звучні. На ЕКГ: інтервал PQ – 0,1 с, інтервал QT – 0,38 с, комплекс QRS деформований за рахунок дельта-хвилі. Який найімовірніший діагноз?

Синдром Вольфа-Паркінсона-Вайта

Блокада правої ніжки пучка Гіса

Блокада лівої ніжки пучка Гіса

Синусова тахікардія

Атріовентрикулярна блокада I ступеня

Пацієнт віком 68 років скаржиться на задишку, запаморочення, часте серцебиття, біль у правій нижній кінцівці. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, ціанотичність носогубного трикутника, кінчиків вух, набряк вен ший, задишка, АТ – 100/80 мм рт. ст., ЧСС – 110/хв, ЧД – 28/хв, SpO₂ – 88 %, акцент II тону над легеневою артерією. Права нижня кінцівка збільшена в об'ємі на рівні кісточок та гомілки, під час пальпації – болючість м'язів гомілки, пульсація артерій кінцівок збережена на всіх рівнях. Який найімовірніший діагноз?

Тромбоемболія легеневої артерії

Напади Морган'ї-Адамса-Стокса

Негоспітальна пневмонія

Спонтанний пневмоторакс

Інфаркт міокарда

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

Вторинна легенева гіпертензія

Дихальний рефлекс

Кардіоваскулярний рефлекс

Рефлекс Бейнбріджа

Рефлекс Китаєва

Хвора 63-х років висловлює скарги на болі в ділянці серця, задишку. З анамнезу відомо, що 2 місяці назад вона перенесла гострий інфаркт міокарда. Під час огляду грудної клітки відзначається наявність патологічної прекардіальної пульсації в IV міжребер'ї ліворуч від грудини. На ЕКГ – стійкий підйом інтервалу ST і негативний зубець T у грудних відведеннях. В ході рентгенологічного дослідження – зміна конфігурації тіні серця за рахунок мішкоподібного випинання зліва. Який діагноз найбільш імовірний?

Постінфарктна аневризма серця

Стеноз аортального клапана

Стеноз мітрального клапана

Повторний гострий інфаркт міокарда

Недостатність мітрального клапана

Хворий 38-ми років скаржиться на задишку, відчуття важкості в правому підребер'ї. 2 роки тому переніс туберкульоз легенів. Шийні вени набухли. Пульс – 96/хв., ритмічний, малий, м'який. Тони серця дуже послаблені. Печінка +7 см. Вільна рідина в черевній порожнині. ЕКГ – низький вольтаж, відхилення ЕВС вправо. Рентгенологічно: «мале серце». Який найбільш імовірний діагноз?

Констриктивний перикардит

Міокардит

Екссудативний перикардит

Гіпертрофічна кардіоміопатія, обструктивна форма

Дефект міжпередсердної перетинки

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

Систолічна дисфункція лівого шлуночка

Змішана дисфункція обох шлуночків

Діастолічна дисфункція правого шлуночка

Діастолічна дисфункція лівого шлуночка

Систолічна дисфункція правого шлуночка

Хворий 36-ти років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на задишку, пришвидшене серцебиття, швидко втому, кровохаркання. Об'єктивно: на щоках рум'янець із ціанотичним відтінком. Під час аускультатії: над верхівкою серця посилений I тон, акцент II тону над легеневою артерією, пресистолічний шум над верхівкою; частота серцевих скорочень – 80/хв., ритм регулярний, АТ – 100/60 мм рт. ст. Лікар направив хворого на ехокардіографічне дослідження. Яким буде попередній діагноз?

Мітральний стеноз

Вроджена вада серця

Аортальна недостатність

Мітральна вада з переважанням стенозу

Трикуспідальна недостатність

Хворий 60-ти років скаржиться на інтенсивний біль стискаючого характеру, локалізований за грудниною з іррадіацією у ліву лопатку та нижню щелепу. Біль тривалий, не купується нітроглицерином. Об'єктивно: холодний піт. Хворий збуджений. Аускультативно: тахікардія, приглушеність тонів. АТ – 100/70 мм рт. ст. ЕКГ-комплекси QS та підйом S–T вище ізолінії в I, aVL, V1, V2, V3, V4. Який діагноз є найбільш імовірним?

Інфаркт міокарда

Лівосторонній плеврит

Тромбоемболія легеневої артерії

Міжреберна невралгія

Стенокардія Принцметала

У хворой 49-ти років скарги на стискання у ділянці серця, слабкість, акроціаноз, розширення підшкірних вен, асцит, набряки ніг, пульсацію вен шиї. ЦВТ – 200 мм вод. ст., пульс слабкого наповнення – 100/хв., тони серця приглушені, шуму немає. Рентгенологічно: маленьке із чіткими контурами серце, вапняні відкладення у порожнині перикарду. Який найбільш імовірний діагноз?

Стискальний (констриктивний) перикардит

Міокардит

Мітральний стеноз

Випітний перикардит

Лівобічна пневмонія

Чоловік віком 48 років скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що виник вперше 1,5 години тому після фізичного навантаження та не купірується прийомом нітрогліцерину. Об'єктивно спостерігається: ЧСС – 75/хв, ЧД – 16/хв, АТ – 140/80 мм рт. ст. Під час проведення ЕКГ дослідження виявлено: сегмент ST зміщений донизу від ізолінії на 1–2 мм у відведеннях V4–V6. Визначення рівня якого показника допоможе встановити діагноз у цьому випадку?

Тропоніну

Натрій уретичного пептиду

D-димеру

АсАТ

КФК

У жінки 46-ти років, що протягом 5-ти років страждає на гіпертонічну хворобу, розвинувся гіпертонічний криз. Скарги на серцебиття, відчуття пульсації у голові, ЧСС – 100/хв., АТ – 190/100 мм рт. ст. (гіперкінетичний тип гемодинаміки). Якому препарату слід надати перевагу?

β-адреноблокатор

Інгібітор АПФ

Дигідропіридиновий антагоніст кальцію

α-адреноблокатор

Сечогінний

Під час проходження допризовної комісії у хлопця 17 років виявлена артеріальна гіпертензія. АТ на руках 190/110 мм рт. ст. Скарг немає. Звертає на себе увагу непропорційна будова тіла – добре розвинений плечовий пояс і недорозвинені нижні кінцівки. Який метод дослідження, найвірогідніше, найбільш інформативний для постановки діагнозу?

Вимірювання АТ на нижніх кінцівках

УЗД нирок і наднирників

Реносцинтиграфія

Визначення катехоламінів у сечі

Доплер-сонографія судин

Чоловік 61 року звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на напади стиснення за грудиною, які виникають під час ходьби до 200 м та зникають, якщо зупинитися. Вважає себе хворим близько року. Межі серця в нормі, тони помірно приглушені, ЧСС=Ps=76/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Який найбільш

імовірний діагноз у хворого?

ІХС. Стабільна стенокардія

ІХС. Нестабільна стенокардія

Тривожний розлад

ІХС. Інфаркт міокарда без елевачії сегменту ST

Хронічне обструктивне захворювання легень

У чоловіка 35 років виникає задишка під час фізичного навантаження, він періодично втрачає свідомість. Аускультативно встановлено: систолічний шум у ІІ міжребер'ї зліва від грудини. Під час УЗД серця встановлено: симетрична гіпертрофія ЛШ, його діастолічна дисфункція з деяким зменшенням порожнини. Спостерігається передньо-систолічний рух передньої стулки мітрального клапану. Яка патологія в хворого?

Гіпертрофічна кардіоміопатія

Постінфарктний міокардіосклероз

Дилатаційна кардіоміопатія

Стеноз вустя аорти

Рестриктивна кардіоміопатія

Чоловік 54 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на утруднення дихання, слабкість. Останні два тижні турбував біль та набряк правої нижньої кінцівки. Ці симптоми відчуває вперше в житті, раніше на обліку у лікаря не перебував. АТ – 110/70 мм рт. ст, ЧСС – 96/хв. Який діагностичний метод має вирішальне значення?

Мультиспіральна КТ ангіографія

Електрокардіографія

Рентгенографія органів грудної клітки

Функція зовнішнього дихання

Ехокардіографія

У чоловіка хворого на гіпертонію поступово розвинулись ознаки серцевої недостатності: задишка, вологі хрипи у легенях, збільшення печінки. Яке інструментальне дослідження має більшу діагностичну цінність для встановлення варіанту дисфункції міокарда?

Ехокардіографія

Електрокардіографія

Коронарографія

Тетраполярна реографія

Рентгенографія ОГК

Чоловік госпіталізований після тупої травми грудної клітки. АТ – 100/60 мм рт. ст., пульс – 98/хв. На рентгенограмі: ОГК без особливостей. Ехокардіографія: вільна рідина в порожнині перикарду в кількості 100 мл. Через годину спостерігається зниження АТ до 85/50 мм рт. ст., набухання шийних вен, пульс – 106/хв., тони серця різко ослаблені. Які найперші заходи слід вжити?

Пункція перикарду

В/в введення серцевих глікозидів

Інфузія симпатоміметиків

Ввести діуретики в/в

Антибіотикотерапія

Чоловік 43 років скаржиться на значну задишку в спокої, відчуття тяжкості в

грудях. Захворювання зв'язує з перенесеним 2 тижня тому грипом. Об'єктивно: положення вимушене – сидить, нахилившись уперед. Обличчя одутле, ціанотичне, шийні вени набряклі. Межі серця розширені в обидві сторони, тони серця глухі, ЧСС=112 за 1 хв., АТ – 95/60 мм рт. ст. У крові: ШЗЕ – 46 мм/год. На ЕКГ – низький вольтаж, на рентгенограмі – трапецієвидна тінь серця, ознаки застою в легенях. Який препарат треба вживати з метою попередження тампонади серця?

Фуросемід

Гіпотіазід

Верошнірон

Еналаприл

Метопролол

Чоловік 30 років скаржиться на помірний біль у ділянці серця не залежно від положення, задишку, серцебиття під час незначного навантаження, набряки на нижніх кінцівках. Хворів на ентеровірусну інфекцію 3 тижні тому. Об'єктивно: ЧСС – 104/хв., АТ – 100/70 мм рт. ст., межі серця розширені, послаблення І тону серця, систолічний шум над верхівкою. Титр АСЛ-О в нормі. ЕКГ виявила: низький вольтаж QRS, подовження інтервалу Q-T. Який найімовірніший діагноз?

Вірусний міокардит

Стенокардія напруги

Екссудативний перикардит

Інфекційний ендокардит

Ревматичний міокардит

Чоловік 70 років за 2 тижні до госпіталізації у стаціонар спостерігав підвищення температури до 38 °С. З діагнозом: Пневмонія був направлений до лікарні. Під час огляду: блідість шкіри, тахікардія. У нижніх відділах легенів – дрібнопухирчаті хрипи. У V точці – короткий протодіастолічний шум. АТ 140/40 мм рт. ст., пальпується нижній край селезінки. НЬ – 40 г/л, еритроц. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 12×10^9 /л, ШЗЕ – 35 мм/год. На ЕКГ – депресія ST в V 5,6. У сечі – протеїнурія. Назвіть найбільш імовірний діагноз:

Бактеріальний ендокардит

Гострий міокардит

Ревматична вада серця

Гострий перикардит

Хронічний мієлолейкоз

У чоловіка 56 років, який перебуває в палаті інтенсивної терапії з приводу гострого інфаркту міокарда у ділянці передньої стінки лівого шлуночка, посилилась загальна слабкість та з'явилося відчуття «завмирання» у роботі серця. Під час ЕКГ виявлено: ритм синусовий, ЧСС – 76/хв. Періодично з'являються поширені шлуночкові комплекси тривалістю 0,22 с, неправильної форми, після яких виявляються повні компенсаторні паузи. Яке ускладнення виникло у цього пацієнта?

Шлуночкова екстрасистолія

Повна блокада правої ніжки пучка Гіса

Атріовентрикулярна екстрасистолія

Передсердна екстрасистолія

Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

У 45-річного чоловіка, хворого на артеріальну гіпертензію (АТ – 150/100 мм рт. ст.) виявлено ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність, цукровий діабет II типу. Який із наведених антигіпертензивних засобів слід застосувати?

Лозартан

Верапаміл

Гідралазин

Атенолол

Гіпотіазид

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

Перикардит

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

Міокардит

Гострий інфаркт міокарда

Ендокардит

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

Повторити визначення рівня загального холестерину через 5 років

Визначити рівень простатспецифічного антигену (ПСА-тест)

Пройти глюкозотолерантний тест

Розпочати терапію статинами

Розпочати терапію фібратами

Жінка 60-ти років надійшла до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на сильний головний біль у потиличній ділянці, нудоту, блювання, запаморочення. При огляді хвора трохи загальмована, обличчя гіперемоване, АТ – 220/130 мм рт.ст., пульс – 78/хв. При неврологічному обстеженні парезів не виявлено, рефлекси рівномірно жваві, м'язовий тонус не змінений, чутливість збережена. Менінгеальні симптоми відсутні. Який стан найбільш імовірно розвинувся у хворої?

Гіпертонічний криз

Транзиторне порушення мозкового кровообігу

Пухлина головного мозку
Субарахноїдальний крововилив
Ішемічний інсульт

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

Аортальний стеноз
Мітральна недостатність
Вроджене ураження тристулкового клапана
Мітральний стеноз
Аортальна недостатність

Чоловік 57 років скаржиться на задишку, набряки на гомілкях, «перебої» в роботі серця, біль в лівій половині грудної клітки з ірадіацією в ліву лопатку. Лікування малоефективне. Об'єктивно: тони серця глухі, м'який систолічний шум на верхівці, Ps – 100/хв., аритмічний, АТ – 115/75 мм рт.ст. Печінка +2 см, болюча. Рентгеноскопія: тінь серця розширена в усі боки, пульсація в'яла. ЕКГ: лівошлуночкова екстрасистолія, знижений вольтаж. Який метод дослідження необхідний для визначення діагнозу?

Ехокардіографія
Рентгенокімографія
Коронарографія
Велоергометрія
ЕКГ в динаміці

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

Порушення цілісності стінки лівого шлуночка
Тромбоемболія легеневої артерії
Гостра мітральна недостатність
Гострий перикардит

Порушення цілісності міжшлуночкової перегородки

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

Ортостатична гіпотензія
Кардіогенний шок
Анафілактичний шок

Напад Морганї-Адамса-Стокса

ТЕЛА

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

КТ-ангіографія

Невідкладна катетеризація серця

Компресійна ультрасонографія вен

Призначення аспірину та внутрішньовенне введення метопрололу

Ехокардіографія

Пацієнтка віком 25 років скаржиться на задишку під час фізичного навантаження, підвищення температури тіла до 37,8 °С, тупий біль у ділянці серця, серцебиття. Із анамнезу відомо, що 2 тижні тому хворіла на ГРВІ. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, пульс – 95/хв, АТ – 100/60 мм рт. ст. Аускультативно дихання везикулярне, ЧД – 22/хв. Тони серця ритмічні, I тон на верхівці послаблений, вислуховується систолічний шум. На ЕКГ спостерігається: вольтаж знижений, зубець Т – негативний. За результатами лабораторних досліджень виявлено: підвищений рівень АСТ, ЛДГ, КФК. Який найімовірніший діагноз?

Вірусний міокардит

Гострий перикардит

Гострий інфаркт міокарда

Інфекційний ендокардит

Ексудативний плеврит

До лікарні шпиталізовано чоловіка віком 45 років. В анамнезі пацієнта наявне варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Він раптово відчув біль у грудній клітці та ядуху. Об'єктивно спостерігається: набухання шийних вен, ціаноз. На ЕКГ виявлено: ознака Мак-Джина-Уайта (QIII-SI), P-pulmonale, відхилення електричної вісі серця вправо, ознаки перевантаження правих відділів серця. Визначення рівня якої речовини в сироватці крові необхідно провести для підтвердження діагнозу?

D-димеру

Серцевого тропоніна

Креатинфосфокінази

Аспартатамінотрансферази

Аланінамінотрансферази

Пацієнт віком 67 років скаржиться на запаморочення, загальну слабкість, двічі була втрата свідомості. З анамнезу відомо, що 4 роки тому він переніс інфаркт міокарда. Об'єктивно спостерігається: стан середньої важкості, шкіра та слизові оболонки звичайного кольору, у легенях дихання везикулярне, хрипів немає.

Тони серця приглушені, аритмічні, ЧСС – 62/хв. АТ – 140/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Периферичних набряків немає. На ЕКГ виявлено: інтервал PQ – 200 мс, QRS – 80 мс, раптове випадіння комплексу QRS без попереднього збільшення інтервалу PQ, з періодичністю – 3:1, 4:1. Яке порушення ритму серця виникло у пацієнта?

АВ блокада II ступеня, Мобітц II

АВ блокада II ступеня, Мобітц I

АВ блокада I ступеня

Повна АВ блокада

СА блокада

Пацієнт віком 48 років лікується впродовж 5 днів з приводу інфаркту міокарда з локалізацією в нижній стінці лівого шлуночка. Раптово після повторного нападу болю з'явилась аритмія. На ЕКГ спостерігається: частота передсердних скорочень – 76/хв, шлуночкових – 38/хв, тривалість інтервалів P–P і R–R однакова. Яке ускладнення виникло в пацієнта?

Повна атріовентрикулярна блокада

Синоатріальна блокада

Синдром слабкості синусового вузла

Фібриляція передсердь

Тромбоемболія легеневої артерії

Пацієнту віком 65 років встановлено діагноз: гіпертонічна хвороба та ІХС, призначено фармакотерапію. За 2 тижні після звернувся до лікаря з приводу набряків на гомілках. Під час обстеження не було виявлено ознак захворювань, які перебігають з набряковим синдромом. Припущено побічну дію лікарського засобу. Який із нижченаведених лікарських засобів має таку побічну дію?

Амлодипін

Аторвастатин

Раміприл

Ацетилсаліцилова кислота

Бісопролол

Хворому 65-ти років з приводу застійної серцевої недостатності призначена фармакотерапія (фуросемід, спіронолактон, бісопролол, раміприл). Через 2 місяці звернувся до лікаря з приводу розвитку гінекомастії. Запідозрено побічну дію спіронолактону. На який з наведених препаратів можна його замінити у схемі лікування цього хворого?

Еплеренон

Торасемід

Івабрадин

Триметазидин

Ніфедипін

Хвора 68-ми років із застійною серцевою недостатністю, ФВ ЛШ – 40 %, отримує наступну схему фармакотерапії: раміприл, торасемід, бісопролол, клопідогрель, дигоксин. Під час чергового обстеження була виявлена часта поліморфна шлуночкова екстрасистолія. Який з призначених препаратів необхідно вилучити зі схеми лікування?

Дигоксин

Торасемід

Раміприл
Клопідогрель
Бісопролол

Пацієнту віком 65 років з приводу гіпертонічної хвороби з супутньою ІХС була призначена фармакотерапія (раміприл, аторвастатин, амлодипін, ацетилсаліцилова кислота, бісопролол). Через 2 тижні він звернувся до лікаря з приводу сухого кашлю. Під час обстеження не було виявлено ознак ГРВІ, ураження бронхо-легеневого апарата. Припущено побічну дію раміприлу. Яким з наведених препаратів можна замінити раміприл у схемі лікування?

Валсартан
Торасемід
Небіволол
Еналаприл
Ніфедипін

Після перенесеного ішемічного інсульту, зумовленого кардіоемболією, хворому з фібриляцією передсердь у якості засобу вторинної профілактики призначають:

Оральні антикоагулянти
β-адреноблокатори
Аспірин чи клопідогрель
Антагоністи кальцію
Ноотропні препарати

Жінку віком 50 років шпиталізовано зі скаргами на серцебиття, перебої в роботі серця, запаморочення, задишку, що виникли вранці. Під час огляду спостерігається: стан важкий, шкірні покриви бліді, кінцівки холодні. Пульс – 150/хв, малого наповнення, АТ – 80/50 мм рт. ст. Тони серця послаблені, аритмія. На ЕКГ виявлено: зубець Р відсутній, f-хвилі, інтервали R–R різні. Яке порушення ритму серця розвинулося у пацієнтки?

Фібриляція передсердь
Екстрасистолія
Надшлуночкова тахікардія
Шлуночкова тахікардія
Фібриляція шлуночків

У хворого, що 1 рік тому переніс Q-інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка, протягом останніх 2-х тижнів щодня виникають напади фібриляції передсердь та епізоди брадикардії, що супроводжуються запамороченнями. Яка найбільш доцільна тактика?

Імплантація кардіостимулятора
Призначити новокаїнамід
Призначити дигоксин
Призначити аміодарон
Призначити бісопролол

Жінка 78-ми років, яка страждає на артеріальну гіпертензію, мала три епізоди раптової транзиторної втрати зору на ліве око. При аускультатії сонних артерій в точках біфуркації з обох боків вислуховується шум. Яке додаткове дослідження найбільш доцільно призначити?

Дуплексне сканування судин ший

КТ головного мозку
МРТ головного мозку
Люмбальна пункція
Нейросонографія

Наркоман 31-го року скаржиться на кашель з кровохарканням, задишку, персистоуючу лихоманку, набряки нижніх кінцівок. Визначається набухання яремних вен, грубий пансистолічний шум над основою мечоподібного відростка та у другому міжребер'ї зліва, біля краю грудини. Серцеві тони ясні, аритмія, ЧСС – 128/хв., пульс – 82/хв., АТ – 100/70 мм рт. ст. Який найбільш імовірний діагноз?

Інфекційний ендокардит
Негоспітальна пневмонія
Коарктація аорти
Тромбоемболія легеневої артерії
Синдром Лютембаше

Після психоемоційного стресу пацієнтка відчула різку слабкість, головний біль, запаморочення та тремтіння кінцівок. Об'єктивно спостерігається: гіперемія шкіри обличчя, температура тіла – 36,4°C, ЧД – 22/хв, ЧСС – 98/хв, АТ – 185/100 мм рт. ст. Під час аускультатії вислуховується: тони серця ритмічні та приглушені, акцент 2 тону над аортою. Який найімовірніший діагноз?

Гіпертензивна криза
Симпатоадреналова криза
Тиреотоксична криза
Інфаркт міокарда

Гостре порушення мозкового кровообігу

Пацієнт віком 38 років скаржиться на головний біль, загальну та м'язову слабкість, спрагу, посилене сечовиділення у нічний час, парестезії рук, стоп, судоми. Об'єктивно: ЧСС – 84/хв, АТ – 200/110 мм рт. ст. За результатами аналізу крові виявлено: глюкоза – 5,4 ммоль/л, натрій плазми – 146 ммоль/л, калій плазми – 3,0 ммоль/л. В аналізі сечі спостерігається: питома вага – 1,020, білок – 0,3 г/л, реакція лужна. На ЕКГ: зниження сегменту S–T, подовження інтервалу Q–T. Яка причина артеріальної гіпертензії?

Первинний гіперальдостеронізм
Цукровий діабет
Амілоїдоз
Нецукровий діабет

Хронічний гломерулонефрит

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

Міжнародне нормалізоване співвідношення
Рівень тромбоцитів
Протромбіновий індекс
Гемоглобін

Рівень фібриногену

Чоловік віком 35 років звернувся до лікаря зі скаргами на різке збільшення ваги на 27 кг протягом 2 років, слабкість, випадіння волосся на голові, зниження потенції. Об'єктивно спостерігається: зріст – 174 см, маса тіла – 104 кг. Відкладення жиру переважно на шії та тулубі. Шкіра суха, багряно-ціанотичного кольору. АТ – 160/110 мм рт. ст. Під час лабораторного дослідження виявлено підвищення рівня АКТГ. На комп'ютерній томографії – мікроаденома гіпофіза. Яка причина артеріальної гіпертензії?

Хвороба Іценка-Кушинга

Синдром Іценка-Кушинга

Гіпертонічна хвороба

Аліментарне ожиріння

Хвороба Аддісона

У пацієнта віком 28 років за добу після тиреоїдектомії у зв'язку з хворобою Грейвса з'явилися судом кистей, стоп, обличчя та біль у ділянці серця. Спостерігаються позитивні симптоми Хвостека та Труссо. За результатами ЕКГ виявлено: подовжений інтервал Q-T. Яке ускладнення стало причиною такого стану пацієнта?

Гіпопаратиреоз

Гіперпаратиреоз

Тиреотоксичний криз

Парез гортанних нервів

Тиреотоксична міокардіодистрофія

Контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС) потрібно проводити у пацієнтів із фібриляцією передсердь, які приймають препарат із групи антитромботичних засобів. Укажіть цей препарат.

Варфарин (антагоніст вітаміну К)

Дабігатран (прямий інгібітор тромбіну)

Ривароксабан (інгібітори фактора Ха)

Аспірин (інгібітор ферменту циклооксигенази)

Клопідогрель (блокатор АДФ рецепторів тромбоцитів)

Пацієнт віком 28 років скаржиться на головний біль, шум у вухах, періодичні запаморочення та задишку, носові кровотечі, втомлюваність ніг після мінімальних навантажень. Під час вимірювання АТ виявлено: систолічна гіпертензія верхньої частини тіла, гіпотензія в нижній частині. Спостерігається зниження температури нижніх кінцівок. Вислуховується судинний шум під час аускультації на спині. Який найімовірніший діагноз?

Коарктація аорти

Гіпертонічна хвороба

Гостре порушення мозкового кровообігу

Серцева недостатність

Інфекційний міокардит

У пацієнтки віком 38 років спостерігається нападоподібне підвищення АТ до 235/120 мм рт. ст. Під час нападу пацієнтка скаржиться на нудоту, блювання, тахікардію, пітливість, страх смерті, головний біль, задишку, тремор рук і блідість шкіри. Напади починаються раптово та тривають 20–40 хв. У крові під час нападу спостерігається: лейкоцитоз з еозинофілією, глюкоза крові – 6,3

ммоль/л. Напад закінчується поліурією, після чого пацієнтка відзначає сонливість, почервоніння шкіри, тривалий час зберігається загальна слабкість, розбитість. Який найімовірніший діагноз?

Феохромоцитома

Хвороба Грейвса

Первинний гіперальдостеронізм

Хвороба Іценко-Кушинга

Цукровий діабет

У жінки віком 36 років після фізичного навантаження з'явилися задишка, кашель із виділенням рожевого мокротиння. Із анамнезу відомо, що хворіє на ревматичну хворобу серця та має мітральну ваду. Аускультативно вислуховується над серцем та нижніми відділами легенів дрібно- та середньоміхурцеві вологі хрипи. Який механізм погіршення стану є провідним?

Підвищення гідростатичного тиску крові

Підвищення онкотичного тиску крові

Зниження лімфатичного відтоку

Підвищення агрегації еритроцитів та тромбоцитів

Зниження онкотичного тиску крові

У пацієнта з артеріальною гіпертензією виникли скарги: головний біль, запаморочення, шум у вухах, змінена мова, яка стала нерозбірливою. Об'єктивно спостерігається: горизонтальний ністагм під час погляду в сторони, асиметрія носогубних складок. Через 3 години симптоматика регресувала. Який найімовірніший діагноз?

Транзиторна ішемічна атака

Субарахноїдальний крововилив

Кардіоемболічний ішемічний інсульт

Атеротромботичний ішемічний інсульт

Лакунарний ішемічний інсульт

Госпіталізована жінка 72 років з носовою кровотечею. Останні 6 років АТ підвищувався до 180/100 мм рт. ст. Об'єктивно: шкіра бліда, тони серця досить звучні, акцент II тону над аортою, систолічний шум. АТ – 150/80 мм рт.ст. У крові: Нb – 92 г/л, ер. – $2,7 \times 10^{12}$ /л. У сечі: пит. вага – 1022, лейкоц. – 3–7 у п/з, ер. – 0–2 у п/з. Яка найбільш вірогідна причина гіпертензії?

Атеросклероз аорти

Гіпертонічна хвороба

Хронічний пієлонефрит

Коарктація аорти

Хронічний гломерулонефрит

Хворий 70-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, короткочасні періоди непритомності, біль в ділянці серця. Під час аускультативного обстеження серця: ЧСС – 40/хв., тони ритмічні, I тон періодично значно посилений, АТ – 160/90 мм рт. ст. Яка найбільш імовірна причина гемодинамічних порушень?

Брадистолічна форма миготливої аритмії

АВ блокада III ступеня

Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

Синусова брадикардія

АВ блокада I ступеня

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

Ніяких змін у дієті

Зменшення прийому холестерину

Зменшення прийому насичених жирів

Зменшення прийому простих вуглеводів

Збільшення вживання клітковини

Чоловік 64-х років знаходиться на амбулаторному лікуванні з приводу ішемічної хвороби серця, дифузного кардіосклерозу, постійної форми фібриляції передсердь, серцевої недостатності III функціонального класу. Фармакотерапія складається з кордарону 2 рази на день, торасеміду через день, триметазидину 2 рази на день. Сімейний лікар з метою профілактики тромбоутворення рекомендував хворому прийом варфарину (3 мг на день). Який метод контролю ефективності та безпеки антикоагулянтної терапії в даному випадку буде найбільш доречним?

Міжнародне нормалізоване співвідношення

Швидкість зсідання еритроцитів

Час згортання крові за Лі-Уайтом

Кількість тромбоцитів

Рівень фібриногену

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

Шлуночкова екстрасистолія

Повна блокада правої ніжки пучка Гіса

Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

Передсердна екстрасистолія

Атріовентрикулярна екстрасистолія

У пацієнта віком 35 років виник напад під час якого з'явилися серцебиття, озноб і страх смерті. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри та підвищення АТ. Напад закінчився виділенням великої кількості сечі. Який патологічний стан виник у пацієнта?

Симпато-адреналовий криз

Гіперглікемічна кома

Тиреотоксичний криз

Колапс

Епілептичний напад

У пацієнта віком 56 років з гіпертонічною хворобою після сну спостерігалось короточасне оніміння лівих кінцівок, потім порушилося мовлення (звернене

мовлення розуміє, але говорити не може), яке відновилося протягом доби. АТ – 140/80 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз?

Транзиторна ішемічна атака

Емболічний інфаркт

Хвороба Альцгеймера

Неемболічний інфаркт

Геморагічний інсульт

Хвора 50 років скаржиться на тупий біль у ділянці серця, ядуху, підвищення температури до 38 °С. Тиждень тому перенесла грип. Об'єктивно: пульс 100/хв., АТ – 100/70 мм рт. ст., тони серця глухі. ЕКГ – знижений вольтаж, елевация сегменту ST у всіх відведеннях. На рентгенограмі: тінь серця розширена у всі боки. Пульсація серця малої амплітуди. Який найбільш імовірний діагноз?

Ексудативний перикардит

Інфаркт міокарда

Стенокардія

Міокардит

Дилатаційна кардіоміопатія

Пацієнтка віком 32 роки скаржиться на загальну слабкість, головний біль, надлишкову масу тіла, біль у кістках, порушення менструального циклу. Об'єктивно спостерігається: шкіра суха, ціанотична. У ділянці живота, плечей, стегон багряно-ціанотичні смуги розтягу. Відкладення жиру переважно на обличчі, шиї, тулубі. АТ 165/100 мм рт. ст. За результатами аналізу крові виявлено: глюкоза – 7,2 ммоль/л, рівень АКТГ підвищений. Під час рентгенографії кісток спостерігаються ознаки остеопорозу. Який найімовірніший діагноз?

Хвороба Іценко-Кушинга

Гіпотиреоз

Синдром Іценко-Кушинга

Синдром Конна

Синдром Штейна-Левентала

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

Інфекційний міокардит

Синдром Дресслера

Міокардитичний кардіофіброз

Інфекційний перикардит

Дилатаційна кардіоміопатія

Хвора 20-ти років скаржиться на відчуття нестачі повітря, тривалі ниючі болі в ділянці серця, дратівливість. Під час обстеження: загальний стан задовільний, лабільність пульсу, АТ – 130/60 мм рт. ст. ЕКГ – порушення процесів

реполяризації. У пацієнтки діагностована нейроциркуляторна дистонія за кардіальним типом. Вкажіть умови, в яких хвора повинна отримувати лікування:

Амбулаторне лікування

Стационарне лікування в терапевтичному відділенні

Стационарне лікування в психіатричному відділенні

Стационарне лікування в кардіохірургічному відділенні

Стационарне лікування в кардіологічному відділенні

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

Екссудативний перикардит

Вірусний міокардит

Ревматична гарячка

Дилатаційна кардіоміопатія

Нестабільна стенокардія

Чоловікові 72 років у зв'язку з миготливою аритмією та проявами недостатності кровообігу призначено фуросемід, дігоксин, інгібітори АПФ. На 5 день з початку лікування з'явилися ниючі болі в животі, нудота, одноразове блювання. На ЕКГ: шлуночкова бігемінія, тривалість інтервалу PQ – 0,25 секунди, коритоподібне зміщення сегменту ST нижче ізолінії. Яке ускладнення найбільш вірогідно виникло у хворого?

Дигіталісна інтоксикація

Інфаркт міокарду (абдомінальний варіант)

Гіперкаліємія

Інтоксикація фуросемідом

Медикаментозний гастрит

Чоловік 68 років звернувся до лікаря зі скаргами на сильний головний біль, нудоту, відчуття дискомфорту за грудиною. Протягом 2 років страждає на гіпертонічну хворобу. Свідомість збережена. Ознак неврологічного дефіциту немає. АТ – 220/100 мм рт. ст., ЧСС – 92/хв. ЕКГ виявила: ритм синусовий, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Яке ускладнення розвинулося?

Неускладнений гіпертензивний криз

Інфаркт міокарда

Ускладнений гіпертензивний криз

Гостре порушення мозкового кровообігу

Розшаровуюча аневризма аорти

17-річний хлопець на уроці фізичного виховання раптово втратив свідомість. На місці була проведена серцево-легенева реанімація. На момент приїзду швидкої свідомість до пацієнта повернулася. При зборі анамнезу стало відомо, що батько і дід дитини проходили обстеження та лікування у кардіолога, проте

помирали в молодому віці. При фізикальному огляді дитини встановлено наявність систолічного шуму в серці, гучність якого збільшується при зміні положення тіла. При ехокардіографічному дослідженні зареєстровано потовщення стінки лівого шлуночка більше 15 мм. Яке захворювання можна припустити у даного хворого?

Гіпертрофічна кардіоміопатія

Дилатаційна кардіоміопатія

Неревматичний кардит

Гостра ревматична лихоманка

Вегетативна дисфункція

У пацієнта 47-ми років мітральний стеноз після гострої ревматичної лихоманки.

Скаржиться на прогресуючу задишку, кашель, виражену загальну слабкість. На даний момент не може виконувати легку побутову роботу. Найбільш доцільна тактика лікування?

Хірургічне лікування

Препарати наперстянки

Антибактеріальна терапія

Призначення діуретиків

Призначення антикоагулянтів

Хворий 52-х років скаржився на раптову слабкість і оніміння в лівих кінцівках, утруднення при ходьбі. Об'єктивно відзначалися лівобічні гемігіпестезія і легкий геміпарез. Через 4 години стан хворого нормалізувався, вогнищева симптоматика регресувала, хворий зміг нормально ходити. АТ – 120/80 мм рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

Транзиторна ішемічна атака

Асоційована мігрень

Гіпертензивний криз

Ішемічний інсульт

Геморагічний інсульт

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

Ехокардіографія

Електрокардіограма

Катетеризація серця

Коронароангіографія

Біопсія міокарда

У чоловіка о 5-й годині ранку стався напад сильного болю за грудиною, що супроводжувався кволістю та холодним потом. На ЕКГ виявлено: куполоподібний підйом сегмента ST у відведеннях II, III, aVF, V5-V6. Після вщухання болю показники ЕКГ повернулися до норми. Який імовірний діагноз?

Спонтанна стенокардія типу Prinzmetal

Дилатаційна кардіоміопатія

Гострий інфаркт міокарда в задньобочковій ділянці лівого шлуночка

Перикардит

Міокардит

У пацієнта віком 65 років із гострим переднім інфарктом міокарда виник напад задишки. Під час огляду спостерігається дифузний ціаноз. Аускультативно в легенях вислуховується велика кількість вологих різнокаліберних хрипів. ЧСС – 100 хв. АТ – 120/100 мм рт. ст. Яке ускладнення розвинулось у пацієнта?

Набряк легень

Кардіогенний шок

ТЕЛА

Розрив міжшлуночкової перетинки

Гіпертензивний криз

На зупинці автобуса чоловік похилого віку схопився за серце, а потім втратив свідомість. Декілька разів глибоко вдихнув з інтервалом у 8–10 секунд, а потім перестав дихати. Шкіра бліда, холодна. Пульс на сонних артеріях не визначається. Зіниці розширені, реагують на світло. Діагностована раптова коронарна смерть. З чого варто почати серцево-легеневу реанімацію?

Непрямий масаж серця

Трахеостомія

Масаж каротидного синуса

Штучна вентиляція легень

Прийом Вальсальви

Пацієнта, віком 32 роки, шпиталізовано до лікарні без свідомості. Із анамнезу відомо, що хворіє на цукровий діабет з 16 років. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви вологі на дотик, тонус очних яблук знижений. На плечах і стегнах сліди від ін'єкцій. Дихання поверхневе. ЧД – 20/хв. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок. АТ – 110/70 мм рт. ст. В аналізі крові виявлено: глюкоза – 2,2 ммоль/л, Са – 2,25 ммоль/л. Ацетон у сечі відсутній. Який лікарський засіб необхідно ввести пацієнтові першочергово?

Розчин 40 % глюкози

Препарати кальцію

Інсулін пролонгований

Метформін

Інсулін простий

Пацієнт віком 57 років поскаржився на прискорене серцебиття, а потім втратив свідомість. Із анамнезу відомо, що протягом 2 тижнів лікується у зв'язку з переднім Q-інфарктом міокарда. Об'єктивно: стан тяжкий, шкіра бліда з акроціанозом, волога, кінцівки холодні. АТ – 60/20 мм рт. ст. За результатами ЕКГ дослідження виявлено: ЧСС – понад 200/хв, зубці Р відсутні, шлуночкові комплекси широкі, аберантні. Яку невідкладну допомогу необхідно надати пацієнту першочергово?

Термінова електрокардіоверсія

В/в введення лідокаїну

В/в інфузія аміодарону

Трахеостомія

В/в введення адреналіну

У хворого 46-ти років з болем стискаючого характеру в ділянці серця настала зупинка кровообігу та дихання. На ЕКГ моніторі: великохвильова фібриляція шлуночків. Що потрібно зробити першочергово?

Провести дефібриляцію

Внутрішньовенно ввести допамін

Внутрішньовенно ввести лідокаїн

Внутрішньовенно ввести атропін

Імплантувати електрокардіостимулятор

Чоловік 68 років, що перебуває в реанімаційному відділенні з діагнозом: гострий інфаркт міокарда, раптово втратив свідомість. Об'єктивно: пульс та АТ не визначаються. На ЕКГ спостерігаються часті нерегулярні хвилі різної форми та амплітуди. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

Фібриляція шлуночків

Гостра серцева недостатність

Пароксизмальна шлуночкова тахікардія

Асистолія

Тромбоемболія легеневої артерії

Жінка віком 62 роки скаржиться на відчуття перебоїв у роботі серця, періодичні напади серцебиття, зниження працездатності, загальну кволість. Погіршення стану відзначає протягом останніх місяців. Звернулася до лікаря після запаморочення в голові з нетривалою втратою свідомості напередодні. Об'єктивно спостерігається: пульс – 52/хв, аритмічний. Під час аускультатії шумів не виявлено. На ЕКГ спостерігається: ритм синусовий, неправильний, інтервал PQ – 0,20 сек. QRS – 0,08 сек. Поступове зменшення інтервалу RR з наступним випадінням PQRST. Яка найімовірніша причина такого стану пацієнтки?

Синоаурикулярна блокада

Атріовентрикулярна блокада II ступеня

Трифасцикулярна блокада ніжок пучка Гіса

Атріовентрикулярна блокада III ступеня

Атріовентрикулярна блокада I ступеня

Пацієнт віком 68 років, що лікувався в стаціонарі з приводу нестабільної стенокардії, під час ходіння раптово втратив свідомість, упав. Об'єктивно: пульсація на артеріях відсутня, зіниці вузькі, на світло не реагують, рідкі малоамплітудні рухи грудної клітки – до 8–10/хв, АТ не визначається. На ЕКГ виявлено: синусоїдна крива з частими, різними за формою і амплітудою хвилями частотою 350–400/хв. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

Фібриляція шлуночків

Повна атріовентрикулярна блокада

Асистолія

Тромбоемболія легеневої артерії

Фібриляція передсердь

У пацієнта віком 45 років під час виконання фізичної праці раптово виник гострий біль у лівій половині грудної клітки, виражена задишка, сухий кашель.

Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом, виражений ціаноз, відставання лівої половини грудної клітки в акті дихання. Над легеньми зліва коробковий звук, дихання ослаблене. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: відсутній легеневий малюнок ліворуч, зміщення органів середостіння вправо. Який найімовірніший діагноз?

Спонтанний пневмоторакс

Інфаркт легень

Інфаркт міокарда

Фібринозний перикардит

Сухий плеврит

У пацієнтки віком 35 років під час проведення ультразвукового обстеження сонних і вертебральних артерій виникло запаморочення, з'явилася загальна слабкість, нудота, утруднене дихання і розвинулася непритомність, яка тривала протягом 20 с. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, АТ – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 96/хв. Зниження реакції на світло. Вогнищевих неврологічних симптомів не виявлено. На електроенцефалограмі та ехоенцефалограмі патологічних змін не встановлено. Який найімовірніший діагноз?

Синкопальний стан

Інфаркт головного мозку

Епілептичний напад

Субарахноїдальний крововилив

Транзиторна ішемічна атака

Пацієнта віком 52 роки шпиталізовано зі скаргами на різку слабкість, запаморочення, втрату свідомості, схуднення, відсутність апетиту, нудоту та блювання, різкий біль в епігастральній ділянці, діарею та посилену пігментацію шкіри. АТ – 90/60 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз?

Аддісонічна криза

Пелагра

Гострий гастроентерит

Менінгоенцефаліт

Склеродермія

Пацієнт віком 76 років скаржиться на епізоди втрати пам'яті та запаморочення. З анамнезу відомо, що два роки тому він переніс гострий інфаркт міокарда. Об'єктивно спостерігається: ЧСС = пульс = 32/хв, АТ – 160/90 мм рт. ст. На ЕКГ: АВ-блокада III ступеня. Якою повинна бути подальша тактика лікаря?

Імплантація електрокардіостимулятора

Спостереження за пацієнтом один раз на місяць постійно

Призначити пацієнту постійне приймання ізадрину

Призначити пацієнту приймання beta-адреноблокаторів постійно

Призначити пацієнту постійне приймання атропіну

У пацієнта раптово виник гострий біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку. Об'єктивно: пацієнт збуджений, шкірні покриви бліді, ЧД – 38/хв., АТ – 180/110 мм рт. ст. Потім він втратив свідомість, впав, пульсна магістральних судинах не визначався, зіниці були рівномірно розширені. Встановіть діагноз.

Клінічна смерть

Порушення мозкового кровообігу

Агональний стан

Кома

Серцевий напад

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

Електрична дефібриляція

Введення розчину лідокаїну 20 мг в/м

Прямий масаж серця

Трансфузія кристалоїдів 10 мг/кг в/в

Інтубація трахеї

Чоловік 65 років раптово знепритомнів, посинів. Під час обстеження: пульс та АТ на периферичних судинах не визначаються, тони серця не вислуховуються. На ЕКГ спостерігається: нерегулярні, різної величини і форми хвилі, які реєструються без інтервалів. Які заходи необхідно провести насамперед?

Електрична дефібриляція

В/в введення строфантину

В/в введення адреналіну

Тимчасова кардіостимуляція

Штучне дихання

У пацієнтки віком 60 років на третій день після венектомії у зв'язку з тромбофлебітом підшкірних вен раптово з'явилася задишка. Шкіра спочатку стала різко ціанотичною, а потім попелястого кольору. Спостерігається виражене психомоторне збудження, тахіпное, загродинний біль. Яке ускладнення післяопераційного періоду виникло в пацієнтки?

Тромбоемболія легеневої артерії

Інфаркт міокарда

Кровотеча

Гіпостатична пневмонія

Клапанний пневмоторакс

Пацієнт віком 60 років раптово відчув напад частого серцебиття й задишки. Об'єктивно виявлено: ортопное, ЧД – 32/хв, АТ – 80/40 мм рт. ст. Аускультативно: в задньо-базальних відділах легень вислуховується крепітація та дрібноміхурцеві хрипи. На ЕКГ спостерігається: частота шлуночкового ритму – 160/хв, деформовані комплекси QRS шириною – 0,14 с. Яку невідкладну допомогу необхідно надати пацієнтові?

Електричну кардіоверсію

Новокаїнамід в/в

Аміодарон в/в

Сальбутамол інгаляційно

Черезстравохідну електрокардіостимуляцію

У пацієнта віком 78 років з хронічною венозною недостатністю раптово з'явилася задишка, «кинджальний біль» в грудній клітині, сухий кашель, серцебиття, температура тіла – 37,1 °С, короточасна непритомність. Під час обстеження виявлено: стан важкий, дифузний ціаноз, розширення яремних вен, ЧД – 35/хв., везикулярне дихання, акцент II тону над легеневою артерією, ЧСС

– 130/хв., АТ – 80/60 мм рт. ст., сатурація знижена. Рівень D-димеру високий. ЕКГ: синусова тахікардія, Р-pulmonale, негативний Т в III та в V₁-V₂. Ro-графія ОГК: високе стояння куполу діафрагми ліворуч. Який стан ймовірніше розвився у пацієнта?

Тромбоемболія легеневої артерії

Пневмоторакс

Гострий коронарний синдром

Гостра дихальна недостатність

Напад бронхіальної астми

У хворого 46-ти років з болем стискального характеру в ділянці серця настала зупинка кровообігу та дихання. На ЕКГ моніторі: великохвильова фібриляція шлуночків. Що потрібно зробити першочергово?

Провести дефібриляцію

Внутрішньовенно ввести допамін

Внутрішньовенно ввести лідокаїн

Внутрішньовенно ввести атропін

Імплантувати електрокардіостимулятор

Пацієнта віком 55 років шпиталізовано у непритомному стані до відділення реанімації. Об'єктивно спостерігається: стан важкий, зіниці розширені, реагують на світло, дихання шумне, ЧД – 10/хв, пульс на променевих і сонних артеріях не визначається, АТ – 40/20 мм рт. ст. На ЕКГ виявлено: тріпотіння шлуночків з ЧСС – 210/хв. Які реанімаційні заходи потрібно провести насамперед?

Електроімпульсну терапію

Зовнішній масаж серця

Внутрішньовенне введення лідокаїну

Внутрішньовенне введення адреналіну з атропіном

Внутрішньовенне введення норадреналіну

Пацієнт 55 років доставлений до приймального відділення зі скаргами на часте серцебиття, запаморочення та відчуття слабкості. На ЕКГ виявлено відсутність зубця Р перед кожним комплексом QRS, частоту серцевих скорочень 180 ударів на хвилину, регулярний ритм з широкими QRS-комплексами. Яке порушення ритму ймовірно діагностовано у пацієнта?

Шлуночкова тахікардія

Синусова тахікардія

Фібриляція передсердь

Фібриляція шлуночків

Синусова брадикардія

Пацієнт 60 років звернувся зі скаргами на часте серцебиття, задишку та відчуття «тремтіння» в грудній клітці. На ЕКГ виявлено регулярний ритм з частими «пилоподібними» хвилями F, частота яких становить близько 300 за хвилину, при цьому ЧСС 150 /хв, не кожна хвиля F супроводжується шлуночковим комплексом QRS. Яке порушення ритму ймовірно діагностовано у пацієнта?

Тріпотіння передсердь

Фібриляція передсердь

Шлуночкова тахікардія

Атріовентрикулярна блокада

Синусова тахікардія

Чоловік віком 28 років під час проходження чергового медичного огляду скаржився на періодичні напади серцебиття. Об'єктивно: АТ – 130/80 мм рт. ст., пульс – 65/хв. На ЕКГ реєструється вкорочення інтервалу Р–Q, поява у складі комплексу QRS додаткової хвилі збудження, деформація комплексу QRS та негативний зубець Р. Про яку патологію свідчать скарги пацієнта та зміни на ЕКГ?

Синдром WPW

Блокаду ніжки пучка Гіса

Пароксизмальну надшлуночкову тахікардію

Шлуночкову екстрасистолію

Пароксизмальну шлуночкову тахікардію

Пацієнтка, 58 років, з анамнезу: артеріальна гіпертензія понад 10 років. Об'єктивно: шкіра звичайного кольору, тони серця приглушені, акцент II тону над аортою ЧСС – 60/хв, АТ – 160/90 мм рт. ст., на ЕКГ: Інтервал PQ – 240 мс, випадіння QRS не зареєстровано. Яке порушення провідності серця діагностовано?

АВ блокада I ступеня

АВ блокада II ступеня, Мобітц I

АВ блокада II ступеня, Мобітц II

Повна АВ блокада

СА блокада

Чоловік, 70 років, скаржиться на періодичну втрату свідомості та слабкість. Об'єктивно: стан середньої важкості, тони серця приглушені, аритмія. ЧСС – 35/хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. ЕКГ: Відсутність проведення між передсерддями та шлуночками, незалежний ритм передсердь та шлуночків, частота скорочення шлуночків менше за частоту скорочення передсердь. Яке порушення провідності серця у хворого?

Повна АВ блокада

АВ блокада I ступеня

АВ блокада II ступеня, Мобітц I

АВ блокада II ступеня, Мобітц II

СА блокада

Пацієнт, 45 років, з епізодами запаморочення, скаржиться на відчуття слабкості. Об'єктивно: стан стабільний, ЧСС – 56/хв, АТ – 140/90 мм рт. ст. ЕКГ: інтервал PQ поступово подовжується, доки не випадає комплекс QRS. Після випадіння інтервал PQ знову стає коротшим. Яке порушення провідності у пацієнта?

АВ блокада II ступеня, Мобітц I

АВ блокада I ступеня

АВ блокада II ступеня, Мобітц II

Повна АВ блокада

СА блокада

У пацієнта 25 років раптово розвинулося сильне серцебиття, запаморочення і відчуття слабкості. На ЕКГ виявлено суправентрикулярну тахікардію, на ЕКГ спокою: укорочений інтервал PR, розширені комплекси QRS із характерною

дельта-хвилею. Яке порушення ритму найімовірніше у цього пацієнта?

Синдром WPW з пароксизмальною суправентрикулярною тахікардією

Тріпотіння передсердь

Фібриляція передсердь

Синусова тахікардія

Атріовентрикулярна блокада

Пацієнт хворіє на виразкову хворобу шлунку, не лікується, періодично турбує біль у епігастрії, відрижка кислим. Раптово з'явилась загальна слабкість, серцебиття, головокружіння та блювання «кавовою гущею», пізніше з'явилась «мелена». Об'єктивно спостерігається: болючість в епігастрії, позитивний симптом Менделя. У аналізі крові виявлено: Hb – 82 г/л, лейкоцити – $7,5 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 22 мм/год. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

Шлунково-кишкова кровотеча

Кишкова непрохідність

Малігнізація виразки

Емпієма плеври

Портальна гіпертензія

Пацієнта віком 60 років шпиталізовано до відділення реанімації з діагнозом: гострий Q-позитивний інфаркт міокарда. На другу добу перебування в стаціонарі стан пацієнта значно погіршився. Скарги на задишку. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, волога, холодна на дотик. Аускультативно: над легеньми дихання везикулярне, послаблене, ЧД – 25/хв. ЧСС – 110/хв. Тони серця глухі, ритм галопу, АТ – 80/40 мм рт. ст., сечовиділення – 10 мл/год. Яке ускладнення інфаркту міокарда виникло в пацієнта?

Кардіогенний шок

Тромбоемболія легеневої артерії

Синдром Дресслера

Серцева астма

Тромбоендокардит

45-річний чоловік із хронічною серцевою недостатністю III стадії (за NYHA) звернувся зі скаргами на задишку, набряки ніг і зниження кількості сечі (400 мл/добу). У нього спостерігається набряк легень, а тиск в легеневій артерії підвищений. Рівень креатиніну в крові 150 мкмоль/л. Який механізм найбільш ймовірно спричиняє олігурію?

Преренальна ниркова недостатність

Гломерулонефрит

Гостра тубулоінтерстиціальна нефропатія

Гостра постренальна обструкція

Гостра ренальна недостатність

У пацієнтки віком 18 років після укусу бджоли спостерігається: набряк губи, обличчя, ший, відчуття жару та задишка. Дихання утруднене, шумне, кашель. Шкіра бліда, холодна на дотик. АТ – 75/50 мм рт. ст. Пульс ниткоподібний – 98/хв. Тахікардія, тони серця глухі, ритмічні. Який найімовірніший діагноз?

Анафілактичний шок

Астматичний статус

Кропив'янка

Набряк Квінке

Гіпотонічний криз

У хворого 24-х років, який перебував на лікуванні з приводу менінгококцемії, погіршився загальний стан. Об'єктивно: акроціаноз, кінцівки холодні, ЧД – 30/хв., ЧСС – 140/хв., АТ – 40/0 мм рт. ст., анурія. Який невідкладний стан розвинувся?

Септичний шок

Гіповолемічний шок

Тромбоз легеневої артерії

Анафілактичний шок

Гемолітико-уремічний синдром

Жінці віком 35 років через пневмонію призначено ампіцилін. За 30 хвилин після внутрішньом'язової ін'єкції препарату пацієнтка відчула різку слабкість, з'явився кашель, задишка, біль у грудній клітці. Об'єктивно: ціаноз, набряк повік, обличчя з червоним висипом. Пульс – 120/хв, АТ – 70/20 мм рт. ст. Тони серця глухі, дихання часте, поверхнєве з різнокаліберними вологими хрипами. Варикозне розширення вен на правій гомілці. Яка найімовірніша причина раптового погіршення стану жінки?

Анафілактичний шок

Астматичний напад

Набряк Квінке

Тромбоемболія легеневої артерії

Кропив'янка

Пацієнт віком 19 років скаржиться на утруднене дихання, явища риніту та набряк повік. Із анамнезу відомо, що симптоми з'явилися на 7-й день після початку лікування пневмонії, має поліноз. Об'єктивно спостерігається: почервоніння та набряк повік, набряк м'якого піднебіння, язичка та піднебінних мигдаликів. Аускультативно в легенях вислуховується: поодинокі дрібноміхурцеві вологі хрипи. Який найімовірніший діагноз?

Набряк Квінке

Багатоформна ексудативна еритема

Алергічний кон'юнктивіт

Загострення полінозу

Бронхіальна астма

У пацієнтки віком 23 роки на прийомі у стоматолога через 3 хв після введення лідокаїну розвинулася різка задишка, запаморочення, стиснення в грудній клітці. Об'єктивно спостерігається: стан тяжкий, АТ – 70/30 мм рт. ст., пульс – 108/хв, ниткоподібний. Аускультативно дихання в легенях жорстке везикулярне, маса дифузних сухих свистячих хрипів, вислуховуються дистанційні хрипи. Який лікарський засіб необхідно ввести першочергово для надання невідкладної допомоги?

Адреналін

Еуфілін

Сальбутамол

Морфін

Преднізолон

Чоловік 43-х років скаржиться на появу набряку обличчя, задухи та утрудненого ковтання через 3 години після укусу комахи. Об'єктивно: шкіра

повік, щік та губ різко гіперемована й набрякла. Які засоби невідкладної допомоги слід призначити хворому?

Глюкокортикостероїди

Міорелаксанти

Діуретики

Антигістамінні

Нестероїдні протизапальні

Чоловік 31-го року доставлений до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на утруднене дихання, відчуття стороннього тіла в горлі, осиплість, сильний набряк обличчя та шиї. Вищевказані симптоми швидко нарастають та з'явилися протягом декількох хвилин після куштування меду. Який стан найбільш імовірно розвинувся у хворого?

Ангіоневротичний набряк Квінке

Токсичний епідермальний некроліз

Гострий ларинготрахеїт

Синдром Стівенса-Джонсона

Запальний набряк гортані

У жінки віком 35 років за 30 хвилин після внутрішньо-м'язової ін'єкції ампіциліну виникли різка слабкість, свербіж обличчя та рук, нудота, кашель, задишка, біль у грудній клітці. Об'єктивно спостерігається: ціаноз, набряк повік, обличчя, шиї, шкіра волога з червоним висипом. Пульс – 120/хв, АТ – 70/20 мм рт. ст., тони серця глухі, дихання часте, поверхнєве з великою кількістю різнокаліберних вологих хрипів. З введення якого препарату необхідно негайно розпочати терапію?

Адреналіну

Еуфіліну

Преднізолону

Астмопенту

Допаміну

У постраждалого в стані травматичного шоку після значної крововтрати, АТ – 70 мм рт. ст., ЧСС – 140/хв. Під час гіповолемічного шоку:

Знижується серцевий індекс

Знижується системний судинний опір

Виникають набряки на нижніх кінцівках

Збільшується центральний венозний тиск

Підвищується рН плазми

У пацієнта віком 46 років після провідникової анестезії виникла різка слабкість, неспокій, біль у грудях, задишка, блювання. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, холодний піт. Пульс – 120/хв, ритмічний, ниткоподібний. АТ – 70/40 мм рт. ст. Аускультативно – тони серця часті, глухі. У легенях вислуховується жорстке дихання з подовженим видихом, розсіяні свистячі хрипи. Живіт здутий, чутливий під час пальпації. Який лікарський засіб необхідно призначити першочергово?

Адреналін

Нітрогліцерин

Еуфілін

Урапідил

Дексаметазон

Чоловік віком 32 роки після забігу на 3 км, за температури повітря 28 °С та сонячної погоди, раптово поскаржився на запаморочення, головний біль, загальну слабкість, серцебиття та відчуття тремтіння по тілу, знепритомнів. Із анамнезу відомо, що хворіє на цукровий діабет та епілепсію, приймає інсулін, останній раз їв приблизно годину тому. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, холодна, липкий піт, АТ – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 94/хв, тонус м'язів підвищений, клонічні судоми. Який найімовірніший діагноз?

Гіпоглікемічна кома

Тепловий удар

Колапс

Епілептичний напад

Сонячний удар

Хвора на цукровий діабет, у зв'язку з підвищеним АТ приймала сечогінні препарати. Поступово ефективність діуретика знизилась, з'явилась нудота, блювання. Об'єктивно: пацієнтка не реагує на подразники, шкіра суха, запах ацетону відсутній. АТ – 180/100 мм рт. ст. Тони серця глухі, пульс – 98/хв, дихання везикулярне. Печінка – +4 см. У аналізі крові виявлено: глюкоза – 48 ммоль/л, Na – 156 ммоль/л, К – 5,2 ммоль/л, сечовина – 15 ммоль/л. Яке ускладнення розвинулось у пацієнтки?

Гіперосмолярна кома

Дисциркуляторна кома

Кетоацидотична кома

Лактаcidотична кома

Гіпоглікемічна кома

Жінка 31 року доставлена до лікарні в непритомному стані. Зі слів супроводжувачів в анамнезі у хворої зазначена двобічна адреналектомія з приводу хвороби Іценко-Кушинга. Об'єктивно встановлено: ціаноз слизових, гіперпигментація, клонічні судоми, загальмованість, АТ – 80/60 мм рт. ст., температура тіла – 34,5 °С, тони серця глухі. Під час пальпації живота спостерігається напруження передньої черевної стінки. Які невідкладні засоби лікарняної допомоги слід використати насамперед?

Уведення гідрокортизону сукцинату

Уведення інсуліну

Уведення 40 %-го розчину глюкози

Внутрішньовенне введення електролітів

Призначення панангіну

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

Гостра ниркова недостатність

Гостра серцева недостатність

Постгіпоксична енцефалопатія

Гостра дихальна недостатність

Гостра затримка сечевиведення

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

Тромбоемболія легеневої артерії

Повторна кровотеча

Гостра недостатність коронарних артерій

Гострий інфаркт міокарда

Гіповолемічний шок

Хвора 73-х років надійшла в клініку в екстреному порядку із защемленою стегною кілою. Крім того у хворої наявна варикозна хвороба лівої нижньої кінцівки, ожиріння IV ст. Яке найбільш імовірне ускладнення може виникнути у післяопераційному періоді:

Тромбоемболія легеневої артерії

Сепсис

Гостра дихальна недостатність

Інфаркт міокарда

Гостра пневмонія

Пацієнт віком 65 років скаржитися на задишку, кашель з виділенням рожевої мокроты, що піниться, відчуття нестачі повітря, страх смерті. Об'єктивно спостерігається: ортопноє, шкіра бліда, акроціаноз, холодний липкий піт. Під час аускультатії вислуховується: дихання жорстке, в нижньо-задніх відділах з обох сторін – вологі дрібно- та середньопухирчаті хрипи. ЧД – 40/хв. Тони серця різко приглушені. На верхівці серця – ритм галопу. Який найімовірніший діагноз?

Набряк легенів

Інфаркт-пневмонія

Бронхіальна астма

Вогнищева пневмонія

Тромбоемболія легеневої артерії

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

Гіперкаліємічна зупинка серця

ДВЗ-синдром

Гемічна гіпоксія

Респіраторний дистрес-синдром

Анемія

Хворий 33-х років лікується в відділенні інтенсивної терапії з приводу синдрому тривалого стиснення, гострої ниркової недостатності. При лабораторному обстеженні: сечовина – 27,14 ммоль/л; креатинін – 710 мкмоль/л; К – 7,3 ммоль/л; Нb – 69 г/л; еритроцити – $2,4 \cdot 10^{12}$ /л гл. Яке ускладнення безпосередньо загрожує життю?

Гіперкаліємічна зупинка серця

ДВЗ-синдром

Гемічна гіпоксія

Респіраторний дистрес-синдром

Важка анемія

У чоловіка 73 років на тлі гострого трансмурального переднього інфаркту міокарда спостерігається зниження систолічного тиску (70 мм рт. ст), діурезу (100 мл/добу), підвищення креатиніну крові (480 мкмольл). У сечі спостерігається протеїнурія (0,066 г/добу). Чим зумовлене зниження діурезу?

Гостра преренальна ниркова недостатність

Гломерулонефрит, що швидко прогресує

Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

Гостра ренальна ниркова недостатність

Постренальна форма гострої ниркової недостатності

Пацієнту 30 років з позалікарняною пневмонією був призначений ампіцилін.

Після другої ін'єкції хворий покритися холодним потом, з'явилась задишка і через хвилину пацієнт знепритомнів. При цьому артеріальний тиск 60/40 мм рт. ст., пульс – 130 уд. за хвилину, слабкого наповнення, тони серця ослаблені. Яке ускладнення виникло у хворого:

Медикаментозний анафілактичний шок

Гостра дихальна недостатність

Непритомний стан

Інфекційно-токсичний шок

Тромбоемболія легеневої артерії

Пацієнту віком 43 роки діагностовано гострий респіраторний дистрес-синдром.

На який показник необхідно орієнтуватися під час оцінки ступеня тяжкості цього захворювання?

Респіраторний індекс

Дихальний об'єм

Сатурація гемоглобіну артеріальної крові

Парціальний тиск кисню в артеріальній крові

Центральний венозний тиск

Жінку віком 68 років шпиталізовано зі скаргами на головний біль у потиличній ділянці, виражену задишку в спокої, що посилюється у положенні лежачи та сухий кашель. Об'єктивно: положення ортопное, акроціаноз. Над легеньми вислуховується ослаблене везикулярне дихання, середньо- і дрібнопухирчасті вологі хрипи в нижніх відділах. Тони серця ослаблені, ритм галопу. Пульс – 102/хв, АТ – 210/110 мм рт. ст. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, чутлива під час пальпації. Набряки на гомілках. Які препарати необхідно застосувати для надання невідкладної допомоги пацієнтці?

Нітрогліцерин, фуросемід в/в

Цефтріаксон, лазолван в/в

Сульфат магнію в/в, фуросемід в/м

Лабеталол в/в, фуросемід в/м

Левовфлоксацин в/в, амброксол перорально

У відділення доставлено пацієнта у важкому стані: температура – 36,5 °С, загальмований, риси обличчя загострені, язик сухий, шкірна складка не розправляється. Тахіпное до 28/хв., пульс – 126/хв, АТ – 60/40 мм рт. ст., живіт

безболісний. При госпіталізації блювота фонтаном, водянисті випорожнення кишечника, що нагадували рисовий відвар. З епіданамнезу: тиждень тому повернувся з Судану (Африка). Оберіть стартову терапію для невідкладної допомоги:

Введення кристалоїдних розчинів

Введення колоїдних розчинів

Введення антибіотиків

Введення осмодіуретиків

Введення свіжозамороженої плазми

У хворого 43-х років наступного дня після введення антибіотика з приводу ангіни погіршилося самопочуття, підвищилася температура тіла до 39,4 °С, з'явилася висипка на шкірі. Об'єктивно: загальний стан хворого тяжкий, шкіра тулуба й кінцівок різко гіперемована, болюча при пальпації, множинні бульозні елементи та ерозії з відшаруванням епідермісу. Симптом Нікольського – різко позитивний. В яке відділення госпіталізувати хворого?

Реанімаційне

Алергологічне

Дерматологічне

Інфекційне

Терапевтичне

Хворий раптово втратив свідомість. Цукровий діабет упродовж 5-ти років. Отримує інсулін пролонгованої дії у дозі 24 ОД вранці та 18 ОД ввечері. Об'єктивно: шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тонус очних яблук нормальний. ЧСС – 96/хв., АТ – 120/80 мм рт. ст. Тони серця звичайної звучності. Дихання ритмічне. Язик вологий. Менінгеальні симптоми відсутні. Яка терапія необхідна в першу чергу?

Уведення 40 % розчину глюкози внутрішньовенно

Уведення 4 % розчину гідрокарбонату натрію внутрішньовенно

Уведення гідрокортизону внутрішньовенно

Уведення інсуліну короткої дії внутрішньовенно

Уведення інсуліну тривалої дії внутрішньовенно

Пацієнтка віком 34 роки після швидкої зміни положення тіла з горизонтального на вертикальне різко збілділа та впала. Об'єктивно: шкіра волога, кінцівки холодні, зіниці розширені, пульс пришвидшений та ниткоподібний, АТ – 50/25 мм рт. ст. Який патологічний стан розвинувся в пацієнтки?

Колапс

Гіперглікемічна кома

Фібриляція шлуночків

Синдром Морганьї-Адамса-Стокса

Анафілактичний шок

У пацієнтки віком 38 років із тяжким дифузним токсичним зобом на 2-й день після тотальної резекції щитоподібної залози підвищилася температура тіла до 41 °С, пульс – 180/хв, розвинулася миготлива аритмія (фібриляція передсердь), тремор кінцівок. Яке ускладнення виникло в пацієнтки?

Тиреотоксичний криз

Гіпертонічний криз

Міокардит

Гіпопаратиреоїдизм

Аддісоновий криз

У хворого 26-ти років півгодини тому після прийому амінопеніциліну з приводу гострого бронхіту з'явилися задишка змішаного характеру, сухий кашель, свербіння шкіри. Об'єктивно: набряк та почервоніння шкіри в ділянці орбіти, дихання свистяче, пульс – 114/хв., АТ – 90/60 мм рт. ст. Препаратом невідкладної допомоги буде:

Преднізолон

Активоване вугілля

Гепарин

Димедрол

Еуфілін

Хвора 65-ти років госпіталізована в реанімаційне відділення в коматозному стані. Хворіє на цукровий діабет II-го типу 10 років. Останні 2 тижні спостерігалися виражена поліурія та полідипсія. Глюкоза сироватки крові – 30 ммоль/л, рН артеріальної крові – 7,3. Осмолярність плазми крові – 350 мОсм/л. Хворій встановлено діагноз: діабетична гіперосмолярна кома. Який основний патогенетичний механізм коми?

Дегідратація

Гіпокоагуляція

Гіпонатріємія

Підвищення каналцевої реабсорбції

Підвищення клубочкової фільтрації

Чоловік, 75 років, зі скаргами на раптовий біль за грудиною, з іррадіацією у ліву руку та лопатку, появу сухого кашлю, наростання задишки, яка посилюється в положенні лежачи каретою ШМД доправлений до стаціонару з діагнозом: «ІХС: передньо-боковий інфаркт міокарда з зубцем Q». Об'єктивно: температура тіла – 37,2 °С, акроціаноз, ортопное. Над нижніми відділами легень з обох сторін – вологі хрипи, ЧДР – 30/хв. Тони серця ослаблені, ЧСС і пульс – 120/хв, АТ – 100/65 мм рт. ст. У крові: гемоглобін – 130 г/л, Л – $7,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 24 мм/год. На рентгенограмі легень – посилення судинного малюнка з обох сторін. Що є найбільш вірогідною причиною стану хворого у даного пацієнта?

Гостра лівошлуночкова недостатність

Бактеріальна пневмонія

Гострий бронхіт

Інфаркт-пневмонія

Синдром Дресслера

Хворому, 68 років, у зв'язку з фібриляцією передсердь та проявами гострої серцевої недостатності призначено фуросемід, дигоксин, інгібітори АПФ. На 5-й день від початку лікування з'явилися ниючий біль в животі, нудота, одноразове блювання. На ЕКГ: шлуночкова бігемінія, тривалість інтервалу PQ – 0,25 с, коритоподібне зміщення сегмента ST нижче ізолінії. Яке ускладнення найбільш вірогідно виникло у хворого?

Дигіталісна інтоксикація

Інтоксикація фуросемідом

Гіперкаліємія

Інфаркт міокарда (абдомінальний варіант)

Медикаментозний гастрит

У хворого, 47 років, раптово почалася задишка, що перейшла в ядуху, з'явилося клокотливе дихання, виділення піни з рота. Пульс 90 за 1 хв, ритмічний, АТ – 150/100 мм рт. ст., у легенях з обох сторін безліч вологих хрипів. В анамнезі ІХС, гіпертонічна хвороба, обструктивний бронхіт, виразкова хвороба шлунку. Який препарат ви застосуєте першим при наданні допомоги?

Нітрогліцерин

Аспірин

Морфін

Дигоксин

Піногасник

Жінка, 58 років, знаходилася в блоці інтенсивної терапії у зв'язку з гострим інфарктом міокарда. АТ був 150/100 мм рт. ст., ЧСС – 90/хв. Через 3 дні поскаржилася на напад задухи. Об'єктивно: АТ – 100/65 мм рт. ст., ЧСС – 120/хв, ЧДР – 34/хв. У нижніх відділах легенів з'явилися вологі хрипи, над верхівкою став вислуховуватися ритм галопу, систолічний шум. Який найбільш вірогідний діагноз?

Набряк легень

Тромбоемболія легеневої артерії

Розрив міокарда

Кардіогенний шок

Гострий міокардит

Жінка, 45 років, відчула раптовий інтенсивний біль за грудиною, серцебиття, задишку, кашель з виділенням пінистого мокротиння. 2 дні тому була прооперована з приводу кісти лівого яєчника. Об'єктивно: ціаноз обличчя, набухання шийних вен, аускультативно: акцент II тону над легеневою артерією та шум галопу, АТ 120/75 мм рт. ст., ЧСС 100/хв., ЧДР 29/хв. Після проведення додаткових методів дослідження був встановлений діагноз ТЕЛА. Який з наведених препаратів не буде використовуватися для лікування пацієнтки?

Норадреналін

Теофілін

Фраксипарин

Альтеплаза

Морфін

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

Гострий інфаркт передньої стінки лівого шлуночка

Тромбоемболія легеневої артерії

Варіантна стенокардія

Ексудативний перикардит

Розшарування аорти

Чоловік 58 років, що перебував одну добу в палаті інтенсивної терапії з приводу інфаркту міокарда, раптово втратив свідомість. Об'єктивно: шкіра

бліда, Ps на а.сarotis відсутній, на ЕКГ – фібриляція шлуночків. Які заходи найбільш доцільно провести?

Електроімпульсну терапію

Введення внутрішньовенно лідокаїну

Введення внутрішньосерцево адреналіну

Вагусні проби

Черезстравохідну кардіостимуляцію

Жінка 64 років, з нестабільною стенокардією, під час ходьби раптово впала.

Об'єктивно: констатована відсутність свідомості, пульсації на а. carotis та тонів серця; вузькі зіниці та нечасте, поверхнєве дихання. З чого у даному випадку необхідно починати реанімаційні заходи?

З удару кулаком по груднині

З в/в введення адреналіну

З в/в введення атропіну

З інтубації та проведення ШВЛ

З проведення черезстравохідної кардіостимуляції

Хворий 37 років доставлений у реанімаційне відділення. Загальний стан дуже тяжкий. Сопор. Шкіра сірого кольору, волога. Тургор знижений. Ps частий, напружений. АТ – 160/110 мм рт. ст. Тонус м'язів підвищений. Гіперрефлексія. В повітрі запах аміаку. Який попередній діагноз?

Уремична кома

Мозкова кома

Алкогольна кома

Гіпоглікемічна кома

Гіперглікемічна кома

Дівчина 22 років доставлена в лікарню в непритомному стані. Протягом останнього місяця схудла, хоча апетит збережений. З'явився біль в животі, блювання. Наросла слабкість, стала загальмованою. При огляді: непритомна, різко виснажена, шкіра блідо-сіра, суха, щоки гіперемійовані. Дихання глибоке, шумне. Запах ацетона з рота. Тони серця глухі, ритмічні. Ps 90/хв., АТ – 90/50 мм рт. ст. Живіт запалий. Печінка 3,0 см. Яке захворювання можна запідозрити в першу чергу?

Діабетична кома

Наднирникова недостатність

Ацетонемічний стан

Печінкова кома

Кишечна інфекція з нейротоксикозом

Хворий 19 років надійшов до лікарні в непритомному стані з ознаками дегідратації. Шкіра і слизові оболонки сухі, запах ацетону з рота, м'язова гіпотонія, зниження сухожильних рефлексів, часте, глибоке дихання, печінка +4см. Яку кому характеризує ця клініка?

Кетоацидотичну

Гіпоглікемічну

Лактатацидемічну

Гіперосмолярну

Мозкову

У клініку надійшов хворий із травматичним відривом обох нижніх кінцівок на

рівні колінних суглобів. Хворий різко загальмований, млявий, різко блідий, Ps – 140/хв., ниткоподібний, АД – 50/0 мм рт. ст. На обох нижніх кінцівках накладені джгути. Кровотечі під час госпіталізації немає. За словами лікаря швидкої допомоги, втратив на місті події близько 3 літрів крові. Яка патологія спостерігається у хворого?

Декомпенсований геморагічний шок

Незворотній геморагічний шок

Компенсований геморагічний шок

Травматичний шок

Синдром малого викиду

В санпропускник швидкою допомогою доставлено чоловіка в важкому стані. Хворіє 2 дні. При огляді: t 36,1 °С, риси обличчя загострені, шкіра суха, збирається в складку, афонія, судомні посмикування окремих груп м'язів. Акроціаноз. Ps – 102/хв., АД – 50/20 мм рт. ст. Тони серця глухі. Живіт м'який, втягнутий, безболісний. Анурія. На прийомі – рідкі випорожнення у вигляді рисового відвару. Як можна охарактеризувати стан хворого?

Інфекційно-токсичний шок

Септичний

Анафілактичний

Гостра наднирникова недостатність

ТЕЛА

У хворого 56 років, під час фізичного навантаження з'явився інтенсивний біль за грудниною, задишка. Таблетки нітрогліцерину не допомогли. Об'єктивно: стан важкий. Акроціаноз. Пульс 100 за 1 хв. АД 160/100 мм рт. ст. Тони серця послаблені. На ЕКГ – ритм синусовий, в V1–V4 зареєстрований глибокий «коронарний» зубець Т. Що з хворим?

Інфаркт міокарда без зубця Q передньо-септально-верхівкової ділянки

Інфаркт міокарда верхівки (ізолюваний)

Q –інфаркт міокарда передньої стінки

Інфаркт міокарда без зубця Q бокової стінки лівого шлуночка

Інфаркт міокарда без зубця Q задньої стінки лівого шлуночка

Хвора 65 років скаржиться на напад ядухи, біль в серці, серцебиття після фізичного навантаження. Три місяці тому перенесла великовогнищевий інфаркт міокарда. Шкіра покрита холодним потом, акроціаноз, вени шиї набухли, пульс 110/хв., АД – 100/60 мм рт. ст. Тони серця глухі. Дихання важке, відчутне на відстані. Під час кашлю виділяється піноподібне харкотиння, забарвлене в рожевий колір. Що обумовлює розвиток цього стану?

Гостра лівошлуночкова недостатність

Гостра судинна недостатність

Гостре легеневе серце

Затримка в організмі води та натрію

Підвищення виділення катехоламінів

Хворий 64 років 2 роки тому переніс інфаркт міокарда. Госпіталізований в клініку зі скаргами на задишку в спокої, болі в ділянці серця стискаючого характеру, інтенсивні болі в правій половині грудної клітки. Об'єктивно: загальний стан важкий, ядуха, загальний ціаноз. Шкіра покрита холодним липким потом. Ps – 92/хв., ритмічний, малий. АД – 80/ 40 мм рт.ст. Діяльність

серця ритмічна, звучність тонів знижена. В легенях: різко послаблене везикулярне дихання в нижніх відділах. На зареєстрованій ЕКГ: відхилення електричної осі серця праворуч. Який вірогідний діагноз?

Тромбоемболія легеневої артерії

Пневмонія

Повторний інфаркт міокарда

Перикардит

Розшаровуюча аневризма лівого шлуночка

У хворого 64 років 2 години тому з'явилися стискуючий біль за грудниною з іррадіацією в ліве плече, виражена слабкість. Об'єктивно: шкіра бліда, холодний піт. Рс – 108/хв. АТ – 70/50 мм рт. ст. Тони серця глухі. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний. Варикозне розширення вен на лівій гомілці. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС 100/хв, різкий підйом сегмента ST та зубця Т над ізолінією у відведеннях II, III, aVF. Яка патологія виникла у хворого?

Кардіогенний шок

Тромбоемболія легеневої артерії

Розшаровуюча аневризма аорти

Тампонада серця

Серцева астма

Пацієнтка віком 65 років з цукровим діабетом лікувалась метформіном. У зв'язку з підвищеним АТ приймала сечогінні препарати. Поступово ефективність діуретика знизилась, з'явилась нудота, блювання. Об'єктивно спостерігається: пацієнтка не реагує на подразники, шкіра суха, запах ацетону відсутній. АТ – 180/100 мм рт. ст. Тони серця глухі, пульс – 98/хв, дихання везикулярне. Печінка +4 см. У аналізі крові виявлено: глюкоза – 48 ммоль/л, Na – 156 ммоль/л, К – 5,2 ммоль/л, сечовина – 15 ммоль/л. Яке ускладнення розвинулось у пацієнтки?

Гіперосмолярна кома

Дисциркуляторна кома

Кетоацидотична кома

Лактаcidотична кома

Гіпоглікемічна кома

Пацієнт віком 47 років отримав опік полум'ям верхніх кінцівок та тулуба. Під час шпиталізації спостерігається: стан важкий, свідомість затьмарена, лихоманка, АТ – 80/50 мм рт. ст., пульс – 118/хв. Місцево констатовано опіки III Б ступеня площею 20 %. Які лікувальні заходи необхідно провести насамперед?

Увести наркотичні анальгетики, почати інфузійну терапію

Призначити дезінтоксикаційну терапію

Провести некротомию опікової поверхні, гемотрансфузію

Провести первинну хірургічну обробку опікової рани

Призначити антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію

Пацієнт віком 35 років четверту добу знаходиться у відділенні інтенсивної терапії після перенесеної кровотечі та геморагічного шоку. Добовий діурез – 50 мл. Другу добу відзначає блювання. ЦВТ – 159 мм вод. ст., під час аускультатії в легенях останні 3 години відзначаються поодинокі вологі хрипи, ЧД – 32/хв. За результатами лабораторного аналізу крові виявлено: залишковий азот – 82

ммоль/л, К – 7,1 ммоль/л, Сl – 78 ммоль/л, Na – 130 ммоль/л, Ht – 0,32, Hb – 100 г/л, креатинін крові – 0,9 ммоль/л. Яке ускладнення найімовірніше розвинулося у пацієнта?

Гостра ниркова недостатність

Гостра серцева недостатність

Гостра надниркова недостатність

Дегідратація у зв'язку з гіповолемією

Пневмонія

Для проведення інтенсивної інфузійної терапії пацієнту з гострою дихальною недостатністю виконано катетеризацію підключичної вени за Сельдінгером. Після введення 600 мл інфузійного розчину стан пацієнта різко погіршився, збільшилося тахіпное з 26 до 40/хв., ДО зменшився з 400 мл до 250 мл. Під час аускультатії дихання справа різко ослаблене. Перкуторно спостерігається тупість звуку. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

Гідроторакс

Набряк легенів

Тромбоемболія легеневої артерії

Гостра серцева недостатність

Набряк мозку

У пацієнтки 23-х років, хворої на цукровий діабет I типу, на другому тижні позалікарняної пневмонії виникли нудота, блювання. Ввечері втратила свідомість. Госпіталізована. Об'єктивно: шкіра суха та бліда. Дихання шумне, язик сухий, з нашаруванням коричневого кольору. ЧСС – 129/хв., АТ – 85/50 мм рт.ст. На пальпацію живота не реагує. Печінка +3 см. Реакція на ацетон різко позитивна, глюкоза крові - 26 ммоль/л. Попередній діагноз:

Кетоацидотична кома

Печінкова кома

Лактацидемічна кома

Гіперосмолярна кома

Інфекційно-токсичний шок

Чоловік 56-ти років, звернувся до лікаря з носовою кровотечею, що розпочалася з лівої ніздрі 30 хвилин тому. Будь-які травми носа пацієнт заперечує. В анамнезі: частих носових кровотеч немає, подібний епізод вперше. Хворіє на фібриляцію передсердь (приймає варфарин) та артеріальну гіпертензію (лікується гідрохлортіазидом, атенололом). Температура тіла – 37,2 °С, пульс – 86/хв., АТ – 120/70 мм рт. ст. Перед тим, як визначити необхідність тампонади носа, який першочерговий крок лікаря буде найбільш доречним?

Оксиметазоліну інтраназально, попросити хворого затиснути крило носа та нахилитися вперед

Увести вітамін К внутрішньом'язово

Прикласти холодний компрес на перенісся

Призначити каптоприл перорально

Призначити антибактеріальну терапію

Пацієнт віком 65 років з артеріальною гіпертензією в анамнезі скаржиться на запаморочення, серцебиття, що виникли протягом 1 години. Об'єктивно спостерігається: АТ – 80/40 мм рт. ст., ЧСС – 150/хв, пульс – 106/хв. На ЕКГ

виявлено: зубець Р відсутній, інтервали R-R різні, частота шлуночкових скорочень 136–148/хв. Яку допомогу необхідно надати пацієнту першочергово?

Невідкладна електрична кардіоверсія

Призначення внутрішньовенно аміодарону

Призначення внутрішньовенно beta-блокаторів

Імплантація кардіостимулятора

Призначення внутрішньовенно блокаторів кальцієвих каналів

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

Синкопальний стан

Транзиторна ішемічна атака

Симпато-адреналовий криз

Панічна атака

Ваго-інсулярний криз

Хворий 36-ти років скаржиться на виражену задишку, біль у ділянці серця. Своє захворювання пов'язує з перенесеним 2 тижні тому грипом. Об'єктивно: сидить, нахилившись уперед. Обличчя набрякле, ціанотичне, також спостерігається набряк шийних вен. Межі серця розширені у обидві сторони, тони глухі, частота серцевих скорочень = пульсу – 118/хв., артеріальний тиск – 90/60 мм рт. ст. У крові: швидкість осідання еритроцитів – 46 мм/год. На ЕКГ – низький вольтаж. На рентгенограмі – трапецієподібна тінь серця, ознаки застою у легенях. Яка лікувальна тактика?

Проведення пункції перикарда

Призначення сечогінних

Проведення перикардектомії

Призначення антибіотиків

Призначення глюкокортикостероїдів

До лікарні машиною швидкої допомоги доставлено хворого у непритомному стані. Об'єктивно: температура тіла – 39 °С, судоми, шкіра червона, суха. Відомо, що потерпілий працює кочегаром в котельній. Який імовірний діагноз?

Тепловий удар

Гіпертонічний криз

Отруєння СО

ГРВІ

Гостре харчове отруєння

Хворий 39-ти років страждає на хронічну ревматичну хворобу серця. Скаржиться на задишку під час фізичного навантаження, кашель з харкотинням, серцебиття. Аускультативно: І тон підсилений, діастолічний шум, тон відкриття мітрального клапану вислуховується на верхівці серця. Відзначається акцент ІІ тону над легеневою артерією. Ціаноз. На рентгенограмі – розширення кореня легень, збільшення правого шлуночка та лівого передсердя. Який найбільш імовірний діагноз?

Мітральний стеноз

Відкрита артеріальна протока

Стеноз легеневої артерії

Стеноз гирла аорти

Коарктація аорти

Чоловік 25 років скаржиться на швидку втому, серцебиття, напади задишки переважно вночі. Хворіє з дитинства. Шкіра бліда. Індекс маси тіла – 17,5. Тони серця ритмічні, 98/хв, у II міжреберному проміжку ліворуч від грудини вислуховується високочастотний «машинний» шум, який починається після I тону, досягає максимуму під час II тону і стихає в діастолі. Який найбільш імовірний діагноз?

Відкрита аортальна протока

Первинний дефект міжпередсердної перетинки

Коарктація аорти

Аномалія Ебштейна

Вторинний дефект міжпередсердної перетинки

Хворий 60-ти років скаржиться на інтенсивні болі стискаючого характеру, локалізовані за грудниною з іррадіацією у ліву лопатку та нижню щелепу. Біль тривалий, не знімається нітрогліцеринном. Об'єктивно: холодний піт. Хворий збуджений. Аускультативно: тахікардія, приглушеність тонів. Артеріальний тиск – 100/70 мм рт. ст. ЕКГ-комплекси QS та підйом S-T вище ізолінії в I, aVL, V1, V2, V3, V4. Який діагноз є найбільш імовірним?

Інфаркт міокарда

Міжреберна невралгія

Стенокардія Принцметала

Лівосторонній плеврит

Тромбоемболія легеневої артерії

Жінка 62-х років доставлена у приймальне відділення зі скаргами на сильний пекучий біль за грудниною, задуху. В анамнезі: 10 років гіпертонічна хвороба. Об'єктивно: стан середньої важкості, шкіра бліда, ціаноз губ, над легеньми везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритмічні. Акцент II тону над аортою. Артеріальний тиск – 210/120 мм рт. ст. Частота серцевих скорочень = пульс – 76/хв. На ЕКГ: підвищення сегменту ST в I, aVL, V5–V6 відведеннях. Найбільш імовірний діагноз:

Гіпертонічний криз, ускладнений гострим інфарктом міокарда

ТЕЛА

Гіпертонічний криз, ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю

Неускладнений гіпертонічний криз

Гіпертонічний криз, ускладнений нестабільною стенокардією

Жінка 46-ти років доставлена до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на постійний, інтенсивний абдомінальний біль протягом 8 годин, нудоту та блювання. В анамнезі гіпертригліцеридемія, яку пацієнтка не лікувала. При фізикальному обстеженні температура тіла – 38 °С, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст., пульс – 122/хв. Іктеричність кон'юнктив, при пальпації черевної стінки позитивний симптом флюктуації, позитивні симптоми Хвостека та Труссо. При лабораторному дослідженні в сироватці крові натрій – 142 ммоль/л, калій – 3,1 ммоль/л, бікарбонат – 32 ммоль/л, креатинін – 106

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

Натрію хлориду 0,9 %, кальцію глюконат та фентаніл внутрішньовенно
Апротиніну 10 000 АТрОд (антитрипсинових одиниць) внутрішньовенно
Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ)

Негайна літотрипсія

Визначення концентрації алкоголю в крові

Чоловік 45 років госпіталізований зі скаргами на біль, що виник раптово у лівій половині грудної клітки та епігастральній ділянці, утруднене дихання, задишку, нудоту, одноразову блювоту. Захворів гостро, після підняття великої ваги. Об'єктивно встановлено: дихання поверхневе, ЧДР – 38/хв, ліва половина грудної клітки відстає під час дихання. Під час перкусії прослуховується тимпанічний звук, дихання не прослуховується. Пульс – 110/хв, слабкого наповнення. АТ – 100/60 мм рт. ст. Яка патологія розвинулась у хворого?

Клапанний пневмоторакс

Відрив хорди мітрального клапана

Закритий пневмоторакс

Госта тампонада серця

Відкритий пневмоторакс

У чоловіка 32 років спостарігається закрита черепно-мозкова травма, закрита травма грудної клітки, закритий перелом правого стегна. АТ – 100/60 мм рт. ст., Рс – 124/хв. ЧД – 28/хв. За 2 години після проведення скелетного витягування під місцевою анестезією лідокаїном відбулося різке погіршення стану: з'явився ціаноз обличчя і шиї, АТ – 60/40 мм рт. ст., ЧСС – 160/хв., ЧД – 44/хв. Яке ускладнення, найімовірніше, трапилось?

Жирова емболія легеневої артерії

Гостра постгеморагічна анемія

Тромбоемболія легеневої артерії

Больовий шок

Інфаркт міокарду, кардіогенний шок

У чоловіка 30 років, що отримав опіки II ступеня загальною площею 40 % тіла, на четвертий день різко погіршився загальний стан, розвинулися інспіраторна задишка, частий кашель із пінистим харкотинням та ціаноз шкірних покривів. Під час аускультатії в легенях прослуховується велика кількість вологих хрипів. АТ – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100/хв., ЧД – 32/хв., ЦВТ – 100 мм водн. ст. Загальний білок – 50 г/л, Нt – 30 %, Нb – 90 г/л. ЕКГ показує синусову тахікардію. Який механізм у патогенезі набряку легень є головним в цьому разі?

Зниження осмотичного тиску плазми

Гіперволемія малого кола кровообігу

Зниження скоротливості міокарда

Гіповентиляція легень

Порушення сурфактанту

Жінку віком 24 років шпиталізовано зі скаргами на блювання за типом «кавової гущі», запаморочення, загальну слабкість. Під час об'єктивного обстеження встановлено: пацієнтка у свідомості, шкіра бліда, суха, над легеньми аускультативно - жорстке дихання. ЧД – 20/хв, АТ – 100/80 мм рт. ст, пульс –

100/хв. Живіт м'який, безболісний. Перитонеальні симптоми негативні. Стілець рідкий, чорний. Діурез збережений. У клінічному аналізі крові виявлено: Нв – 95 г/л, еритроцити – 3,1 г/л, лейкоцити – 9,8 г/л. Який показник шокового індекса Альговера у цієї пацієнтки?

1

2

1,25

0,85

1,5

Пацієнтка 74 років скаржиться на біль та здуття живота, нудоту. Страждає на ішемічну хворобу серця, постінфарктний та дифузний кардіосклероз. Об'єктивно спостерігається: стан важкий, живіт здутий, черевна стінка слабо бере участь в акті дихання. Під час лапароскопії виявлено: у черевній порожнині невелика кількість каламутного випоту, одна з петель тонкої кишки темно-синюшнього кольору. Поставте діагноз.

Тромбоз мезентеріальних судин

Заворот кишечника

Бешихове запалення

Ішемічний абдомінальний синдром

Гостра кишкова непрохідність

Хворий госпіталізований у відділення без свідомості. Хворіє на цукровий діабет упродовж 5 років. Отримує інсулін пролонгованої дії у дозі 24 ОД вранці та 18 ОД ввечері. Раптово втратив свідомість. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тонус очних яблук нормальний. Пульс – 96/хв, АТ – 120/80 мм рт. ст. Тони серця звичайної звучності. Дихання ритмічне. Язик вологий. Менінгеальні симптоми відсутні. Яка терапія необхідна в першу чергу?

Введення 40 % розчину глюкози внутрішньовенно

Введення інсуліну короткої дії внутрішньовенно

Введення гідрокортизону внутрішньовенно

Введення адреналіну підшкірно

Введення 4 % розчину натрію гідрокарбонату внутрішньовенно

У дівчини 17-ти років після нервового стресу розвинулася задишка, відчуття «стороннього тіла» у горлі, колючий та ниючий біль в ділянці верхівки серця. Об'єктивно: плями червоного кольору на обличчі та шиї, дихання везикулярне, частота дихання – 26/хв. Межі серця у нормі, тони чисті, ритмічні, частота серцевих скорочень – 120/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Лікар «швидкої» вважає, що це соматоформний розлад. Який препарат буде найбільш корисним в даній ситуації?

Корвалол

Дротаверин

Парацетамол

Нітрогліцерин

Аспірин

Чоловік 27-ми років, спортсмен, під час тренування раптово втратив свідомість. Пульс і АТ не визначаються. Дихання відсутнє. Тони серця не вислуховуються. Зіниці широкі. На ЕКГ: поліморфна шлуночкова тахікардія. Розпочато

компресію грудної клітки. Який наступний крок буде найбільш доречним?

Електрична дефібриляція

Черезстравохідна кардіостимуляція

В/в введення лідокаїну

В/в введення дигоксину

Вагусні проби

Хвора 42-х років після відпочинку, встала з ліжка і відчула загальну слабкість, запаморочення, потемніння в очах, втратила свідомість. Об'єктивно: хвора непритомна, шкіра бліда, холодна, зіничні та сухожильні рефлексі збережені. АТ – 75/50 мм рт. ст., пульс – 100/хв. Який діагноз найбільш імовірний?

Ортостатичний колапс

Епілептичний синдром

Істеричний напад

Ішемічний інсульт

Гіпоглікемічна кома

У пацієнта віком 20 років, на 8-й день захворювання на вітряну віспу спостерігається погіршення загального стану: підвищення температури тіла до 38,7 °С, втрата свідомості, судоми. Об'єктивно виявлено: свідомість за шкалою ком Глазго – 13 балів. На шкірі обличчя, тулуба, кінцівок – поодинокі елементи згасаючого висипу, вкритого кірочками. Який лікарський засіб необхідно призначити для етіотропної терапії?

Ацикловір

Цефтріаксон

Озельтамівір

Колхіцин

Ванкоміцин

Пацієнтка віком 22 роки збуджена, поведінка неадекватна, свідомість сплутана.

В анамнезі – цукровий діабет 1-го типу впродовж 4 років, перебіг лабільний.

Отримує інсулінотерапію 54 ОД/добу. Об'єктивно спостерігається: шкіра волога, холодна на дотик, гіперрефлексія, зіниці розширені. Дихання везикулярне. АТ – 140/90 мм рт. ст., пульс – 88/хв. У аналізі крові виявлено: глікемія – 2,3 ммоль/л, аглюкозурія. Який найімовірніший діагноз?

Гіпоглікемічна кома

Гіперосмолярна кома

Гостре порушення мозкового кровообігу

Кетоацидотична кома

Лактаcidотична кома

Жінка віком 40 років з 15 років хворіє на епілепсію з генералізованими епілептичними нападами, які виникають 2–3 рази на місяць у нічний час та супроводжуються мимовільним сечовиділенням та дефекацією. Після психотравми (смерть батька) напади почастишали, виникають з періодичністю 2–3 хвилини, між нападами до свідомості не повертається, реакція зіниць на світло відсутня. Виберіть найімовірніший діагноз.

Епілептичний статус

Істеричний напад

Збільшення кількості великих епінападів

Абсанс

Епілептичний психоз

Хворий 42-х років скаржиться на серцебиття, постійну слабкість, біль в ділянці серця, що іррадіюють у ліве плече та підсилюються при диханні, підвищення температури тіла до 38,5 °С. Об'єктивно: АТ – 105/50 мм рт. ст., Рс – 120/хв. У зоні абсолютної тупості серця вислуховується двофазний шум. В легенях дихання послаблене в нижніх відділах. На ЕКГ – конкордантний підйом сегменту ST у V₂–V₆. Який найбільш імовірний діагноз?

Гострий перикардит

Синдром Дреслера

Позагоспітальна пневмонія

Інфаркт міокарда

Інфаркт легень