

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
проф. О. Власенко

« 05 » 20 19 р.

СУЧАСНА ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА
(назва навчальної дисципліни)

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
навчальної дисципліни
з підготовки доктора філософії
на третьому (освітньо-науковому) рівні вищої освіти

галузі знань 22 Охорона здоров'я
(шифр і назва галузі знань)
спеціальності 222 Медицина
(код і найменування спеціальності)

20 19 рік
Вінниця

РОЗРОБЛЕНО ТА ВНЕСЕНО: Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

(повне найменування вищого навчального закладу)

РОЗРОБНИКИ:

д.мед.н, проф. Ю.М. Мостовой,
д.мед.н., проф. Распутіна Л.В.

Обговорено на засіданні кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та рекомендовано до затвердження на центральній методичній раді / науковій комісії

" 10 " квітня 20 19 року, протокол № 18

Затверджено на центральній методичній раді / науковій комісії

" 30 " 05 20 19 року, протокол № 10

Змістовий модуль

Тема 1. Гострі інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів. Діагностика та базисна терапія

Питання етіології захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів з вивченням основних методів виявлення вірусів та патогенів у харкотинні людини. Клініко-лабораторні та рентгенологічні методи вивчення змін при інфекціях верхніх та нижніх дихальних шляхів. Питання діагностики при атиповому перебігу. Покази до госпіталізації в стаціонар та до лікування в амбулаторних умовах, питання вибору антибактеріальних препаратів у різних клінічних ситуаціях. Буде приділена увага термінам терапії, оцінці ефективності та тривалості лікування хворих з цими захворюваннями. Буде зроблено акцент на особливості перебігу постгрипозної пневмонії, диференційна діагностика з туберкульозом, еозинофільним інфільтратом, дебютом ТЕЛА.

Знати:

1. Структуру бронхіального дерева і легень.
2. Функцію зовнішнього дихання, кровообіг і біомеханіку дихання.
3. Етіологічні збудники негоспітальної та госпітальної пневмонії, абсцесу легень;
4. Сучасну класифікацію пневмонії та абсцесу легень;
5. Клінічні прояви та особливості протікання госпітальної та негоспітальної пневмонії, абсцесу легень;
5. Диференційну діагностику госпітальної та негоспітальної пневмонії, а також іншими станами, які супроводжуються синдромом ущільнення легеневої тканини;
6. Основні методи дослідження, які підтверджують діагноз пневмонії, абсцеса легень: R0-графія ОГК, КТ, спіральна КТ, макро- та мікроскопічне дослідження харкотиння, посів харкотиння та інш. ;
7. Тактику ведення хворих на негоспітальну пневмонію в залежності від категорії. Основні групи антибіотиків, які застосовуються при різних ступенях важкості, Принципи диференційного лікування. Показання до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії.
8. Лікування госпітальної пневмонії в залежності від можливого збудника або його асоціації. Антибіотикотерапія госпітальної пневмонії. Покази до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії;
9. Лікування гострого та хронічного абсцесу легень. Покази до оперативного лікування;
10. Первинна та вторинна профілактика пневмонії та абсцесу легень.
11. Визначення поняття “інфільтрат”.
12. Механізми виникнення інфільтратів легеневої тканини.
13. Особливості клінічної симптоматики та характер перебігу, ускладнення, які супроводжуються інфільтрацією легеневої тканини.
14. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторні, інструментальні, променеві) при легневих інфільтратах, показання та протипоказання до їх проведення.
15. Варіанти перебігу пневмоній, туберкульозу легень і пухлин.
16. Диференційна діагностика легневих інфільтратів.

Вміти:

1. Аналізувати скарги, дані анамнезу. Вибрати з цих даних відомості, що свідчать про наявність синдрому ущільнення легеневої тканини;;
2. Пояснювати схему діагностичного пошуку;
3. Вміти виявляти синдром ущільнення легеневої тканини при об’єктивному дослідженні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
4. Трахувати та аналізувати значення даних рентгенологічного дослідження та даних комп’ютерної томографії, лабораторних методів дослідження мокроти;

5. Класифікувати негоспітальну пневмонію та абсцес легень;
6. Вміти сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
8. Провести диференціальну діагностику з захворюваннями, які мають подібну клінічну картину;
9. Скласти план лікування в залежності від ступеня важкості пневмонії, від можливого збудника захворювання;
10. Оцінити прогноз пацієнта та запропонувати план профілактичних заходів.
11. Визначити індивідуальну модель патогенезу пневмонії у обстеженого хворого;
12. Виставити попередній діагноз при скаргах хворого на кашель, задуху, підвищення температури;
13. Скласти план обстеження хворого;
14. Проводити клініко-лабораторну діагностику у хворих пневмонією, ускладнень;
15. Аналізувати результати досліджень крові, харкотиння, рентгенологічного обстеження;
16. Сформувати обґрунтований діагноз пневмонії в залежності від варіанту перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань, віку хворого;
17. Надати невідкладну допомогу при ускладненнях пневмонії на догоспітальному і госпітальному етапах;
18. Визначити тактику дільничного лікаря поліклініки на різних етапах спостереження за хворим з пневмонією

Література:

Основна:

1. Довідник сімейного лікаря. Під ред. Марк Д. Грабер, Метью Л. Лантерньєр. — Київ, 2013. — 730 с.
2. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практическое руководство (В 3-х томах). — Мн.: Высшая школа, 2012. — Т.1 — 522 с.
3. Поліклінічна справа і сімейний лікар. /За ред. Є.Я. Складаров, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко та ін. — К.:Здоров'я. 2013.- 636 с.
4. Сімейна медицина /За ред. проф. В. Б. Гоцинського, проф. Є. М. Стародуба. — Тернопіль: ТДМУ, 2011.- 810 с.
5. Клініко-статистична класифікація хвороб, розроблена на базі МКХ-10 (проект)
6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" — Наказ № 128 МОЗ України від Джерела інформації.
7. Протокол надання медичної допомоги хворим на грип, викликаний вірусом А Р1/Н1 (Наказ МОЗ №813 від 07.11.2012 р.)
8. Христин Т.М., Довганюк Н.І. Варіанти перебігу, вікові особливості гострих пневмоній та їх фармакотерапія (Навчальний посібник). — Чернівці, 2012. — 95 с.

Додаткова:

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Клинические лекции по внутренним болезням: В 2-х т. - К., 2013. - Т. 1. - С. 378-417.
2. Є.М. Нейко, В.І. Боцюрко. Внутрішні хвороби. - Коломия, 2013. С. 148-158.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. - 4-е вид., доп. і перероб. - Вінниця, 2012. - с. 6-13.
4. В.М. Хворостинка, Т.А. Мойсеєнко Факультетська терапія -2013 - С. 51-91.
5. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. — М.: Медицина, 2013. — 592 с.
6. Неотложные состояния в пульмонологии (под ред. Сана А.С.), перевод с англ. — М., 2013.

Тема 2. Обструктивні захворювання органів дихання. Діагностика. Принципи лікування

Проблема епідеміології обструктивних захворювань органів дихання в Україні, основні причини низької діагностики цих захворювань. Питання клінічного перебігу бронхіальної

астми та ХОЗЛ згідно стадій захворювання. Важливість базисної терапії ХОЗЛ, бронхіальної астми із застосуванням інгаляційних глюкокортикостероїдів, пролонгованих бронхолітиків та їх комбінацій. Питання невідкладних станів та допомоги при загостреннях ХОЗЛ та бронхіальної астми. Будуть продемонстровані доставкові пристрої, висвітлена роль небулайзерної терапії у лікуванні бронхообструктивних захворювань. Обговорені питання особливостей перебігу обструктивних захворювань органів дихання на тлі супутніх захворювань внутрішніх органів. Будуть обговорені питання раціональної антибактеріальної терапії при інфекційному загостренні ХОЗЛ. Питання легкого, середнього та важкого загострення при ХОЗЛ та бронхіальній астмі, особливості надання допомоги як на амбулаторному етапі, так і на стаціонарному. Буде обговорено роль інгаляційних бета2-агоністів, системних та інгаляційних глюкокортикостероїдів в лікуванні загострення обструктивних захворювань.

Знати:

1. Структуру бронхіального дерева і легень.
2. Функцію зовнішнього дихання, кровообіг і біомеханіку дихання.
3. Етіологію, патогенез БА;
4. Сучасну класифікацію, клінічні особливості БА;
5. Диференційну діагностику БА з ХОЗЛ, пневмонією, туберкульозом легень, пухлинами легень, які супроводжуються бронхообструктивним синдромом;
6. Основні інструментальні та лабораторні методи дослідження, які доводять наявність БА;
7. Тактику ведення хворих на БА в залежності від причин. Принципи диференційного лікування. Показання до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії.
8. Первинну та вторинну профілактику БА, прогноз.

Вміти:

1. Аналізувати скарги, дані анамнезу. Вибрати з цих даних відомості, що свідчать про наявність бронхообструктивного синдрому;
2. Пояснювати схему діагностичного пошуку;
3. Вміти виявляти бронхообструктивний синдром при об'єктивному дослідженні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
4. Трахувати та аналізувати значення змін даних інструментальних та лабораторних методів дослідження в залежності від етіологічного чинника та стадії захворювання на БА;
5. Класифікувати БА, розпізнавати стадію розвитку хвороби, періоди загострення та ремісії;
6. Вміти сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
8. Провести диференціальну діагностику з захворюваннями, які мають подібну клінічну картину;
9. Скласти план лікування в залежності від стадії захворювання; оцінити прогноз пацієнта та запропонувати план профілактичних заходів;
10. Застосовувати деонтологічні навички спілкування з хворим;
11. Скласти план діагностичного пошуку;
12. Трахувати дані інструментальних та лабораторних досліджень (підфлоуметрія, спірографія, рентгенографія, бронхографія. КТ. Бронхоскопія, ЕКГ, ЕГДС)

Література:

Основна:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги бронхіальна астма : Наказ МОЗ України №868 від 2013 р.
2. Внутренние болезни Ред. Т.Харрисон в 10 томах. Пер. с англ. М.: Мир.-2013.
3. Окорочков Н.И. Лечение болезней внутренних органов Т.1-4.- Минск: Высшая школа.-2012.
4. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М., 2013. – 512с.
5. Клінічна пульмонологія / І.І.Сахірчук, Р.І.Тарченко,. – К.: Книга плюс, 2013. – 368с.
6. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких /Ред. А.Н.Кокосов. – К.: Книга плюс, 2012. – 288с.

7. Регеда М.С. Бронхіальна астма / М.С. Регеда. - Львів: Сполом, 2011. -104 с.

Додаткова

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів /за ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. – 4-е вид., доп. і перероб. - Вінниця, 2009. – 351с.
2. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007.- Київ, 2010. – 20с.
4. Інструментальні методи дослідження функції зовнішнього дихання при захворюваннях бронхо-легеневої системи: (Методичні рекомендації)/ Ю.М. Мостовий, Т.В. Константинович-Чічірельо, О.М. Колошко, Л.В. Распутіна .- Київ, 2012. – 35с.
5. Рис Дж. Диагностические тесты в пульмонологии: Пер. С англ.. – М.: Медицина, 1994.

Тема 3. Тромбоемболія легеневої артерії, як загально медична проблема

Сучасний стан проблеми ТЕЛА, особливості діагностики, основні симптоми та синдроми характерні для ТЕЛА, впровадження оцінки факторів ризику та шкал для виявлення хворих на ТЕЛА. Обговорено надання невідкладної допомоги, покази та протипокази до фібринолітичної терапії, тактика ведення хворих після перенесеної ТЕЛА. Окремо будуть висвітлені питання профілактики ТЕЛА. Принципи діагностики та невідкладної допомоги при гострій серцевій недостатності, судинній недостатності, гіпертензивних кризах. Підходи до лікування будуть представлені з урахуванням клінічних особливостей перебігу у хворих з супутніми захворюваннями. Будуть представлені основи серцево-легеневої реанімації.

Знати:

1. визначення ТЕЛА
2. етіологію та патогенез ТЕЛА
3. клініку та перебіг ТЕЛА
4. диференційну діагностику ТЕЛА
5. тактику лікування при ТЕЛА
6. основні лабораторно-інструментальні методи дослідження серцево-судинної системи

Вміти:

1. зібрати скарги, деталізувати, провести фізикальне обстеження хворого
2. розшифрувати ЕКГ, оцінювати дані ЕХО-КГ при ТЕЛА
3. скласти схему обстеження хворого
4. інтерпретувати основні лабораторні, інструментальні, променеві, радіологічні, УЗД методи обстеження хворих з ТЕЛА, визначити показання та протипоказання для їх проведення
5. сформулювати обґрунтований клінічний діагноз згідно до вимог класифікації
6. призначити диференційоване лікування в залежності від захворювання, його варіанту перебігу та супутніх захворювань, виписати рецепти
7. надати невідкладну допомогу при ТЕЛА на догоспітальному та госпітальному етапах
8. визначити тактику сімейного лікаря на різних етапах спостереження
9. визначити тактику питань МСЕК, працевлаштування, профілактики.

Література:

1. Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування // Кровообіг та гемостаз. – 2005. – № 1. – С. 5-22.
2. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Доказова внутрішня медицина: Таємниці, стандарти діагностики та лікування. – Вінниця: ДП ДКФ, 2006. – 706 с.
3. Кохлер Г.П. Тромбоемболія легеневої артерії // Внутрішня медицина. – 2007. – № 4. – С. 82-90.

4. Наказ МОЗ України № 329 від 15.06.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології. — К.: МОЗ, 2007. — 11 с.
5. Наказ від 17.01.2005 № 24 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Медицина невідкладних станів"
6. Швець Н.І., Підаєв А.В., Федорова О.О., Пастухова О.А. Діагностика та стандарти лікування захворювань органів дихання в практиці терапевта. _ Вінниця, 2011-С.446-452
7. Пархоменко А.Н. Тромбоэмболия легочной артерии и инертность мышления врача / А.Н. Пархоменко [Текст] // Здоровье Украины. — 2007. — № 7. — С. 14-15.
8. Яцковська Н.М., Машкевич О.Г. Рекомендації європейського товариства кардіологів щодо гострої тромбоемболії легеневої артерії (2008) [Текст] / Внутрішня медицина. — 2008. — № 5-6. — С. 107-111.
9. Мостовий Ю.М., Константинович Т.В. Поширеність та причини тромбоемболії легеневої артерії за даними аутопсій за період 1993-2003 рр. // Аптека Галицька. — 2004. — № 4 (119). — С. 6-10.
10. Панченко Е.П., Добровольский А.Б. Тромбозы в кардиологии. Механизмы развития и возможности терапии. — М., 2010.—464с.

Тема 4. Артеріальна гіпертензія. Діагностика, диференційна діагностика. Принципи лікування

Питання поширеності гіпертонічної хвороби, труднощі діагностики, висвітлені принципи діагностики та диференційної діагностики артеріальної гіпертензії. Будуть представлені дані щодо стратифікації серцево-судинного ризику, що лежить в основі вибору тактики раціональної антигіпертензивної терапії. Особлива увага буде приділена місцю комбінованих препаратів у лікуванні артеріальної гіпертензії, застосування гіполіпідемічних засобів та антитромбоцитарних препаратів. Окрема увага буде приділена принципам раціональної терапії гіпертензивних кризів на основі окремих клінічних ситуацій, викреслені покази до госпіталізації хворих та місце додаткових методів обстеження у хворих артеріальною гіпертензією. Матеріали лекції ґрунтуються на державних узгоджувальних документах, наказі МОЗ України №384.

Знати:

1. сучасні класифікації гіпертонічної хвороби і симптоматичних артеріальних гіпертензій;
2. диференційну діагностику гіпертонічної хвороби і симптоматичних гіпертензій;
3. стратифікацію ризику серцево-судинних ускладнень і визначати їхній прогноз;
4. тактику ведення хворих в залежності від групи ризику;
5. принципи немедикаментозної і медикаментозної терапії артеріальних гіпертензій;
6. основні антигіпертензивні препарати першої і другої лінії, їх побічні ефекти;
7. сучасні рекомендації щодо вибору та комбінації антигіпертензивних препаратів;
8. стандарти лікування артеріальних гіпертензій;
9. клінічну картину гіпертонічних кризів, класифікацію, лікувальну тактику;
10. первинну і вторинну профілактику і прогноз при артеріальній гіпертензії.

Вміти:

1. аналізувати скарги і анамнез хворих на різні артеріальні гіпертензії;
2. розпізнавати клінічні симптоми гіпертонічної хвороби і симптоматичних артеріальних гіпертензій;
3. розпізнавати та трактувати дані лабораторного дослідження хворих на різні артеріальні гіпертензії;
4. оцінювати дані інструментального дослідження хворих на різні артеріальні гіпертензії;
5. складати план обстеження хворих на артеріальну гіпертензію;

6. формулювати діагнози різних стадій гіпертонічної хвороби і симптоматичних гіпертензій відповідно до сучасних класифікацій

Література:

Основна.

1. Диагностика болезней внутренних органов (Сердечно-сосудистая система)/ А.Н.Окороков – М.: Медицинская литература, 2009.- 387 с.
2. Основы внутренней медицины/ В.Г.Передерий, С.М.Ткач – Киев.- 2008.- 675 с.
3. Пересмотр Европейских рекомендаций по ведению артериальной гипертензии. Киев, 2010.
4. Рекомендации Украинской Ассоциации кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии. Киев, 2008.

Додаткова.

1. Артериальные гипертензии в современной клинической практике/ А.И.Дядык, А.Э.Багрий. Киев, 2014, 456
2. Артериальная гипертензия: ключи к диагностике и лечению/ Ж.Д.Кабалава, Ю.В.Котовская, В.С.Моисеев. М., 2014, 394 с.
3. Внутренние болезни/ Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев – М.: Медицина, 2014, 1 том, 610 с
4. Дифференциальная диагностика внутренних болезней/ Роберт Хэгглин, изд. “Инженер”, М. 2014, 769 с.

Тема 5. Ішемічна хвороба серця. Принципи діагностики та лікування

Питання діагностики стабільної ішемічної хвороби серця, що базується на претестовій діагностиці. Місце додаткових методів обстеження, покази до черезшкірних коронарних втручань. Обговорено принципи терапії, що направлені на зменшення симптомів та попередження серцево-судинних ускладнень. Акцент буде зроблено на виборі тактики лікування та відборі хворих для хірургічного лікування. Буде обговорено клінічну фармакологію антиангінальних, антитромбоцитарних, гіполіпідемічних засобів, антикоагулянтів. Матеріали лекції ґрунтуються на державних узгоджувальних документах, наказ МОЗ від 02.07.2014 р. № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST », наказ Департаменту ОЗ та К Вінницької ОДА від 30.07.2014р. № 952 «Про організацію надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом з елевацією та без елевації сегменту ST», наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. №164 «Гострий коронарний синдром без елевації ST». Основні принципи діагностики гострого коронарного синдрому, вибір оптимального тактики лікування, зроблено акцент на виборі маршруту хворого гострим коронарним синдромом, обговорено покази, протипокази, можливі ускладнення тромболітичної терапії, покази до ургентної коронарографії та стентування коронарних артерій. Обговорено медикаментозну терапію хворих гострим коронарним синдромом на догоспітальному, госпітальному етапі та після виписки хворого з стаціонару. Обговорені питання реабілітації після перенесеного інфаркту міокарда, ускладнення інфаркту міокарда їх діагностика та принципи лікування. Питання актуальності, причин та класифікації серцевої недостатності. Окремо увага буде приділена особливостям діагностики та клінічного перебігу серцевої недостатності у хворих з супутніми захворюваннями внутрішніх органів. Обговорені питання базисної терапії, симптоматичного лікування та невідкладної допомоги хворим серцевою недостатністю. Клінічна фармакологія та особливості застосування в певних групах пацієнтів бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, сартанів, антагоністів вальдостерону, діуретиків, серцевих глікозидів.

Знати:

1. сучасну класифікацію ішемічної хвороби серця, її основні рубрикації;
2. патофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні чинники ІХС;
3. діагностику різних варіантів стенокардії;
4. види нестабільної стенокардії, їх діагностику;

5. методи лабораторного та інструментального обстеження пацієнта з гострим коронарним синдромом;
6. клінічні прояви гострого коронарного синдрому;
7. інструментальні методи діагностики, діагностичні можливості та покази до проведення ЕКГ, ХМ ЕКГ, ЕхоКГ, стрес-ЕхоКС, коронарографії при безбольовій ішемії міокарду та гострому коронарному синдромі;
8. класифікацію і клінічну фармакологію антиангінальних препаратів, антиагрегантів, антикоагулянтів, тромболітиків, статинів;
9. сучасні стандарти лікування та рекомендації щодо ведення пацієнта з гострим коронарним синдромом та безбольовою ішемією міокарда;
10. первинну та вторинну профілактику гострого коронарного синдрому;
11. хірургічні методи лікування, покази до їх застосування;
12. прогноз при різних видах ішемічної хвороби серця

Вміти:

1. провести ЕКГ-діагностику гострого коронарного синдрому з елевацією і без елевації сегмента ST; диференціальну діагностику між різними варіантами стенокардії;
2. визначити прогностичне значення стенокардії в кожному конкретному випадку;
3. скласти схему обстеження і лікування хворого з безбольовою ішемією міокарду, нестабільною стенокардією, інфарктом міокарду з елевацією та без елевації сегменту ST та підібрати ефективний спосіб лікування;
4. провести диференціальну діагностику при болі в ділянці серця (різні варіанти стенокардії);
5. трактувати дані ХМ ЕКГ, ВЕМ та ЕхоКГ;
6. надати невідкладну допомогу при приступі стенокардії і визначити тактику подальшого лікування;
7. призначити обстеження і лікування різним категоріям хворих з гострим коронарним синдромом, безбольовою ішемією міокарда;
8. визначити покази до хірургічного лікування при гострому коронарному синдромі;
9. провести ЕКГ-діагностику різних варіантів ішемічної хвороби серця;

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», затверджений Наказом міністерства охорони здоров'я України 03.03.2016 № 164.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування/За ред.. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка, О.С. Сичова. – К.: МОРІОН, 2016. – 192 с.
3. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 за № 455.
4. Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом без стійкої елевації сегмента ST // Український кардіологічний журнал. Додаток №2, 2013. - 50 с.
5. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC)/ European Heart Journal (2012) 33: 2569-2619 doi: 10.1093/eurheartj/ehs215.
6. О.М. Пархоменко, К.М. Амосова, Г.В. Дзяк, Я.В. Дикун, Б.І. Голобородько, В.З. Нетяженко, І.К. Следзевська, Ю.М. Соколов, В.К. Тащук, В.О. Шумаков. Ведення хво-

рих з гострими коронарними синдромами: гострі коронарні синдроми без стійкої елевації сегмента ST. Рекомендації Асоціації кардіологів України. – К.: 2009. – 17с.

7. Руководство по кардиологии. Под. ред. В.Н.Коваленко.-К.: Морион, 2008. – 1424с.
8. Жарінов О.Й., Куць В.О., Тхор Н.В. Навантажувальні проби в кардіології. – К.: Медицина світу, 2006. – 90с.
9. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Доказова внутрішня медицина. Таємниці, стандарти діагностики та лікування. – Вінниця: ДП ДКФ, 2006.- 704 с.
10. Функциональная диагностика в кардиологии. Под редакцией Л.А. Бокерия, Е.З. Глухой, А.В. Иваницкого. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН., 2002. – Т.1 – 427с., Т.2 - -296 с.

Тема 6. порушення ритму та провідності серця: стандарти діагностики, лікування, тактика ведення хворих. Будуть розглянуті питання класифікації основних порушень ритму. Діагностика. Сучасна тактика лікування, попередження тромбоемболічних ускладнень, лікування та попередження, профілактика, клінічна фармакологія антиаритміків. Будуть розглянуті питання класифікації основних порушень провідності. Діагностика. Сучасна тактика лікування, попередження тромбоемболічних ускладнень, лікування та попередження, профілактика, клінічна фармакологія препаратів, що застосовуються для лікування. Види ЕКС, покази, протипокази до постановки ЕКС.

Знати:

1. сучасну класифікацію порушень серцевого ритму, її основні рубрикації;
2. патофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні чинники порушень провідності;
3. ЕКГ-діагностику різних варіантів порушення провідності;
4. клінічні прояви CCCB, синдрому Морганьї-Адамса-Стокса (МАС);
5. інструментальні методи діагностики аритмій, діагностичні можливості та покази до проведення ЕКГ, ХМ ЕКГ, ЕхоКГ, електрофізіологічного дослідження;
6. класифікацію і клінічну фармакологію антиаритмічних препаратів;
7. сучасні стандарти лікування порушень провідності; відновлення синусового ритма та превентивного лікування при порушеннях провідності;
8. алгоритм надання невідкладної допомоги при брадикардиях різного генезу, синдромі МАС;
9. методику та покази до проведення електрокардіостимуляції;
10. хірургічні методи лікування аритмій серця, покази до їх застосування;
11. первинну та вторинну профілактику при аритміях
12. прогноз при різних видах порушень провідності

Вміти:

1. провести ЕКГ-діагностику порушень провідності; диференціальну діагностику між різними варіантами порушення провідності;
2. визначити прогностичне значення блокади в кожному конкретному випадку;
3. скласти схему обстеження і лікування хворого з порушеннями провідності та підібрати ефективний антиаритмічний засіб;
4. провести диференціальну діагностику при брадикардиях (різні варіанти CCCB, АВ-блокади);
5. трактувати дані ХМ ЕКГ, черезстравохідної ЕКГ та ЕхоКГ;
6. надати невідкладну допомогу при брадиаритміях і синдромі МАС;
7. призначити обстеження і лікування різним категоріям хворих з CCCB і синдромі WPW;
8. визначити покази до хірургічного лікування при порушенні провідності та синдромі CCCB;
9. провести ЕКГ-діагностику синдрому Фредеріка, ЕКГ діагностику блокад ніжок пучка Гіса;

10. скласти схему обстеження і лікування хворого з синдромом Фредеріка та визначити тактику лікування.

Література:

1. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування/За ред.. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка, О.С. Сичова. – К.: МОРИОН, 2016. – 192 с.
2. Класифікація, стандарти діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця. Рекомендації Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України. Додаток до журналу «Аритмологія» № 3, Київ, 2016. – 135 с.
3. Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України. – Київ, 2014. – 167с.
4. Руководство для врачей “Нарушения сердечного ритма и проводимости” // под. ред. В.Н.Коваленко, О.С.Сычова.-Киев, 2009.- 654 с.
5. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
6. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінцицький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
7. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Доказова внутрішня медицина. Таємниці, стандарти діагностики та лікування. – Вінниця: ДП ДКФ, 2006.- 704 с.
8. Руководство по кардиологии / под ред. В.Н. Коваленко.- К.: МОРИОН, 2008.- 1424 с.
9. Фундаментальная и практическая аритмология: Сборник лекций в схемах и таблицах / под редакцией профессора О.С.Сычова.- Киев, 2007.- 226 с.
10. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (расстройство сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение) / Руководство для врачей. Издание 2-е. Санкт-Петербург: ИКР Фолиант, 2004.- 640 с.
11. Денисюк В.И., Дзяк Г.В., Мороз В.М. Лечение аритмий: пути повышения эффективности и безопасности антиаритмических препаратов. – Винница, ГП ГКФ, 2005.- 629 с.
12. Денисюк В.И. Аритмии сердца: достижения, проблемы, и перспективы на рубеже XX-XXI веков.- Винница: Логос.- 1999.- 520с.
13. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Четчикова О.Л., Мамаев В.И. Нарушения ритма и проводимости у лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая медицина.- 2000.- №2.- С. 4-10.

Тема 7. Хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки

Поширеність, патогенез, обсяг обстежень та принципи лікування функціональних захворювань, ГЕРХ, первинних езофагеальних дискінезій, ахалазії кардії. Діагностичний алгоритм при дисфагії, печії та підозрі на позастравохідні прояви рефлюксної хвороби. Сучасне лікування ГЕРХ.

Епідеміологія, диференціальна діагностика, лікування функціональної диспепсії, аерофагії, синдрому циклічного блювання у світі Римського консенсусу IV (2016). Хронічні гастрити: класифікації (Сідней, Хьюстон, Кіотський консенсус 2015), етіологія і патогенез, клініка, діагностика, методи ідентифікації інфікування *Helicobacter pylori*, лікування і профілактика. Пептичні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки: епідеміологія, етіологія, патогенез, клінічна картина, ерадикаційна терапія згідно Маастрихтських консенсусів III та IV, профілактика виразок у т.ч. НПЗП-індукованих.

Знати:

1. будову і функціональні особливості стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки;

2. етіологію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, основні та додаткові фактори агресії і захисту при захворюваннях верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
3. клінічну та ендоскопічну класифікацію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
4. основні «стравохідні» та «позастравохідні» симптоми ГЕРХ;
5. основні ускладнення захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
6. принципи диференційованої терапії захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і основні питання профілактики

Вміст:

1. провести опитування і фізикальне обстеження хворого, при цьому виявляти суб'єктивні симптоми захворювань стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки;
2. етіологію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, основні та додаткові фактори агресії і захисту при захворюваннях верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
3. клінічну та ендоскопічну класифікацію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
4. основні симптоми будову і функціональні особливості стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки;
5. етіологію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, основні та додаткові фактори агресії і захисту при захворюваннях верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
6. клінічну та ендоскопічну класифікацію захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
7. основні ускладнення захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
8. принципи диференційованої терапії захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і основні питання профілактики;
9. основні ускладнення захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
11. принципи диференційованої терапії захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і основні питання профілактики;
12. аналізувати та пояснювати суб'єктивні прояви захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки, дані отримані при проведенні фізикального обстеження;
13. трактувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження;
14. запропонувати адекватну терапію хворому захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в залежності від ступеня пошкодження слизової оболонки стравоходу, наявності ускладнень, супутніх захворювань;
15. призначати основні методи профілактики захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту його ускладнень.

Література:

Основна:

1. Барт Б. Я., Михайлусов С. В., Силуянов С. В. и др. Антрум-гастрит и дуодено-гастральный рефлюкс. — Режим доступа: http://www.nc-i.ru/main/tezis_text/44.html.
2. Бордин Д. С., Машарова А. А., Хомерики С. Г. Хронический гастрит: современный взгляд на старую проблему // Сучасна гастроентерол. — 2013. — № 1 (69). — С. 72 — 79.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М.: Гэотар-Медиа, 2012. — 480 с.
4. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина: підручник / В.І.Денисюк, О.В.Денисюк. — Вінниця: Державна картографічна фабрика, 2011. — 926 с.

5. Клінічна гастроентерологія з основами ендоскопії та ультразвукової діагностики: Навчальний посібник / В.І. Вдовиченко, Є.Я. Склярів, А.В.Острогляд [та ін.]; за ред. В.І. Вдовиченка. – Львів, 2012. – 358 с.
6. Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія): навчальний посібник / за ред. О.І.Федіва. – Чернівці: БДМУ, 2010. – 237 с.
7. Острогляд А.В. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба / А.В. Острогляд, А.С. Свінцицький, В.І. Вдовиченко. - Львів, 2011. – 199 с.
8. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей / В.Г.Передерий, С.М.Ткач. – Винница: Каштелянов А.И., 2011. – 770 с.

Додаткова:

1. Губергриц Н.Б. Ингибиторы протонной помпы при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: стоит ли ждать полного оправдания надежд или признать легкое разочарование? Часть I / Н.Б. Губергриц, О.А. Голубова, Г.М. Лукашвич, В.С. Рахметова // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – №2 (70). – С. 99-103.
2. Губергриц Н.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: современные представления о патогенезе и лечении / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашвич, О.А. Голубова // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – №3(65). – С. 105-113.
3. Зак М. Ю., Мосійчук Л. М. Хронічний гастрит і передрак шлунка. Практичне керівництво / За ред. Ю. О. Філіппова. — Дніпропетровськ, 2011. — 69 с.
4. Кушниренко И. В., Майкова Т. В., Сиротенко И. А. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. Современные методы их коррекции при хроническом гастродуодените // Нов. мед. и фармац. — 2011. — № 382. — С. 13 — 17.
5. Ливзан М. А., Мозговой С. И., Кононов А. В. Гастрит после эрадикации *Helicobacter pylori* — простые следы или серьезные последствия? // Сучасна гастроентерол. — 2011. — № 6 (62). — С. 73 — 77.
6. Рапопорт С. И. Гастриты. — М.: Медпрактика-М, 2010. — 20 с.

Тема 8. Захворювання біліарної системи та печінки. Хвороби підшлункової залози та кишечника

Поширеність, патогенез, обсяг обстежень та принципи лікування функціональних розладів біліарного тракту, хронічних холециститів, жовчнокам'яної хвороби, алкогольної хвороби печінки, вірусних гепатитів, неалкогольної жирової печінки, цирозів. Діагностичні та лікувальні алгоритми при жовтяницях, портальній гіпертензії та гепатаргії.

Поширеність, патогенез, обсяг обстежень та принципи лікування хронічних панкреатитів, синдрому подразненої кишки та інших функціональних розладів кишечника (т.ч. числі при ферментопатіях, дисбіозі кишечника, синдромі надлишкового бактеріального росту), цeliacії та запальних захворюваннях кишечника. Діагностичні та лікувальні алгоритми при закрепах, проносах, мальдигестії.

Знати:

1. рівень та обмін жовчних пігментів в нормі,
2. шляхи порушення його при різних видах жовтяниць,
3. об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження, необхідний для диференційного діагнозу захворювань, що супроводжуються підпечінковою, печінковою та надпечінковою жовтяницею,
4. тактику ведення хворих в залежності від причини,
5. існуючі стандарти лікування,
6. основи первинної та вторинної профілактики.

Вміти:

1. зібрати і деталізувати скарги, анамнез,
2. провести фізикальне обстеження хворого з жовтяницею, з оцінкою стану печінки та інших органів та систем,

3. скласти план клініко-лабораторних та інструментального обстеження, оцінити і проаналізувати результати при жовтяницях різного генезу,
4. провести диференційну діагностику та поставити діагноз у конкретного хворого згідно класифікації,
5. призначити комплексне лікування, виписати рецепти,
6. визначити прогноз та профілактичні заходи у конкретного хворого.

Література:

1. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. Киев – 2000 г., 321 с.
2. В.К.Серкова, М.А.Станіславчук, Ю.И.Монастирський Факультетська терапія. Нова книга, Вінниця, 2005
3. Госпітальна терапія / Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та ін. За ред. Є.М.Нейка. – К.: Здоров'я, 2003. – 1176 с.
4. Окорочков А.Н. Діагностика болезней внутренних органов: Т.: Диагностика болезней органов пищеварения.: М.: Мед.лит., 2002. – С.270-364.
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. За ред. проф. Мостового Ю.М. - Київ: Центр ДЗК. 2016. – 679с.

Тема 9. Хронічна хвороба нирок. Гломерулярні хвороби нирок. Тубулоінтерстиційні та судинні хвороби нирок.

Хронічна хвороба нирок: визначення, діагностичні критерії, фактори ризику та причини розвитку ХХН. Стадії ХХН. Клінічна та лабораторна презентація ХХН, основні причини розвитку. Ускладнення ХХН.

Класифікація гломерулярних хвороб нирок (гострі та хронічні гломерулярні хвороби, первинні та вторинні гломерулярні хвороби). Етіологічні чинники, основні ланки патогенезу. Клінічна та морфологічна класифікація гострого та хронічного гломерулонефриту. Клініко-лабораторна маніфестація гломерулонефритів. Інструментальні методи діагностики. Нефротичний та нефритичний синдроми: причини розвитку, діагностичні критерії, ускладнення. Сучасні підходи до лікування хворих із гломерулярними хворобами нирок.

Амілоїдоз. Основні етіологічні чинники та ланки патогенезу. Класифікація амілоїдозу. Клінічні прояви амілоїдозу різної локалізації. Лабораторна та інструментальна діагностика. Підходи до патогенетичної терапії амілоїдозу.

Гостра та хронічна ниркова недостатність.

Типи гострої ниркової недостатності та основні їх причини. RIFLE та AKIN діагностичні критерії гострої ниркової недостатності. Фактори ризику хронічної ниркової недостатності, патофізіологічні та функціональні зміни при ХНН. Клінічні прояви ХНН. Ускладнення ХНН. Лікування артеріальної гіпертензії у хворих із ХНН, медикаментозна корекція анемії, водно-електролітного балансу. Немедикаментозне лікування ХНН (перитонеальний діаліз, гемодіаліз), покази та протипокази.

Знати:

1. Визначення поняття хронічної хвороби нирок (ХХН).
2. Сучасну класифікацію ХХН;
3. Клініко-діагностичні критерії основних нозологій, які входять до ХХН.
5. Диференційну діагностику первинної та вторинної ХХН;
6. Основні інструментальні та лабораторні методи дослідження, які доводять наявність ХХН;
7. Тактику ведення хворих на ХХН в залежності від причин. Принципи диференційного лікування.
8. Первинну та вторинну профілактику ХХН, прогноз.

Вміти:

1. Аналізувати скарги, дані анамнезу. Вибрати з цих даних відомості, що свідчать про наявність ХХН;

2. Пояснювати схему діагностичного пошуку;
3. Вміти виявляти ознаки ХХН при об'єктивному дослідженні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
4. Трахувати та аналізувати значення змін даних інструментальних та лабораторних методів дослідження в залежності від етіологічного чинника та стадії ХХН;
5. Класифікувати ХХН, розпізнавати стадію розвитку хвороби, періоди загострення та ремісії;
6. Вміти сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
8. Провести диференціальну діагностику з захворюваннями, які мають подібну клінічну картину;
9. Скласти план лікування в залежності від стадії захворювання; оцінити прогноз пацієнта та запропонувати план профілактичних заходів;
10. Застосовувати деонтологічні навички спілкування з хворим;
11. Трахувати дані інструментальних та лабораторних досліджень (загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренко, Зімницьким, УЗД нирок, радіоізотопна ренографія, КТ нирок, тощо);
12. Скласти лікувальний алгоритм в залежності хворого в залежності від стадії ХХН, та її проявів, таких як артеріальна гіпертензія, анемічний синдром, остеопороз, серцева недостатність .

Література:

Основна.

1. Нефрология. Руководство для врачей./ под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 1995. – Т.1 – 496с. / Т.2.- 415с.
2. Іванов Д.Д., Корж М.О. Нефрологія в практиці сімейного лікаря. — К.: Аврора плюс, 2006. — 272 с.

Додаткова

1. Виноградов Л. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. - 3-е изд. перераб. и доп. — М. 1999. - 606 с.
2. Карапата А.П. та ін. Диференційна діагностика внутрішніх хвороб. К.: Здоров'я, 1984.
3. Волошин О.І., Гайдуков В.А., Шубравський А.О., Пішак О.В., Чернявська Н.Б. Найважливіші сучасні інструментальні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб. — Чернівці: Прут, 1997. — 88с.
4. Наказ МОЗ України № 365 від 20.07.05. «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча нефрологія»: протокол лікування дітей із ХНН».
5. Revised European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure // Nephrol. Dial. Transplant. — 2004. — V. 19, Suppl. 2.
6. Levey A.S. et al. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Diseases: Improving Global Outcomes (KDIGO) // Kidney Int. — 2005. — V. 67. — P. 2089-2100.
7. POEMs and Tips: Intensive vs Standart Lipid-Lowering Therapy // Amer. Fam. Phys. — 2005. — V. 71, № 3. — P. 578-580.
8. Дедов И.И., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия. — М.: Универсум Паблишинг, 2000. — 240 с.
9. Іванов Д.Д. Вторинний гіперпаратиреоїдизм при хронічній нирковій недостатності // Ліки України. — 2004. — №5. — С. 21-23.
10. Іванов Д.Д. Ризики, що визначають необхідність ренопротекції. Цільові значення ренопротекції // Трансплантологія. — 2004. — Т. 6, №2. — С. 77-81.
11. Корзун А.И., Кириллова М.В. Сравнительная характеристика ингибиторов АПФ // Экология человека. — 2003. — №2. — С. 16-22.
12. Клінічне керівництво з хронічних захворювань нирок у дітей та підлітків програми з якості лікування захворювань нирок Національної нефрологічної спілки США: оцінка, класифікація та групування /переклад Акчурін О.

http://olegakchurin.narod.ru//medicine//Chronic_Kidney_Disease.html from Hogg R.J., Furth S., Lemeley K.V. et al. // *Pediatrics*. — June, 2003, Vol. 111, №6. — P. 1416-1421.

13. Наказ АМН України і МОЗ України «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю» від 30 вересня 2003 року № 65/462.

14. Пиріг Л.А., Іванов Д.Д., Таран О.І. та інші. Хронічна ниркова недостатність. — К.: Аврора-плюс, 2004. — 96 с.

15. Сиренко Ю., Рековець О. Лікування артеріальної гіпертензії та метаболічних порушень: значення подвійного ефекту телмісартану для профілактики розвитку цукрового діабету // *Ліки України*. — 2005. — №4. — С. 1-5.

16. Сиренко Ю.Н., Рековець О.Л. Роль фозиноприла в ліченні артеріальної гіпертензії // *Український кардіологічний журнал*. — 2005, додаток 2. — С. 5-15.

17. Смирнов А.В., Есаян А.М., Каюков И.Г. Хроническая болезнь почек: на пути к единству представлений // *Нефрология*. — 2002. — №

Тема 10. Суглобовий синдром. Системні захворювання сполучної тканини

Ревматоїдний артрит: розповсюдженість, етіологічні та тригерні фактори розвитку, основні ланки патогенезу, патоморфологічні зміни в органах при РА. Клінічна класифікація РА (APU, 2008), розгорнута клінічна картина РА, суглобові та поза суглобові його прояви. Діагностичні критерії РА (ACR/EULAR, 2010). Особливі форми РА: синдром Стілла та Фелті. Диференційна діагностика РА. Діагностична та лікувальна тактика хворих на РА, загальні положення медикаментозної терапії, принципи протизапальної та базисної терапії (основні препарати, показання, протипоказання), комбінована терапія базисними синтетичними та біологічними препаратами.

Остеоартроз (остеоартрит): епідеміологія та соціально-медичні аспекти ОА, етіологічні чинники та основні ланки патогенезу ОА, макроскопічні зміни хряща при ОА. Патогенетичні варіанти ОА, клінічні форми, локалізація, рентгенологічні стадії ОА (за Kellgren J.H. Lawrence J.S.). Клінічна картина ОА залежно від локалізації патологічного процесу, наявності синовіту, перебігу захворювання. Класифікаційні критерії ОА, гонартрозу (ACR, 1986), коксартрозу (ACR, 1991), ОА суглобів кистей (ACR, 1990). Клінічна класифікація ОА (APU, 2004). Диференційна діагностика ОА. Інструментальні методи дослідження хворих на ОА (рентгенологічне, УЗД, артроскопія). Мета терапії ОА, нефармакологічні та фармакологічні методи лікування хворих з ОА. Хірургічні методи лікування хворих на ОА (ендопротезування, лаваж колінних суглобів, видалення «суглобової миші», остеотомія).

Подагра: поширеність подагри в світі та в Україні серед осіб різного віку та статі, основні питання етіології, фази патогенезу подагри, метаболізм сечової кислоти, патоморфологічні зміни при гострому подагричному артриті та хронічній подагрі. Клінічна класифікація подагри (APU, 2004). Варіанти дебюту подагри, клінічна картина гострого подагричного артрити, міжнападної та хронічної подагри. Класифікаційні критерії діагностики подагри ACR/EULAR (2015). Лабораторні та інструментальні методи обстеження хворого на подагру. Загальні принципи лікування подагри (EULAR, 2006; ACR, 2012), лікування гострого подагричного артрити та рекомендації з проведення гіпоурикемічної терапії. Критерії ефективності базисної терапії.

HLA-B27 – асоційовані захворювання: реактивні артрити, псоріатичний артрит, анкілозивний спондилоартрит. Диференційний діагноз серонегативних спондилоартритів, суглобові та позасуглобові прояви. Роль генетичних етіологічних факторів, клінічна характеристика, методи додаткового обстеження. Лікування хворих із анкілозивним спондилоартритом, етіотропне лікування реактивних артритів, сучасні підходи до менеджменту хворих із псоріатичним артритом.

Системний червоний вовчак: епідеміологія СЧВ, причини та механізми розвитку СЧВ, особливості ураження шкіри, суглобів, м'язів, легень, серця та судин, ШКТ, ЦНС, нирок, морфологічні класи та критерії важкості вовчакового нефриту. Клінічна класифікація СЧВ (APU, 2004). Діагностичні критерії СЧВ. Лабораторна діагностика СЧВ з ви-

користанням загальноклінічних, біохімічних та специфічних імунологічних методів дослідження. Підходи до немедикаментозного та медикаментозного лікування СЧВ. Терapia СЧВ. Особливості лікування вовчакового нефриту. Прогноз у хворих на СВЧ.

Системна склеродермія. Питання епідеміології, етіології та патогенезу ССД. Особливості ураження органів і систем при ССД, її клінічні форми, варіанти перебігу та стадії розвитку. Клінічна класифікація ССД (АРУ, 2004), діагностичні та класифікаційні критерії. Діагностика ССД: лабораторні дослідження, імунологічні дослідження. Диференційна діагностика ССД. Сучасні підходи до терапії ССД.

Ідіопатичні запальні міопатії (дерматомиозит та поліміозит). Епідеміологія, причинні та провокуючі фактори, патогенетичні механізми розвитку ДМ/ПМ. Клінічна картина: варіанти дебюту захворювання, клінічні прояви з боку різних органів та систем (ураження м'язів, шкіри, суглобів, дихальної, серцево-судинної систем). Клінічна класифікація ДМ (АРУ, 2002). Діагностична тактика: біохімічне дослідження активності м'язових ферментів; імунологічні дослідження, інструментальні методи дослідження (електроміографія, МРТ, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, м'язева біопсія). Діагностичні критерії ДМ. Оцінка активності патологічного процесу. Диференційна діагностика. Мета та основні підходи до лікування ДМ/ПМ (особливості застосування ГК, базисних протизапальних препаратів, фармакотерапія біологічними препаратами).

Знати:

1. Основні клінічні маніфестації ревматичних захворювань;
2. Суглобовий синдром; нозологічні особливості;
3. Основні та додаткові методи дослідження в ревматології;
4. Лабораторні методи дослідження та їхнє клінічне значення;
5. Інструментальні методи дослідження пацієнтів з ревматичними хворобами і їхнє клінічне значення;

Вміти:

1. Виявляти симптоми захворювань опорно-рухового апарату.
2. Аналізувати отримані дані анамнезу (перенесені інфекції, травми, контакти з хворими на туберкульоз, статеві контакти, хвороби кишково-шлункового тракту)
3. Вміти самостійно проводити клінічне обстеження хворих з враженням суглобів рук, ніг та хребта (пальпація суглобів. Вимірювання амплітуди рухів суглоба з допомогою гоніометра, вимірювання параметрів суглоба з допомогою рулетки, вимірювання довжини кінцівок та окремих сегментів).
4. Трактувати результати дослідження синовіальної рідини, загального аналізу крові, сечі та рентгенологічного обстеження суглобу за даними рентгенограм.
5. Вміти скласти план обстеження та призначати лікування конкретному хворому.

Література:

1. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. – М., Медицина. -1996.– 591с.
2. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – М., Медицинская литература, 2000. – 568 с. (2-17)
3. Серкова В.К., Станіславчук М.А., Монастирський Ю.І. Факультетська терапія. – Вінниця: Нова книга - 2005. - 621с
4. Внутрішня медицина: Навчальне видання.-част.1.-Вінниця.-2007.-С.183-194.

Тема 11. Диференційна діагностика та сучасне лікування анемій та геморагічних діатезів

Визначення поняття “анемія”. Поняття анемічного синдрому. Сучасна класифікація анемій. Клінічні та лабораторні особливості перебігу різних типів анемій. Диференційна діагностика анемій. Сучасне лікування різних типів анемій. Визначення поняття «геморагічний

діатез». Основні види геморагічного синдрому. сучасні методи діагностики та контролю системи гемостазу. Сучасні способи корекції геморагічного синдрому. Визначення поняття “гемобластоз, лейкемія, лімфома”. Поняття гостра та хронічна лейкемія. Сучасна класифікація онкогематологічних захворювань. Клінічні та лабораторні особливості перебігу різних онкогематологічних захворювань. Диференційна діагностика онкогематологічних захворювань. Сучасне лікування різних онкогематологічних захворювань.

Знати:

1. етіологію та патогенез анемій;
2. класифікацію анемій
3. клінічні прояви, можливі ускладнення;
4. методи діагностики анемій;
5. загальні та дієтичні рекомендації хворим на анемії, основні фармпрепарати для лікування, варіанти підтримуючої терапії
6. варіанти перебігу .
7. терміни та методи контролю ефективності лікування анемій.
8. Дати визначення поняттю система гемостазу та охарактеризувати основні типи кровоточивості.
9. Знати сучасну класифікацію геморагічних діатезів та основні нозологічні форми кожної з груп.
10. Дати визначення геморагічного васкуліту.
11. Назвати групи етіологічних факторів геморагічного васкуліту.
12. Патогенез геморагічного васкуліту.
13. Назвати клінічні форми геморагічного васкуліту.
14. Перерахувати симптоми шкірно-суглобової форми геморагічного васкуліту.
15. Вказати симптоми абдомінального, ниркового синдромів при геморагічному васкуліті та чим вони обумовлені?
16. Назвати захворювання з яким необхідно проводити диференційний діагноз при абдомінальній формі геморагічного васкуліту.

Вміти:

1. аналізувати дані, отримані при проведенні опитування, об'єктивного та лабораторного обстеження хворого
2. пояснювати виникнення основних симптомів анемії
3. запрошувати фахівців суміжних галузей медицини до обстеження хворого з анемією
4. класифікувати анемії за етіологією та ступенем тяжкості
5. трактувати дані загального аналізу крові, біохімічного дослідження
6. малювати схеми диференціальної діагностики анемії з іншими внутрішніми захворюваннями
7. скласти план обстеження та лікування хворих з анеміями різної етіології: ЗДА, мегалобластної, гіпопластичної

Література:

1. Лекції з гематології / П.М. Перехрестенко, Л.М. Ісакова, Н.М.Третьак, Д.А.Лисенко, С.В.Бондарчук. – К.: Нора-принт, 2005. – 128с.
2. Госпітальна терапія / Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та ін.; За ред. Є.М.Нейка. – К.: Здоров'я, 2003. – 1176с.
3. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з професійно орієнтованих дисциплін. Крок-2. Загальна лікарська підготовка. Частина перша. Колектив авторів. За ред. В.Ф.Москаленка, О.В.Волосовця, О.П.Яворського та ін. К.:2005

Тема 12. Рання діагностика порушення вуглеводного обміну. Сучасні принципи лікування цукрового діабету 2 типу. Диференційна діагностика зоба

Практичне значення буде побудоване з клінічного огляду хворих на тиреотоксикоз, гіпотиреоз, аутоімунний тиреоїдит. Основний акцент буде зроблено на ранні клінічні прояви цих хвороб та їх диференційну діагностику.

Основний акцент на практичному занятті буде зроблено на методику проведення ТТГ та на фактори ризику ЦД. Особливу увагу приділено клінічному огляді, разом з аспірантами, хворих на ЦД 2 та 1 типу. З подальшим розглядом сучасних принципів лікування ЦД 2 типу.

Знати:

1. Особливості вуглеводного обміну
2. Особливості обміну тиреотропних гормонів
3. Клінічні симптоми порушення функції вуглеводного обміну
4. Симптоми гіпотиреозу
5. Симптоми тиреотоксикозу

Вміти:

1. На основі скарг та об'єктивного обстеження визначати провідний синдром
2. Проводити та інтерпретувати лабораторні методи обстеження при порушеннях вуглеводного обміну
3. Проводити та інтерпретувати лабораторні методи обстеження при захворюваннях щитоподібної залози
4. Скласти лікувальну програму пацієнтам з цукровим діабетом.
5. Скласти лікувальну програму пацієнтам з захворюваннями щитовидної залози.

Література:

Основна

1. Ендокринологія: підручник (П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.) За ред. професора П.М. Боднара, - Вид. 4, перероб. та доп. – Вінниця. Нова Книга, 2017. – 488с.
2. Ендокринологія: підручник (П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.) За ред. професора П.М. Боднара, - Вид. 3, перероб. та доп. – Вінниця. Нова Книга, 2013. – 480с.
3. Эндокринология: Учебник для студентов на русском языке. (П.Н. Боднар, Г.П.Михальчишин,Ю.И. Комиссаренко, А.М.Приступюк и др.) Под ред.: проф. П.Н.Боднара. Изд. второе перераб. и дополн.– Винница. Нова Книга, 2016. – 488с.

Додаткова

1. Клиническая эндокринология: учебник // под. ред. В.Н. Хворостинки. – Х.: Факт, 2008. – 541с.
2. Endocrinology: Textbook (Ed. by prof. Petro M. Bodnar. – 2th ed. – Vinnytsia: Нова Книга, 2017. – 328 pp.
3. Ендокринологія: навч. посіб. для студ. вищ. мед. закладів / за ред. проф. П.М. Боднара. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 360с.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. /Под общей редакцией И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: “Литтерра”, 2006. – 1080 с.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. Учебник. - М.: ГЭОТАР, 2007. – 432 с.
6. Єфімов А.С., Боднар П.М., Большова – Зубковська О.В. та ін. Ендокринологія. Підручник. За ред.: А.С. Єфімова. – К.: Вища школа, 2004. – 494с.
7. Basic & Clinical Endocrinology. Seventh edition. Edited by Francis S. Greenspan, David G. Gardner. – McGraw – Hill Companies, USA, 2004. – 976p.

Тема 13. Лабораторна діагностика туберкульозу. Методи вивчення мікобактерій. Функціональні методи обстеження у клініці туберкульозу (ЕКГ спірограма). Оцінка результатів діагностичного обстеження хворого. Туберкулінодіагностика. Використання туберкулінових проб для виявлення інфікування туберкульозу. Методика постановки і оцінки проби Манту з 2 ТО. Диференційна діагностика пост вакцинної та інфекційної алергії.

Методи лабораторного виявлення мікобактерій туберкульозу. Визначення медикаментозної стійкості та її клінічне значення.

Методи рентгенологічного обстеження хворих на туберкульоз органів дихання.

“Обов'язкові” контингенти населення, які підлягають профілактичному обстеженню раз на рік.

Варіанти тактичних дій для установ загальної медичної мережі у виявленні туберкульозу. Туберкулінодіagnostика. Застосування туберкулінових проб у виявленні інфікованості та захворювання на туберкульоз. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л та тест з алергеном туберкульозним рекомбінантним та оцінка їх результатів. “Віраж” туберкулінових проб.

Категорії дітей і підлітків, яким проводять щорічну туберкулінодіagnostику.

Диференціальна діагностика післявакцинного (БЦЖ) та інфекційного імунітету у дітей і підлітків. Дослідження функції зовнішнього дихання. Основні показники спіротесту.

Знати:

1. Методи вивчення мікобактерій
2. Функціональні методи обстеження туберкульозу
3. Поняття та сучасний стан проблеми туберкулінодіagnostики
4. Профілактичні та лікувальні заходи у разі діагностики та підозри на туберкульоз.
5. Клінічна фармакологія медикаментозних засобів, схеми лікування.

Вміти:

1. Оцінка результатів діагностичного обстеження хворого.
2. Дослідження функції зовнішнього дихання
3. Інтерпретація результатів лабораторного дослідження.
4. Оцінка рентгенологічного методу обстеження.

Література:

1. Бліхар Є. Фтізіатрія: Підручник, - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - 372с.
2. П'ятночка І. Т. , Беденюк А. Д. , Корнога С. І. , П'ятночка В. І. Туберкульоз органів травлення. - Тернопіль : Укрмедкнига , 2004 - 56с.
3. Стандарти діагностики і лікування туберкульозу. - Київ, 2004. - 67с.- (Методичні рекомендації; Інститут фтізіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського).
4. Федисенко Ю. І. , Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу.- Київ: Здоров'я, 2002.- 904 с.
5. П'ятночка І. Т., Корнога С. І., П'ятночка В. І., Мазур П.Є. -Туберкульоз : Підручник. -Тернопіль, ТДМУ, 2005.- 280 с.**Тема 14. Основні поняття медичної реабілітації. Багаторівнева медична реабілітація при патології внутрішніх органів та систем.**

Види та засоби медичної реабілітації. Основні поняття медичної реабілітації. Організація надання організаційної допомоги та послуг. Багаторівнева медична реабілітація. Базові принципи реабілітаційної медицини. Основні заходи та засоби медичної, фізичної та психологічної реабілітації. Принципи формування та функціонування реабілітаційної команди.

Багаторівнева медична реабілітація при патології внутрішніх органів та систем. Превентивні заходи медичної реабілітації. Реабілітаційний потенціал. Постановка цілей у реабілітації. Міжнародна класифікація функціонування.

Знати

1. засоби, форми та методи фізичної реабілітації;
2. механізми лікувальної дії засобів фізичної реабілітації;
3. режими рухливої активності на стаціонарному, санаторно-курортному та поліклінічному етапі реабілітації;
4. принципи дозування фізичних вправ;
5. призначення гімнастики з лікувальною, профілактичною та відновлювальною метою;
6. методи контролю ефективності призначених засобів;

Вміти:

1. правильно визначити вихідний рівень функціонального стану систем організму пацієнта (серцево-судинної, дихальної, нервової, м'язової),

2. провести антропометричні дослідження;
3. інтерпретувати результати клініко-лабораторних методів дослідження;
4. правильно вибрати та коректно призначити форми, методи та засоби фізичної реабілітації;
5. вести облік результатів фізичної реабілітації (карту кабінету лікувальної фізкультури ф.042-у).
6. дати клінічну інтерпретацію та медичне заключення щодо одержаних результатів лікування.

Література:

Основна:

1. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина: підручник/ .Клапчук В.В., Дзяк Г.В., Мурахов Г.В. та ін; за ред. В.В.Клапчука, Г.В.Дзяка.-К.: Здоров'я., 1995.-312с.

Додаткова:

1. Попов С.Н. Физическая реабилитация. -Ростов-на Дону, 1999.- 420с
2. Полянська О.С. Амеліна Т.М. Основи реабілітації, лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, масажу За ред.. проф.. Клапчука В.В., Полянської О.С.- Чернівці, Прут.-208с.
3. Полянська О.С., Тащук В.К. Медична і соціальна реабілітація. Навчальний посібник.-Чернівці.:Мед академія.-2004.-232с.
4. Епифанов В.А. Восстановительная медицина.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.-592с.

Контрольні заходи (тестовий контроль, ситуаційні задачі)

Тема 1. Гострі інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів. Діагностика та базисна терапія

Тестові завдання

1. Який синдром є переважаючим в клінічному перебігу грипу:
 - А. Токсичний;
 - В. Артралгічний;
 - С. Катаральний;
 - Д. Бронхоспазму;
 - Е. Все вище перераховане.
2. Етіотропна терапія грипу проводиться препаратом
 - А. Антигрипін;
 - В. Фервекс;
 - С. Озельтамівір;
 - Д. Вітамін С;
 - Е. Тепле питво.
3. Для якої клінічної форми грипу характерним є гіпертермічний синдром, менінгізм, енцефалопатія :
 - А. Легка форма;
 - В. Середня форма;
 - С. Тяжка форма;
 - Д. Гіпертоксична форма;
 - Е. Фульмінантна форма.
4. Для якої форми грипу характерним є підйом температури тіла до 38- 39,5 С
 - А. Легка форма;
 - В. Середня форма;
 - С. Тяжка форма;
 - Д. Гіпертоксична форма;
 - Е. Фульмінантна форма.
5. Найбільш часті ускладнення при захворюванні вірусом грипу:

- A. Пневмонія;
 - B. Риніт;
 - C. Синусит;
 - D. Бронхіт;
 - E. Все вище сказане.
6. Найбільш розповсюджений шлях передачі вірусу грипу?
- A. Повітряно – крапельний;
 - B. Контактно-побутовий;
 - C. Парентеральний;
 - D. Трансмісивний;
 - E. Вертикальний.
7. До якої родини належить вірус грипу?
- A. Аденовіруси;
 - B. Ортоміксовіруси;
 - C. Реовіруси;
 - D. Риновіруси.
8. Вірус грипу найбільш вражає:
- A. Серцево – судинну систему;
 - B. Нервову систему;
 - C. Дихальну систему;
 - D. Шлунково - кишковий тракт.
9. Госпіталізація хворих з аденовірусною інфекцією проводиться:
- A. За клінічними показами (важкий перебіг);
 - B. За епідеміологічними показами;
 - C. У разі виникнення ускладнень;
 - D. У всіх випадках незалежно від важкості хвороби та наявності чи відсутності ускладнень.
10. Клінічно для парагрипу характерно:
- A. Явища риніту;
 - B. Явища ринофарингіту;
 - C. Явища ларингіту;
 - D. Явища трахеїту;
 - E. Явища бронхіту.
11. До клінічних форм аденовірусної інфекції відносять:
- A. Фарингокон'юнктивальна гарячка;
 - B. Пневмонія;
 - C. Кератокон'юнктивіт;
 - D. Геморагічний цистит;
 - E. Ураження нервової системи (менінгоенцефаліти, полірадикулоневрити).

Ситуаційні задачі

№1 Карета швидкої допомоги приїхала на виклик. Хлопчик 5 років захворів поступово. Захворювання розпочалось з нездужання, підвищення температури до 37,8°C, осиплості голосу, гавкаючого кашлю, закладеність носу. Раптово вночі з'явилося відчуття нестачі повітря, шумне свистяче дихання з подовженим вдихом та участю допоміжної мускулатури, ЧД – 40 за 1 хвилину, парадоксальний пульс, неспокійний вираз обличчя, ціаноз носогубного трикутника.

1) *Сформулюйте попередній діагноз.*

2) *План обстеження.*

3) *Лікування.*

№2 Хвора 32 років каретою швидкої допомоги доставлена в приймальне відділення інфекційної лікарні. Зі слів родичів хворіє 1-шу добу, захворювання розпочалось 6 годин тому з підвищення температури тіла до 40°C, ознобу, ломоти в тілі. Через 5 годин температура тіла різко знизилась, наросла в'ялість, хвора постійно спить. При огляді: хвора на питання

не відповідає, періодично сопор, мармурове забарвлення шкіри, акроціаноз, АТ – 60/20 мм рт.ст., пульс 110 за хвилину, ЧД – 28 за хвилину.

- 1) *Сформулюйте попередній діагноз.*
- 2) *План обстеження.*
- 3) *Лікування.*

Тема 2. Обструктивні захворювання органів дихання. Діагностика. Принципи лікування

Тестові запитання

1. Хвора скаржиться на лихоманку, сухий кашель, відчуття першіння в горлі та за грудиною, відчуття нестачі повітря, які з'явилися після переохолодження. В анамнезі відсутні данні про захворювання легень. Температура тіла 37,1°C; легеневий тон з коробочним відтінком, дихання везикулярне з сухими розсіяними та вологими середнього та великого калібру хрипами. Видох подовжений. Діагноз?
 - A. Гострий трахеобронхіт;
 - B. ГРВІ;
 - C. Обструктивний бронхіт;
 - D. Пневмонія;
 - E. Бронхоектатична хвороба.
2. Хвора К. звернулася зі скаргами на свистяче утруднене дихання, ядушний кашель. Відмічає появу приступів ядухи вночі 3-4 рази на місяць та вдень 2-3 рази на тиждень. Об'єктивно: везикулярне дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі, свистячі хрипи. При обстеженні: ОФВ1 60% від норми, добові коливання ПШВ 28%. Що потрібно призначити для купування приступу на цій стадії бронхіальної астми?
 - A. Сальбутамол.
 - B. Фліксотид.
 - C. Теопек.
 - D. Серевент
 - E. Тавегіл.
3. Хворий 56 років скаржиться на задишку з утрудненням видиху, виділення харкотиння вранці протягом 22 років. Викурює 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?
 - A. Інгаляційні холінолітики (атровент)
 - B. Антибіотики
 - C. Інгаляційні симпатоміметики (беротек)
 - D. Мембраностабілізатори (інтал, тайлед)
 - E. Інгаляційні глюкокортикостероїди
4. У жінки 42 років, яка страждає хронічним синуситом, розвинулась, гостра форма артрити. Лікар призначив лікування ацетилсаліциловою кислотою. В анамнезі схильності до алергічних реакцій у хворої не було. Раптово після введення препарату у хворої розвинувся бронхоспазм. Найбільш імовірним патогенетичним механізмом бронхоконстрикції є:
 - A. Первинно-змінена реактивність бронхів
 - B. Адренергічний дисбаланс
 - C. Інфекційно-залежний
 - D. Атопічний
 - E. Імунопатологічний
5. Хворий 57 років, страждає захворюванням легень впродовж 12 років. Останні 8 років турбують задишка, кашель з харкотинням жовто-зеленого кольору, що важко відходить, субфебрильна температура ввечері. Користується сальбутамолом, але не дивлячись на частий прийом, полегшення від нього не відчуває. На рентгенограмі - посилення легеневого малюнка. Який найбільш ймовірний діагноз?

A. Хронічний обструктивний бронхіт

B. Бронхіальна астма

C. Муковісцидоз

D. Туберкульоз легень

E. Бронхоектатична хвороба

6. Хворий С., 53р., скаржиться на задишку, кашель з виділенням незначної кількості харкотиння. Хворіє хронічним обструктивним бронхітом впродовж 15 р. Палить з 18 років. ЧД 26 за хв. В легенях: перкуторно - коробковий звук, дихання везикулярне з жорстким відтінком, розсіяні сухі хрипи. Тривалий час приймає еуфілін. З якого препарату необхідно почати лікування?

A. Атровент

B. Алуpent

C. Інгакорт

D. Преднізолон

E. Тайлед

7. Чоловік 57 років, водій, скаржиться на постійну задуху, котра підсилюється при фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель, частіше зранку. Хворіє понад 12 років. Палить понад 40 років (по 20 сигарет за добу). В анамнезі - запалення легень. Об'єктивно: температура - 36,5 °C, ЧДР - 22/хв, пульс - 80/хв., АТ - 140/80 мм рт. ст. Ціаноз губ. Над легеньми - послаблене везикулярне дихання, велика кількість розсіяних сухих хрипів. Зміни якого спірометричного показника найбільш вірогідно вкажуть на патофізіологічний механізм дихальної недостатності у хворого?

A. ОФВ1 (об'єм форсованого видиху за 1 секунду)

B. ФЖСЛ (форсована життєва ємність легень)

C. ЖЄЛ (життєва ємність легень)

D. ПОШвид. (пікова об'ємна швидкість видиху)

E. Індекс Тіфно

8. Хворого 27 років, в анамнезі якого бронхіальна астма, вкусила бджола. З'явилися відчуття тиску у грудях, нестачі повітря, утруднення видиху, відчуття жару в верхній половині тулуба, запаморочення, виражений свербіж, судоми. Об-но: дихання голосне, свистяче, АТ – 90/60 мм рт.ст., П – 110/хв., серце – тони ритмічні, ослаблені, над легеньми – жорстке дихання, сухі свистячі хрипи. Яку групу препаратів слід застосувати першочергово ?

A. Глюкокортикоїди

B. Метилксантини

C. Серцеві глікозиди

D. Протисудомні

E. Анальгетики

9. Протягом 8 років хворого турбує кашель зранку з відходженням невеликої кількості харкотиння, задишка. Палить більш 10 років. При огляді: ціаноз, збільшення тривалості видиху, сухі хрипи. Можливий діагноз?

1. Хронічний обструктивний бронхіт

2. Хронічний необструктивний бронхіт

3. Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт

4. Бронхоектатична хвороба

5. Бронхіальна астма

10. Хворий 23 років у зв'язку з гострою респіраторною інфекцією використав 1 г аспірина. У нього розвинувся напад ядухи з утрудненим видихом, який був купірований введенням еуфіліну. Алергічний анамнез не обтяжений. В минулому двічі бів оперований з приводу поліпоза носу. Який найбільш вірогідний діагноз ?

A. Аспіринова астма

B. Атопічна бронхіальна астма

C. Інфекційно алергічна бронхіальна астма

D. Астма фізичного навантаження

E. Симптоматичний бронхоспазм

12. У 20-річного чоловіка, який страждає на бронхіальну астму, напади ядухи виникають 3 – 4 рази на тиждень. Нічні напади відмічаються 1 раз на тиждень. ОФВ1 – 50 % від належних значень, варіабельність протягом доби – 25 %. Вкажіть тяжкість бронхіальної астми.

- А. Перебіг середньої тяжкості
- В. Легкої тяжкості перебіг
- С. Тяжкий перебіг
- Д. Статус астматикус
- Е. Інтермітуючий перебіг

Ситуаційні задачі

№1 Дайте заключення до даного спірометричного дослідження:

Age - 20	Sex - муж	HT - 179	WT - 69
	MEAS	PRED	% PR
VC (л)	3,06	5,57	55
ERV (л)	0,75		
IRV (л)	2,01		
IC (л)	2,31		
FVC (л)	3,71	4,21	88
FEV 1 (л)	2,67	3,40	79
FEV 1 % T (%)	67,8	77,9	87
PEF (л/с)	6,84	8,49	81
MEF 75% (л/с)	4,55	7,41	61
MEF 50% (л/с)	2,17	4,56	48
MEF 25% (л/с)	0,95	1,79	53

№2 Хворий В., 58 років, скаржиться на скутість в грудній клітці та ядуху. Відомо, що з метою надання невідкладної допомоги лікарем швидкої допомоги введена ін'єкція аналгіну, рекомендовано таблетку аспекарду всередину та таблетку нітрогліцерину під язик. Після виконання призначень стан хворого різко погіршився і він був доставлений до приймального відділення лікарні. Об'єктивно: стан хворого тяжкий. Свідомість сплутана. Відмічається парадоксальне торакоабдомінальне дихання. Зі слів родичів хворого стало відомо, що протягом останніх 20 років він страждає на бронхіальну астму з частими денними та нічними нападами ядухи.

- 1) Який діагноз необхідно встановити хворому?
- 2) Яка діагностична помилка була зроблена лікарем швидкої допомоги?
- 3) Які методи діагностики могли б допомогти встановленню правильного діагнозу?

№3 Хворий К., 34 роки, виставлено діагноз «бронхіальна астма середнього ступеня тяжкості персистуючий перебіг». За останні 3 роки, коли хвора використовувала серетид для постійного лікування, загострення хвороби не відмічались. Протягом останнього тижня пацієнтка перестала застосовувати вищеназваний препарат, у зв'язку з чим її стан різко погіршився. Каретою «швидкої допомоги» вона була доставлена у приймальне відділення лікарні. Об'єктивно: загальний стан хворої важкий, свідомість сплутана. Визначаються парадоксальні торакоабдомінальні рухи. Аускультативно дихання послаблене, хрипи не вислуховуються. Пульс – 58 за хвилину. Виконати спірографічне обстеження неможливо у зв'язку з тяжкістю стану

- 1) Сформулюйте діагноз.
- 2) Надайте невідкладну допомогу.
- 3) Який прогноз при розвитку такого стану?

Тема 3. Тромбоемболія легеневої артерії, як загально медична проблема

Тестові запитання

1. Причиною кашлю з кровохарканням, що супроводжується задишкою, може бути:
 - A. Дольова пневмонія
 - B. Серцева лівошлуночкова недостатність
 - C. Тромбоемболія легеневої артерії
 - D. Всі перераховані причини
 - E. Ні одна з наведених причин
2. Найчастішими причинами виникнення болю в грудній клітці може бути:
 - A. Спонтанний пневмоторакс
 - B. Міжреберна невралгія, міозит
 - C. Тромбоемболія легеневої артерії
 - D. Всі наведені причини.
 - E. Плевропневмонія
3. Задишка виникає раптово при всіх наведених захворюваннях, окрім:
 - A. Спонтанний пневмоторакс
 - B. Тромбоемболія легеневої артерії
 - C. Параліч діафрагми
 - D. Психоневротичний стан
 - E. Застійна серцева недостатність
4. Який з перерахованих препаратів є найефективнішим антиагрегантом?
 - A. Сустанг-форте
 - B. Аспірин
 - C. Фенілін
 - D. Діхлотіазід
 - E. Ніфедіпін
5. Найбільш імовірною причиною раптової задишки у ліжкового хворого після розширення режиму є:
 - A. Тромбоемболія легеневої артерії
 - B. Гіпостатична пневмонія
 - C. Спонтанний пневмоторакс
 - D. Параліч діафрагми
 - E. Все перераховане
6. Акроціаноз виникає внаслідок:
 - A. Зменшення кількості кисню через вазоспазм дрібних судин
 - B. Збільшення кількості кисню через вазоспазм дрібних судин
 - C. Дилатація дрібних судин
 - D. Все перераховане
 - E. Нічого з перерахованого.
7. Розвиток акроціанозу при тромбоемболії легеневої артерії зумовлений?
 - A. Лівошлуночкова серцева недостатність
 - B. Правошлуночкова серцева недостатність
 - C. Зміна тону судин з порушенням мікроциркуляції
 - D. Все перераховане
 - E. Жодне з перерахованого.
7. Біль в грудній клітці при ТЕЛА має характер:
 - A. Ангінозного болю
 - B. Колючого болю
 - C. Болю, який підсилюється при диханні
 - D. Тривалого, ниючого болю
 - E. Біль який підсилюється у горизонтальному положенні
8. Який з наведених діагностичних методів дозволяє неінвазивно виміряти тиск в легеневій артерії?
 - A. ЕКГ
 - B. Катетеризація правих відділів серця

- С. Допплерехокардіографія
 - D. Рентгенографія органів грудної порожнини
 - Е. Радіонуклідна вентрикулографія
9. Який із наведених лікарських препаратів належать до інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу?
- A. Сілденафіл
 - B. Варфарин
 - С. Бозентан
 - D. Ілопрост
 - Е. Амлодипін
10. Найбільш інформативний метод виявлення легеневої гіпертензії:
- A. Вимірювання тиску в ПШ під час катетеризації правих відділів серця
 - B. Електрокардіографія
 - С. Допплерівське дослідження кровотоку через тристулковий клапан
 - D. Рентгенографія органів грудної порожнини
 - Е. Вимірювання центрального венозного тиску
11. Для лікування ТЕЛА високого ризику, ускладненої кардіогенним шоком, застосовують:
- A. Нітрогліцерин
 - B. Гідрохлоротіазид
 - С. Морфін
 - D. Фуросемід
 - Е. Стрептокіназу
12. Які дії лікаря у випадку підозри щодо розвитку ТЕЛА у хворого, що перебуває на лікуванні в терапевтичному відділенні?
- A. Продовжити лікувати хворого в терапевтичному відділенні
 - B. Перевести хворого до кардіологічного відділення
 - С. Перевести хворого до пульмонологічного відділення
 - D. Перевести хворого до хірургічного відділення
 - Е. Перевести хворого до відділення кардіореанімації
13. Етіологічними чинниками ТЕЛА є:
- A. захворювання серцево-судинної системи;
 - B. обширні травми та переломи кісток нижніх кінцівок і тазу;
 - С. злоякісні новоутворення;
 - D. всі перераховані чинники;
14. Як класифікується ТЕЛА за локалізацією тромба?
- A. масивна, субмасивна, мала;
 - B. гостра, підгостра, хронічна, рецидивуюча;
 - С. фульмінантна, масивна, рецидивуюча;
 - D. гостра, хронічна;
15. Назвіть класифікацію ТЕЛА за перебігом?
- A. блискавична, гостра, підгостра, рецидивуюча;
 - B. гостра, підгостра, рецидивуюча;
 - С. гостра, підгостра, хронічна;
 - D. бронхопульмональний шок, реканалізація, тромбінфарктна пневмонія;
16. До типових клінічних проявів ТЕЛА належать:
- A. ціаноз верхньої частини тулуба;
 - B. задишка;
 - С. набряки нижніх кінцівок;
 - D. болі за грудиною;
17. Які ознаки ТЕЛА можна виявити на оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки?
- A. високе стояння склепіння діафрагми;
 - B. розширення кореня легені;
 - С. розширення тіні серця вправо за рахунок правого передсердя;

- D. наявність численних округлих затемнень в легенях на боці ураження;
18. Які прояви є типовими для рецидивуючої форми ТЕЛА?
- A. раптова смерть;
 - B. формування інфарктів в легенях;
 - C. рецидивуючі (частіше двобічні) плеврити;
 - D. інтерстиційна пневмонія;
19. Які ознаки ТЕЛА можна виявити за даними селективної ангіопульмонографії?
- A. збільшення діаметра легеневої артерії;
 - B. зменшення діаметра легеневої артерії;
 - C. повна чи часткова відсутність контрастування легених судин на боці ураження;
 - D. дефекти наповнення у просвіті судин;
20. Які з перерахованих антикоагулянтів за механізмом дії належать до непрямих?
- A. фраксипарин;
 - B. фенілін;
 - C. клексан;
 - D. варфарин;
21. Які з перерахованих лікарських засобів належать до групи тромболітиків?
- A. актилізе;
 - B. лідаза;
 - C. стрептокіназа;
 - D. урокіназа;
22. Які заходи невідкладної лікарської допомоги слід вжити у хворих з ТЕЛА на догоспітальному етапі?
- A. попередження розвитку рефлекторного больового шоку (1– 2 мл 1% р-ну промедолу або 1 мл 2% р-ну морфіну або 3 мл 50% р-ну анальгіну з 1 мл 2% р-ну промедолу);
 - B. попередження утворення фібрину (10.000 – 15.000 ОД гепарину на фізрозчині в/в);
 - C. інсуфляція кисню через носові катетери;
 - D. застосування непрямих антикоагулянтів (варфарин по 3 мг на добу);
23. Застосування яких лікарських засобів є основним в консервативному лікуванні масивної ТЕЛА?
- A. прямих антикоагулянтів;
 - B. непрямих антикоагулянтів;
 - C. тромболітиків;
 - D. інсуфляція кисню;
24. Назвіть типове ускладнення, що розвивається після тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії:
- A. бронхоектази;
 - B. ексудативний плеврит;
 - C. тромбінфарктна пневмонія;
 - D. бульозна емфізема;
25. Виберіть оптимальний спосіб корекції важкої недостатності функції зовнішнього дихання у хворих з ТЕЛА в умовах стаціонару :
- A. інсуфляція кисню через носові катетери;
 - B. введення бронходилататорів (еуфілін);
 - C. штучна вентиляція мішком Амбу;
 - D. штучна вентиляція легень після інтубації тархеї;
26. Виберать покази до оперативного лікування ТЕЛА
- A. пацієнти з гострою масивною ТЕЛА;
 - B. пацієнти з протипоказаннями до тромболітичної терапії
 - C. пацієнти, у яких застосування тромболітизму та інтенсивної терапії не дало результату;
 - D. пацієнти з підозрою на формування ателектазу легені;
27. Який з перерахованих препаратів є оптимальним для тривалої профілактики ретромбозів у хворих після перенесеної ТЕЛА?
- A. варфарин;

- В. клексан;
- С. гепарин;
- Д. фрагмін;

Ситуаційні задачі

№1 Хворий 46 років після зняття гіпсу з ноги раптово відчув біль за грудиною, утруднене дихання. На 3 добу захворювання з'явилося кровохаркання. Об'єктивно: ортопное, виражений дифузійний ціаноз, набряклі шийні вени. ЧДД - 40/хв., ЧСС - 120/хв. АТ - 90/60 мм рт. ст. Печінка +4 см, болюча. Набряклість лівої гомілки. ЕКГ: синусова тахікардія. R у V₁ -9 мм.

- 1) Який стан можна запідозрити у пацієнта?
- 2) Який додатковий метод є золотим стандартом для діагностики цього стану?
- 3) Лікування.

№2 У хворої 58 років на 4-ту добу після оперативного втручання з приводу кістоми правого яєчника раптово з'явилися болі в правій половині грудної клітки з відходженням харкотиння рожевого кольору, підвищення температури тіла до 37,7 С. При обстеженні легень виявлено притуплення легеневого звуку в нижніх відділах справа, там же вислуховуються поодинокі вологі хрипи.

- 1) Яке ускладнення виникло у пацієнтки?
- 2) З якими станами необхідно диференціювати дані клінічний стан?
- 3) Невідкладна допомога.

Тема 4. Артеріальна гіпертензія. Діагностика, диференційна діагностика. Принципи лікування

Тестові запитання

1. У хворого, 68 років, що страждає на ІХС з артеріальною гіпертензією (АТ - 170/90 мм рт.ст., лікувався нітратами, дібазолом), стали з'являтися тривалі болі стискаючого характеру у серці, шум над черевною аортою. АТ неохотно поступово почав підвищуватися до 220/112 мм рт.ст. Відмічає задишку. На ЕКГ - уплощення зубця Т, гіпертрофія лівого шлуночка. Чим можна пояснити стабілізацію АТ на високому рівні?
 - А. Розвитком атеросклерозу ниркових артерій.
 - В. Прогресуванням гіпертонічної хвороби.
 - С. Розвитком нефроангіосклерозу.
 - Д. Приєднанням "застійної гіпертонії".
 - Е. Неадекватною гіпотензивною терапією.
2. У допризивника, 17 років, на медкомісії виявлений АТ 180/110 мм рт.ст. Скарг немає. У дитинстві переніс кір, скарлатину. Ріст 165 - см, маса - 68 кг, ЧД - 15/хв., пульс - 80/хв., ритмічний. Грубий систолічний шум із максимумом в III м/р зліва від грудини. АТ на ногах - 100/55 мм рт.ст., температура тіла - 36,6°C. Який найбільше ймовірний діагноз?
 - А. Коарктація аорти.
 - В. Гіпертонічна хвороба.
 - С. НЦД.
 - Д. Стеноз гирла аорти.
 - Е. Хвороба Такаясу.
3. На прийом до лікаря звернулася жінка 42 років зі скаргами на головний біль, дискомфорт у поперековій ділянці. З анамнезу відомо, що під час вагітності (12 років тому) був «поганий» аналіз сечі. Об'єктивно: Межі серця – зміщення лівої межі серця. Тони приглушені, пульс – 72/хв., АТ – 180/100 мм рт.ст. На ЕКГ – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. В аналізі сечі за Нечипоренком: ер. – $1,5 \cdot 10^{12}/л$, л. – $6,0 \cdot 10^9/л$. Найбільш ймовірний діагноз:
 - А. Хронічний гломерулонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія.
 - В. Гіпертонічна хвороба I стадії.

- C. Хронічний пієлонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія.
 D. Реноваскулярна гіпертензія.
 E. Гіпертонічна хвороба II стадії, вторинне ураження нирок
4. Хвора, 35 років, скаржиться на приступи головного болю, серцебиття, дискомфорт за грудиною, озноби. Об'єктивно: блідість шкіри, зіниці розширені, ЧСС - 160/хв. АТ - 240/130 мм рт.ст. Під час приступу аналіз крові: лейкоцити - $11,8 \cdot 10^9/\text{л}$, цукор крові - 9,6 ммоль/л. При УЗД виявлене об'ємне утворення в проекції правого наднирника. У патогенезі даного захворювання головна роль належить?
- A. Викиду катехоламінів.
 B. Підвищеної секреції альдостерону.
 C. Викиду тироксинів (Т3, Т4).
 D. Високої концентрації гідрокортизону.
 E. Високої концентрації серотоніну.
5. Жінка, 30 років, скаржиться на підвищення АТ, виражену слабкість, судоми, парези, що швидко зникають, серцебиття, запаморочення, головний біль. Підвищення АТ біля 3-х років. На ЕКГ: синусова тахікардія, подовження інтервалу QT, депресія ST у V1-V6, негативний зубець T у V3-V6. Аналіз сечі: реакція лужна, відносна щільність - 1010, білку, цукру немає, осад без зміни. Калій крові - 2,9 ммоль/л, натрій - 160 ммоль/л. Що викликало підвищення АТ?
- A. Синдром Кона.
 B. ГХ II стадії.
 C. ГХ I стадії.
 D. Хвороба Іценко-Кушинга.
 E. Хронічний пієлонефрит.
6. Хворий, 35 років, скаржиться на підвищення АТ, головний біль, шум у вухах, серцебиття. Об'єктивно: пульс - 100/хв., ритмічний, напружений. АТ - 240/100 мм рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво на 1 см, I тон над верхівкою серця ослаблений, акцент II тону над аортою. Вислуховується грубий систолічний шум біля пупка з двох сторін. Яка патологія обумовлює таку клінічну картину?
- A. Стеноз ниркових артерій.
 B. Гіпертонічна хвороба.
 C. Хронічний гломерулонефрит.
 D. Нефроптоз.
 E. Синдром Кона.
7. Жінка, 27 років, скаржиться на сильний головний біль, запаморочення, погіршення зору, часті носові кровотечі. Хворіє 2 роки. Пульс - 68/хв, ритмічний, напружений. АТ на правій руці - 280/140 мм рт.ст., на лівій руці - 230/100 мм рт.ст. із незначними коливаннями протягом 6 днів спостереження. Ліва межа відносної серцевої тупості - по лівій передній аксиллярній лінії, акцент II тону над аортою. Вище пупка зліва - грубий систолічний шум. Ймовірний генез АГ?
- A. Реноваскулярний.
 B. Гемодинамічний.
 C. Ендокринний.
 D. Есенціальний.
 E. Ренопаренхіматозний.
8. Хворий, 18 років, скаржиться на почуття холоду в ногах, головний біль, запаморочення. Об'єктивно: гіперемія шкіри, пульс - ритмічний, 88/хв., АТ - 180-120 мм рт.ст. Вислуховується систолічний шум у II м/р зліва, що проводиться на судини шиї і краще вислуховується в міжлопаточному просторі. Рентгенологічно: узурація нижньої поверхні ребер. Зазначте найбільше ймовірне захворювання.
- A. Коарктація аорти.
 B. Атеросклероз аорти.
 C. Дефект міжшлункової перетинки.
 D. Гіпертонічна хвороба.

Е. Аневризма аорти.

9. Хвора, 58 років, скаржиться на періодичний головний біль, запаморочення і шум у вухах. Протягом 15 років страждає на цукровий діабет. Об'єктивно: тони серця ритмічні, ЧСС - 76/хв., акцент II тону над аортою, АТ - 180/110 мм рт.ст. Аналіз сечі: питома вага - 1014. Добова протеїнурия - 1,5 г/добу. Препаратом вибору для лікування артеріальної гіпертензії буде:

А. Інгібітори АПФ.

В. Бета-адреноблокатори.

С. Антагоністи кальцію.

Д. Тіазидові діуретики.

Е. Альфа-адреноблокатори.

10. Жінка, 61 року, протягом 2 років приймала аделіфан для лікування ГХ. Останні 6 місяців тиск залишався постійно підвищеним, з'явилася задишка і серцебиття при ходьбі. Рік тому був виявлений цукровий діабет, приймає манініл. Об'єктивно: надлишкова вага. ЧД - 20/хв., пульс - 80/хв., АТ - 180/105 мм рт.ст. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою. У легенях везикулярне дихання. Печінка не збільшена, набряків немає. Що найкраще призначити хворій для лікування?

А. Інгібітори АПФ.

В. Бета-блокатори.

С. Діуретики.

Д. Клофелін.

Е. Гангліоблокатори.

11. Артеріальною гіпотензією вважається зниження артеріального тиску для чоловіків нижче:

А. 90/60 мм.рт.ст.

В. 100/60 мм.рт.ст.

С. 95/60 мм.рт.ст.

Д. 110/65 мм.рт.ст.

12. Артеріальною гіпотензією вважається зниження артеріального тиску для чоловіків нижче:

А. 90/60 мм.рт.ст.

В. 100/60 мм.рт.ст.

С. 95/60 мм.рт.ст.

Д. 110/65 мм.рт.ст.

13. Причинами фізіологічної гіпотензії є все крім:

А. Заняття спортом

В. Акліматизації.

С. Адаптації до умов високогір'я.

Д. Важкої фізичної роботи.

14. В основі гіпотензії лежать наступні механізми крім:

А. Зменшення гормональної активності кори надниркових залоз.

В. Гіпокаліємії.

С. Зниження активності реніну.

Д. Зменшення загального периферичного опору кровотоку.

Е. Неадекватного збільшення серцевого викиду.

15. При артеріальній гіпотензії хворі не скаржаться на:

А. Зниження працездатності.

В. Слабкість

С. Ниючий біль у серці спокій, після сну.

Д. Стискаючий біль у серці при фізичному навантаженні.

Е. Невмотивовану тривогу.

16. Причиною вторинної артеріальної гіпотензії не може бути:

А. Аортальний стеноз

В. Хвороба Аддісона

- С. Кишкова кровотеча
- Д. Недостатність мітрального клапана
- Е. Субаортальний стеноз.

17. Аритмогенна непритомність виникає в результаті:

- А. Раптового зниження серцевого викиду
- В. Енергетичної недостатності міокарду
- С. Дилатації судин великого кола кровообігу.
- Д. Різкого зниження вироблення реніну.

18. Причиною аритмогенної непритомності не може бути:

- А. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса
- В. Пароксизм фібриляції передсердь
- С. Синдром передчасної реполяризації
- Д. Пароксизм шлуночкової тахікардії.

19. Аритмогенна непритомність може виникнути в положенні:

- А. Стоячи
- В. Сидячи
- С. Лежачи
- Д. У будь-якому положенні.

20. Для аритмогенної непритомності нехарактерно:

- А. Серцебиття і перебої в ритмі серця
- В. Задовільний стан після відновлення ритму серця.
- С. Виражена сонливість після непритомності
- Д. Ознаки хронічної серцевої недостатності.

Ситуаційні задачі.

№1 Пацієнт К. у віці 24 років поступив в кардіологічне відділення зі скаргами на різкі головні болі, пульсацію в голові, задишку при фізичному навантаженні. Стан погіршився в останні півроку. Кілька років тому була діагностована артеріальна гіпертензія, в армії не служив через хворобу. Не обстежувався і не лікувався. Об'єктивно. Обличчя гіперемоване. Пульс 100 в хвилину, ритмічний, напружений. АТ - 200/120 мм.рт.ст. Ліва межа серця на 2 см вліво від серединно-ключично лінії. У міжлопатковому просторі вислуховується грубий систолічний шум. Пульс на артеріях стоп різко знижений.

- 1) Виставте попередній діагноз.
- 2) Назначте план обстеження.
- 3) Визначте подальшу тактику лікування.

№2 Хвора Н., 35 років, поступила в терапевтичне відділення зі скаргами на приступоподібні підйоми артеріального тиску до 220-240/130-140 мм.рт.ст. супроводжується тахікардією до 100-130 ударів за хвилину, субфібрилітетом, запамороченням, пульсуючим головним болем, тремтінням, задишкою, погіршенням зору, спрагою, позивами до сечовипускання. На тлі останнього нападу виникла задуха що супроводжувалась клакочучим диханням. Напади виникли рік тому і мають тенденцію до почастишання. Загальна тривалість нападів до півгодини. Часто провокуються фізичним навантаженням. У міжнападу стан задовільний. При огляді пульс 85 в хвилину, ритмічний. АД-140/85 мм.рт.ст. Ліва межа серця помірно зміщена вліво. Тони серця звучні. Дихання везикулярне. Нижній край печінки на рівні реберної дуги. Набряків немає.

- 1) Виставте попередній діагноз.
- 2) Назначте план обстеження
- 3) Визначте подальшу тактику лікування.

№3 Пацієнт П., 20 років, з'явився на прийом кардіолога зі скаргами на сильні головні болі в потиличній області, колючі болі в серці. З дитинства відзначає підвищення артеріального тиску. При огляді виявлено підвищений артеріальний тиск Ліва рука - 200/120 мм. рт.ст., права рука - 205/125 мм.рт.ст. Тони серця звучні. Акцент другого тону на аорті. Праворуч на рівні пупка вислуховується систолічний шум.

- 1) Виставте попередній діагноз.
- 2) Назначте план обстеження.
- 3) Визначте подальшу тактику лікування.

№4 Жінка 25 років скаржиться на часті непритомні стани, що виникають після нервових стресів, в задушливих приміщеннях, в жарку пору року. Втрати свідомості передують непритомний стан: нудота, різка слабкість, запаморочення, дзвін у вухах. У горизонтальному положенні стан покращується. Під час непритомності - шкірні покриви бліді, вологі, пульс на променевій артерії ниткоподібний або відсутній. Систолічний артеріальний тиск менше 80 мм.рт.ст. Після нападу через кілька хвилин вся симптоматика зникає.

- 1) Який тип непритомності виникає у пацієнтки?
- 2) Як надати першу допомогу?
- 3) Медикаментозне та немедикаментозне лікування жінки.
- 4) Який прогноз цього стану?

№5 Хворий 66 років переніс рік тому інфаркт міокарда під час фізичного навантаження (працював на дачі) раптово втратив свідомість. Виникли клонічні судоми, мимовільне сечовипускання. Напад тривав в цілому кілька хвилин. За 20 секунд не визначався пульс на сонній артерії. Після нападу відзначалася сплутаність свідомості.

- 1) Сформулюйте попередній діагноз
- 2) Призначте план обстеження.
- 3) Проведіть диференційну діагностику.
- 4) Опишіть невідкладну допомогу
- 5) Складіть план лікування надалі.

Тема 5. Ішемічна хвороба серця. Принципи діагностики та лікування

Тестові запитання

1. Чоловік 57 років, страждає на стенокардію напруження протягом 5 років. Звернувся до терапевта в зв'язку з тим, що останні 2 тижні напади стенокардії виникають частіше, при меншому навантаженні, нітрогліцерин допомагає гірше. Об'єктивно: підвищеної вгодованості. Межі серця розширені вліво, тони ослаблені, ЧСС і пульс – 76/хв., АТ – 160/90 мм рт. ст. Гомілки пастозні. На ЕКГ – гіпертрофія лівого шлуночка. Найкраща тактика ведення хворого – це:
 - A. Планова госпіталізація
 - B. Невідкладна госпіталізація
 - C. Провести додаткові дослідження
 - D. Продовжити амбулаторне лікування
 - E. Консультація кардіохірурга
2. Хвора 62 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, набряки ніг. 3 роки тому перенесла інфаркт міокарда з зубцем Q. Об'єктивно: ортопне, акроціаноз. ЧСС – 108/хв. АТ – 140/80 мм рт. ст. Пульс – 82/хв., фібриляція передсердь. ЧД – 22/хв. Тони серця послаблені, над верхівкою систолічний шум. Дихання жорстке, в нижніх відділах незвучні дрібно пухирчасті хрипи. Печінка на 4 см нижче правої реберної дуги. Хвора отримує дігосин та сечогінні. Що ще обов'язково потрібно використати у лікуванні?
 - A. Інгібітори АПФ
 - B. Мілдронат
 - C. Препарати калію
 - D. АТФ-лонг
 - E. Верпаміл
3. Чоловік 60 років, понад 10 років страждає гіпертонічною хворобою. У минулому році переніс інфаркт міокарда. Інвалід III групи. Постійно приймає 30 мг нітросорбиду за добу. При огляді – ціаноз, набухання судин ший, задишка при незначному фізичному навантаженні, набряки ніг. Розміри серця поширені вліво, тони послаблені, над верхівкою – сис-

толічний шум, акцент II тону на аорті. Пульс – 96/хв., АТ – 130/90 мм рт. ст. Вкажіть причину нормалізації артеріального тиску у хворого.

- А. Постійне вживання нітратів
 - В. Регрес атеросклерозу
 - С. Підвищення рівня натрійуретичного гормону
 - Д. Підвищення об'єму циркулюючої крові
 - Е. Падіння скоротливості міокарда
4. Чоловік 52 років, страждає нападами болю за грудиною (до 5 разів на добу), що виникають при ході. Об'єктивно: підвищеної вгодованості. Межі серця поширені вліво + 1 см, тони приглушені, ЧСС – пульс – 72/хв., АТ – 180/110 мм рт. ст. Печінка + 1 см, гомілки пастозні. На ЕКГ – гіпертрофія лівого шлуночка, поодинокі шлуночкові екстрасистоли. В даному випадку функціональний клас стенокардії залежить від:
- А. Наявності гіпертрофії лівого шлуночка
 - В. Рівня артеріального тиску
 - С. Наявності порушення ритму
 - Д. Толерантності до фізичного навантаження
 - Е. Симптомів серцевої недостатності
5. Хворий 52 років, скаржаться на напади стискаючих болів за грудиною, які іррадіюють в ліву руку. Виникають рідко, при значному фізичному навантаженні. Хворіє 1 рік. Об'єктивно: межі серця розширені вліво, тони ослаблені. Пульс – 76/хв., ритмічний. АТ – 155/80 мм рт. ст. Гомілки пастозні. На ЕКГ – ліво грама, решта – без особливостей. Що треба зробити додатково, щоб підтвердити діагноз стенокардії?
- А. Визначити трансамінази в крові
 - В. Ехокардіоскопію
 - С. Велоергометрію
 - Д. Визначити ліпопротеїди в крові
 - Е. Загальний аналіз крові
6. Хвора 48 років, що страждає аортальним стенозом ревматичного генезу, скаржиться на періодичні стискаючі болі в області серця тривалістю до 5 хвилин. Змушена сповільнити крок, іноді зупинятися. Пастозність гомілок. АТ – 150/90 мм рт. ст. Пульс – 66/хв. Як можна розцінити больовий синдром?
- А. Клімактерична кардіалгія
 - В. Гемодинамічна стенокардія
 - С. Варіантна стенокардія
 - Д. Ангіоневротична стенокардія
 - Е. Аорталгія
7. Чоловік 54 років, скотар, під час фізичної роботи та швидкої ходьби відмічає появу пекучого болю за грудиною, який віддає в ліву руку. Біль вщухає, якщо фізичне навантаження припинити. Регулярно вживає алкоголь. Об'єктивно: незначна гіперемія обличчя, є розширення дрібних судин на носі та щоках. Болісність при пальпації в паравертебральних точках зліва на рівні Th_{IV} – Th_{VI}. Межі серця розширені вліво + 2 см, тони ослаблені, ЧСС – 86/хв., АТ – 180/105 мм рт. ст. Печінка + 3 см. Незначні набряки на нижніх кінцівках. На ЕКГ – гіпертрофія лівого шлуночка. За даними УЗД, в жовчному міхурі є конкремент діаметром до 4 мм. Найбільш вірогідною причиною болю в ділянці серця є:
- А. Гіпертонічна хвороба
 - В. Алкогольна кардіоміопатія
 - С. Жовчокам'яна хвороба
 - Д. Остеохондроз хребта
 - Е. ІХС: стенокардія напруження
8. Хворий В., 47 років, протягом року скаржиться на болі за грудиною, стискувального характеру, що не зменшуються після прийому нітросорбїду в дозі 40 мг на добу, який вживає протягом року. На ЕКГ – рубцеві зміни перенесеного інфаркту міокарда. Гомілки пастозні. Що є ймовірною причиною вказаних скарг?
- А. Розвиток толерантності до нітратів

- В. Розвиток нестабільної стенокардії
 С. Рецидив інфаркту міокарда
 D. Розвиток повторного інфаркту міокарда
 Е. Недостатня доза нітропрепаратів
9. У чоловіка 57 років, що протягом 10 років страждає на стабільну стенокардію напруження, раптово виник інтенсивний стискаючий біль за грудиною, відчуття нестачі повітря. Після прийому 3 таблеток нітрогліцерину біль зменшився, але не пройшов, через 30 хв. став нестерпним, наростала задишка. Об'єктивно: блідість шкіри, набряки на нижніх кінцівках. Пульс – 100/хв., АТ – 100/60 мм рт. ст. Над верхівкою – ослаблений І тон. Який попередній діагноз?
- А. Прогресуюча стенокардія
 В. Перикардит
 С. Розшарування аорти
 D. Інфаркт міокарда
 Е. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
10. Чоловік 34 років, скаржиться на періодичний біль в області серця у нічний час, що триває до 15 хв., нітрогліцерин помітного ефекту не дає. На ЕКГ, записаний сьогодні в поліклініці, змін не має. Об'єктивно: пульс – 70/хв., АТ – 120/70 мм рт. ст. Пастозні набряки на нижніх кінцівках. На ЕКГ, записаний раніше, у момент приступу, зафіксований підйом сегмента ST на 3 мм. У даному випадку варто запідозрити:
- А. Стабільну стенокардію І ФК
 В. Міжреберну невралгію
 С. Стенокардію Принцметала
 D. Діафрагмальну килу
 Е. Прогресуючу стенокардію
11. Хворий У. 58 років, скаржиться на різке утруднення дихання, біль за грудиною стискаючого характеру з іррадіацією в ліве плече, лопатку, ліву руку. При об'єктивному обстеженні пульс 100 уд./хв. Артеріальний тиск 130/100 мм рт.ст. Хворий блідий, лице з синюшним відтінком. Тони серця ослаблені, ритмічні. Над легеньми множинні вологі хрипи, відчутні на відстані. На ЕКГ патологічний зубець Q в V1-V4, вольтаж R знижений, сегмент ST на ізолінії зубець Т позитивний.
- Ваш попередній діагноз:
- А. Великовогнищевий інфаркт міокарду, с-м Дресслера
 В. Великовогнищевий інфаркт міокарду, набряк легень
 С. Дрібновогнищевий інфаркт міокарду, крупозна пневмонія
 D. Великовогнищевий інфаркт міокарду, анасарка
 Е. Дрібновогнищевий інфаркт міокарду, клапанний пневмоторакс.
12. При поступленні на приймальний покій чоловік 50 років, скаржиться на появу сильних ангінозних нападів за грудиною з іррадіацією в шию та нижню щелепу і тривалістю до 10 хв. За останній час болі почастішали до 10-15 раз на добу. Ваш попередній діагноз?
- А. Невралгія
 В. Інфаркт міокарду
 С. Міозит
 D. Нестабільна стенокардія
 Е. Алкогольна міокардиодистрофія
13. При поступленні (20-00) на приймальний покій ОКД: хворий Х. 50 років, скаржиться на появу (три тижні тому) сильних ангінозних нападів за грудиною з іррадіацією в шию та нижню щелепу і тривалістю до 10 хв. За останній час болі почастішали до 10-15 раз на добу. ЕКГ: зміни відсутні. Ваша тактика?
- А. Госпіталізація хворого
 В. Перебування хворого в приймальному відділенні до ранку, наступна госпіталізація за місцем проживання
 С. Направлення хворого в поліклініку за місцем проживання
 D. Направлення хворого в спеціалізоване ревматологічне відділення

Е. Надання рекомендацій по зміні режиму прийому і дозування препаратів на дому

14. Хворий Д. 47 років, раптово відчув колючий та стискаючий біль за грудиною під час виконання важкої фізичної праці. Раніше подібних приступів не спостерігав. Об-но: Пульс – 70 за 1хв. АТ-130/80 мм.рт.ст; межі серця відповідають віковій нормі; ЕКГ – зубці та сегменти без особливостей. Ваш попередній діагноз?

- А. нестабільна стенокардія
- В. стабільна стенокардія напруги
- С. розшаровуюча аневризма аорти
- Д. тромбоемболія легеневої артерії
- Е. кила стравоходного отвору діафрагми

15. Хвора Р., 57 років була госпіталізована зі скаргами на сильний довготривалий біль стискаючого характеру за грудиною, що віддає у ліву руку. Біль триває на протязі двох годин. Нітрогліцерин, який раніше знімав біль, виявився неефективним. Об-но: Блідість шкірних покривів, пульс 120 за хв., слабого наповнення, АТ – 90/60 мм.рт.ст. ЧД 22 за хв. Тони серця ослаблені. Дихання везикулярне, в нижніх відділах легень ослаблене. Живіт при пальпації неболючий. ЕКГ: зубці R не змінені, інтервал ST зміщений догори, негативний зубець Т в I та aVL відведеннях. У сироватці крові підвищений рівень ізоферменту КФК-МВ. Який з перерахованих діагнозів найбільш ймовірний:

- А. Стенокардія напруги, 3 ФК
- В. Прогресуюча стенокардія напруги
- С. Дрібновогнищевий ІМ передньої стінки лівого шлуночка
- Д. Великовогнищевий ІМ задньої стінки лівого шлуночка
- Е. Трансмуральний ІМ передньо-перетинкової ділянки та верхівки

16. Хвора Р., 57 років була госпіталізована зі скаргами на сильний довготривалий біль стискаючого характеру за грудиною, що віддає у ліву руку. Біль триває на протязі двох годин. Нітрогліцерин, який раніше знімав біль, виявився неефективним. Об-но: Блідість шкірних покривів, пульс 120 за хв., слабого наповнення, АТ – 90/60 мм.рт.ст. ЧД 22 за хв. Тони серця ослаблені. Дихання везикулярне, в нижніх відділах легень ослаблене. Живіт при пальпації неболючий. ЕКГ: зубці R не змінені, інтервал ST зміщений догори, негативний зубець Т в I та aVL відведеннях.

Що з перерахованого підтвердить діагноз:

- А. Фонокардіографія
- В. УЗД серця
- С. Рентгенографія органів грудної клітки
- Д. Визначення кардіоспецифічних ферментів сироватки крові

17. Хвора Р., 57 років була госпіталізована зі скаргами на сильний довготривалий біль стискаючого характеру за грудиною, що віддає у ліву руку. Біль триває на протязі двох годин. Нітрогліцерин, який раніше знімав біль, виявився неефективним. Об-но: Блідість шкірних покривів, пульс 120 за хв., слабого наповнення, АТ – 90/60 мм.рт.ст. ЧД 22 за хв. Тони серця ослаблені. Дихання везикулярне, в нижніх відділах легень ослаблене. Живіт при пальпації неболючий. ЕКГ: зубці R не змінені, інтервал ST зміщений догори, негативний зубець Т в I та aVL відведеннях.

Що з перерахованого є першочерговою дією по відношенню даного хворого:

- А. Негайна госпіталізація та введення знеболюючих препаратів
- В. Введення нітропрепаратів
- С. Проведення велоергометрії
- Д. Визначення кардіоспецифічних ферментів сироватки крові
- Е. Проведення УЗД серця

18. Хворому на інфаркт міокарда внаслідок помилки медичної сестри введена велика доза гепарину. Вкажіть антидот, який необхідно застосувати :

- А. протаміну сульфат
- В. вітамін К
- С. хлористий кальцій
- Д. вікасол

Е. амінокапронова кислота

19. Чоловік, 48 років, хворий на інфаркт міокарда раптово втратив свідомість, дихання та серцебиття не визначаються. На ЕКГ – великохвильова фібриляція шлуночків. Проведена дефібриляція нормальну серцеву діяльність не відновила. З метою підвищення чутливості до дефібриляції слід ввести :

- А. пропранолол
- В. лідокаїн
- С. атропін
- Д. строфантин
- Е. дроперидол

20. Чоловік 42 років доставлений у лікарню зі скаргами на стискаючий та пекучий біль в ділянці серця з ірадіацією в ліве плече та ліву лопатку, задишку, різку квалість. Больовий синдром виник вперше в житті після емоційного перенапруження, триває близько години. Об'єктивно: Рс 98 уд на 1 хв, ритмічний. Ат 130/80 мм рт.ст. Тони серця приглушені, шумів немає. На ЕКГ депресія сегменту ST та негативний зубець Т у відведеннях I, avL, V1-V4. Найбільш ймовірний діагноз:

- А. Стенокардія напруги
- В. Нестабільна стенокардія
- С. Дрібновогнищевий інфаркт міокарда
- Д. Великовогнищевий інфаркт міокарда
- Е. Трансмуральний інфаркт міокарда

Ситуаційні задачі

№1 Хвора А., 72 рок, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, за грудиною болі при ходьбі до 200 м, які проходять в стані спокою. Подібні болі почали турбувати протягом останнього місяця. Раніше болі ніколи не відчувала. Різке погіршення стану протягом останніх двох діб (болі почали турбувати стані спокою). В анамнезі ТЕМ з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: пульс – 76 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

ХМ ЕКГ: за час дослідження визначено: середньо-добова ЧСС – 74 за 1 хв, середньо-денна – 87 за 1 хв і нічна – 52 за 1 хв. Зареєстровано близько 580 епізодів шлуночкової політопної екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Епізоди депресії сегменту ST до 1 мм. Порогова ЧСС склала 84 уд/хвилину.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=59 мм, КСР=43 мм), ФВ=58%, фіброзне потовщення стінок аорти. Концентрична гіпертрофія лівого шлуночку.

1) *Встановіть клінічний діагноз?*

2) *Призначте план обстеження і лікування даного хворого?*

3) *Який прогноз у даного пацієнта?*

№2 Хворий М., 53 роки періодично протягом 2 років відмічав підвищення АТ до 150-160 мм.рт.ст., проте за допомогою не звертався і не обстежувався. В минулому році відмічав приступ за грудиною болей після психо-емоційного навантаження, проте не обстежувався. Сьогодні після психо-емоційного навантаження відчув пекучий біль за грудиною і запаморочення. БШД доставлений в кардіологічне відділення. Об-но: пульс – 72 в 1 хвилину, АТ – 130/70 мм рт.ст. На ЕКГ, записаної БШД ніяких змін не виявлено. При проведенні холтеровського моніторингу ЕКГ виявлена транзиторна горизонтальна депресія сегменту ST до 2 мм незалежно від ЧСС, що супроводжувалась за грудиною болями. На другу добу перебування в стаціонарі рівень тропоніну І 27,3 нг/мл (норма – до 0,5 нг/мл).

1) *Сформулюйте клінічний діагноз?*

2) *Призначте план обстеження хворого?*

3) *Визначте тактику лікування хворого?*

№3 Хвора К., 34 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на наростаючу протягом року загальну слабкість, млявість, сонливість, збільшення маси тіла, появу набряків на ногах. При огляді: одутлість обличчя, пастозність гомілок і стоп, сухість шкіри. Границі серця розширені вліво й вправо на 2,5 см. Тони серця глухі. ЧД 18 в 1 хв., ЧСС 64, ритм правильний, пульс повільний. АТ 140/70 мм рт. ст. Аналіз крові у нормі. ЕКГ: ритм синусовий, брадикардія, зниження вольтажу всіх зубців.

1) *Ваш попередній діагноз?*

2) *Ваша лікувальна тактика?*

3) *Чи показані сечогінні засоби?*

№4 Хвора С., 64 років, скаржитися на загальну слабкість, сухість у роті, спрагу.

У минулому часто хворіла ангінами. Останні 10 років визначається білок в аналізах сечі, але не надавала цьому значення, не обстежувалася й не лікувалася. При огляді: одутлість лиця, набряклість пальців рук, гомілок. Набряки з'явилися місяць тому назад, без видимої причини. Температура субфебрильна. Турбує сильна загальна слабкість, втрата апетиту, нудота, позиви на блювоту. Пульс 90 в 1 хв., напружений, ритмічний. АТ 160/110 мм рт. ст. І тон над верхівкою серця приглушений, систолічний шум і посилення II тону над аортою. Притуплення перкуторного тону в нижніх відділах легенів, везикулярне дихання в зонах притуплення ослаблене. Живіт збільшений у розмірах, що не дозволяє пропальпувати нижній край печінки. Аналіз крові: ер. $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 90 г/л, л. $14 \times 10^9/\text{л}$, н. 72%, п. 6%, ШОЕ 46 мм/год. Креатинін крові 0,17 ммоль/л. Аналіз мочі: білок 1,25 г/л, л. до 60 в п/зору, ер. до 8 в п/зору, гіалінові циліндри до 6 в п/зору, проба Нечипоренко: л. $16,8 \times 10^6/\text{л}$, ер. $1,2 \times 10^6/\text{л}$.

1) *Ваш попередній діагноз?*

2) *Які необхідні додаткові засоби дослідження?*

№4 Хвора Д., 24 років, звернулася у поліклініку у зв'язку з набряком на лиці, віях (очі погано розкриваються), важкістю у потиличній області, нездужання, загальна слабкість. Температура тіла $37,2^\circ \text{C}$. Захворювання почалося сьогодні ранком, за 2 тижні перед тим перенесла гостре респіраторне захворювання, яке проявилось підвищенням температури до $37,8^\circ \text{C}$, нездужанням, загальною слабкістю, білою в горлі при ковтанні, невеликим кашлем. Потім стан покращився, приступила до роботи (працює маляром). Останні 2 роки часто застуджується. При огляді: набряклість, одутлість лиця, набряклість вій, на гомілках і пальцях рук – м'які набряки. Пульс 88 в 1 хв., ритмічний, слабкого наповнення, трошки напружений. АТ 140/95 мм рт. ст. Серцевий поштовх не прощупується, тони серця сильно ослаблені, II тон переважає над аортою. Інших змін з боку внутрішніх органів не виявлене. Синдром Пастернацького негативний по обидва боки. Аналіз крові: ер. $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 140 г/л, л. $7,2 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 18 мм/год. Аналіз мочі: реакція слабо кисла, відносна щільність 1,024, білок 3,8 г/л, л. до 4 в п/зору, ер. до 10-12 в п/зору, гіалінові циліндри до 6-8 в п/зору, зернисті 3-5 в п/зору.

1) *Ваш попередній діагноз?*

2) *Які необхідні додаткові засоби дослідження?*

3) *Ваша лікувальна тактика?*

Тема 6. Порушення ритму та провідності серця: стандарти діагностики, лікування, тактика ведення хворих.

Тестові завдання

1. У хворого на ІХС причиною виникнення екстрасистолії може бути:

- А. фіброзні зміни міокарда
- В. структурне ремоделювання та дисфункція міокарда
- С. зміни нейровегетативної регуляції серцевого ритма
- Д. хронічна ішемія міокарда
- Е. все перераховане

2. Основою фармакологічної дії пропафенону (ритмонорму) є :

- A. блокада швидких натрієвих каналів
 - B. блокада серотонінових рецепторів
 - C. блокада повільних кальцієвих каналів
 - D. блокада калієвих каналів
 - E. блокада дофамінергічних рецепторів
3. Диференційно-діагностичними критеріями ектопічних пароксизмальних тахікардій є:
- A. раптовість початку та кінця нападу аритмії
 - B. початок аритмії поступовий – є період «розігріву» та період «охолодження», ЧСС < 160 за 1 хв
 - C. строга ритмічність інтервалів R-R
 - D. хаотичність та різна полярність комплексів QRS
 - E. висока ефективність рефлекторних проб
4. Диференційно-діагностичними критеріями фібриляції передсердь є:
- A. наявність хвиль f-f різних за формою переважно у відведенні V₁, аритмічність R-R інтервалів
 - B. наявність хвиль F-F однакових за формою переважно у відведенні III і aVF у вигляді “пилки”, аритмічність R-R інтервалів
 - C. ЧСС > 160 за 1 хв і ритмічність інтервалів R-R
 - D. наявність феномену АВ-дисоціації
 - E. наявність продольної дисоціації АВ-вузла
5. Виберіть препарат, який слід застосовувати у хворих з фібриляцією передсердь для відновлення синусового ритма:
- A. строфантин
 - B. ритмонорм (пропафенон)
 - C. дофамін
 - D. каптопріл
 - E. лідокаїн
6. Приведіть основну ЕКГ-ознаку синоатріальної блокади II ст. Мобитц 1:
- A. подовження тривалості зубця Р
 - B. замісний несинусовий ритм
 - C. поступове укорочення інтервалу Р-Р з епізодичним випадінням комплексу PQRS
 - D. епізодичне випадіння комплексу PQRS
 - E. на звичайній ЕКГ не діагностується
7. Перерахуйте покази до імплантації постійного ШВР:
- A. повна АВ-блокада
 - B. АВ-блокада I ст.
 - C. АВ-блокада II ст. Мобитц 1
 - D. блокада правої ніжки пучка Гіса
 - E. вірно А і С
8. Хвора 38 років скаржиться на підвищення АТ до 160/90 мм рт.ст., перебої в роботі серця, які супроводжуються відчуттям страху, болями в ділянці серця. При фізикальному обстеженні патологічних змін не виявлено. ЕхоКГ-дослідження: геометрія камер серця та товщина стінок ЛШ в межах вікової норми. Гіперкінетичний тип центральної гемоциркуляції. При холтеровському моніторингу ЕКГ: середня ЧСС за добу 84 за 1 хв, зареєстровано переважання епізодів синусової тахікардії в денний час доби, за час дослідження зареєстровано до 138 епізодів шлуночкової екстрасистолії. Який із перерахованих препаратів доцільно призначити хворій в першу чергу?
- A. Метопролол
 - B. Аміодарон
 - C. Хінідин
 - D. Ніфідипін
 - E. Дізопірамід
9. Хворому М., 65 років з приводу нападу фібриляції передсердь в/в введено 10 мл 10% розчину новокаїнаміду. Через 10 хв після введення препарату стан хво-

рого значно погіршився: виникли виражена слабкість, запаморочення, задишка. Об'єктивно: хворий блідий, мокрий. ЧД – 22 за 1 хв. Пульс – 76 за 1 хв, аритмічний. ЧСС – 142 за 1 хв. АТ – 100/72 мм рт.ст. В нижніх відділах легень з обох сторін вологі хрипи. На ЕКГ: на тлі фібриляції передсердь зареєстровано виникнення частої політопної шлуночкової екстрасистолії, частих епізодів шлуночкової тахікардії. Приведіть ваше пояснення ситуації, що виникла.

- A. Кардіодепресивна дія новокаїнамід, набряк легень
 - B. Гіпотензивна дія новокаїнамід, колапс
 - C. Аритмогенна і кардіодепресивна дія новокаїнамід, набряк легень
 - D. Кардіодепресивна дія новокаїнамід, кардіогенний шок
 - E. Антихолінергічний ефект новокаїнамід
10. Хворий 54 років доставлений в терапевтичне відділення швидкою допомогою з приводу стійкого нападу тріпотіння передсердь, який виник протягом доби. Амбулаторно лікарем швидкої допомоги введено 10 мл 10% новокаїнамід після чого стан хворого погіршився – виникло запаморочення, посилилось відчуття серцебиття. Об'єктивно: хворий блідий, мокрий. Пульс до 150 за 1 хв, ритмічний, ниткоподібний. АТ – 90/60 мм рт.ст. Інші фізикальні дані без особливостей. На ЕКГ: тріпотіння передсердь з тахісистоїєю шлуночків (ЧСС – 150 за 1 хв), регулярний варіант (2:1). Який із перерахованих заходів є найбільш доцільним у даному випадку?
- A. Повторне введення 10 мл 10% новокаїнамід
 - B. Призначення хінідину по 0,6 г на добу до відновлення синусового ритму
 - C. Проведення електричної кардіоверсії
 - D. В/в болюсне введення 2 мл АТФ
 - E. В/в болюсне введення 1 мл 0,1% атропіну
11. У хворого на ІХС причиною виникнення екстрасистолії може бути:
- A. фіброзні зміни міокарда
 - B. структурне ремоделювання та дисфункція міокарда
 - C. зміни нейровегетативної регуляції серцевого ритма
 - D. хронічна ішемія міокарда
 - E. все перераховане
12. Основою фармакологічної дії пропafenону (ритмонорму) є :
- A. блокада швидких натрієвих каналів
 - B. блокада серотонінових рецепторів
 - C. блокада повільних кальцієвих каналів
 - D. блокада калієвих каналів
 - E. блокада дофамінергічних рецепторів
13. Диференційно-діагностичними критеріями ектопічних пароксизмальних тахікардій є:
- A. раптовість початку та кінця нападу аритмії
 - B. початок аритмії поступовий – є період «розігріву» та період «охолодження», ЧСС < 160 за 1 хв
 - C. строга ритмічність інтервалів R-R
 - D. хаотичність та різна полярність комплексів QRS
 - E. висока ефективність рефлекторних проб
14. Диференційно-діагностичними критеріями фібриляції передсердь є:
- A. наявність хвиль f-f різних за формою переважно у відведенні V₁, аритмічність R-R інтервалів
 - B. наявність хвиль F-F однакових за формою переважно у відведенні III і aVF у вигляді “пилки”, аритмічність R-R інтервалів
 - C. ЧСС > 160 за 1 хв і ритмічність інтервалів R-R
 - D. наявність феномену АВ-дисоціації
 - E. наявність продольної дисоціації АВ-вузла
15. Виберіть препарат, який слід застосовувати у хворих з фібриляцією передсердь для відновлення синусового ритма:

- A. строфантин
- B. ритмонорм (пропафенон)
- C. дофамін
- D. каптопріл
- E. лідокаїн

16. Приведіть основну ЕКГ-ознаку синоатріальної блокади II ст. Мобитц 1:

- A. подовження тривалості зубця Р
- B. замісний несинусовий ритм
- C. поступове укорочення інтервалу Р-Р з епізодичним випадінням комплексу PQRS
- D. епізодичне випадіння комплексу PQRS
- E. на звичайній ЕКГ не діагностується

17. Перерахуйте покази до імплантації постійного ШВР:

- A. повна АВ-блокада
- B. АВ-блокада I ст.
- C. АВ-блокада II ст. Мобитц 1
- D. блокада правої ніжки пучка Гіса
- E. вірно А і С

18. Хвора 38 років скаржиться на підвищення АТ до 160/90 мм рт.ст., перебої в роботі серця, які супроводжуються відчуттям страху, болями в ділянці серця. При фізикальному обстеженні патологічних змін не виявлено. ЕхоКГ-дослідження: геометрія камер серця та товщина стінок ЛШ в межах вікової норми. Гіперкінетичний тип центральної гемоциркуляції. При холтеровському моніторингу ЕКГ: середня ЧСС за добу 84 за 1 хв, зареєстровано переважання епізодів синусової тахікардії в денний час доби, за час дослідження зареєстровано до 138 епізодів шлуночкової екстрасистолії. Який із перерахованих препаратів доцільно призначити хворій в першу чергу?

- A. Метопролол
- B. Аміодарон
- C. Хінідин
- D. Ніфідипін
- E. Дізокірамід

19. Хворому М., 65 років з приводу нападу фібриляції передсердь в/в введено 10 мл 10% розчину новокаїнамід. Через 10 хв після введення препарату стан хворого значно погіршився: виникли виражена слабкість, запаморочення, задишка. Об'єктивно: хворий блідий, мокрий. ЧД – 22 за 1 хв. Пульс – 76 за 1 хв, аритмічний. ЧСС – 142 за 1 хв. АТ – 100/72 мм рт.ст. В нижніх відділах легень з обох сторін вологі хрипи. На ЕКГ: на тлі фібриляції передсердь зареєстровано виникнення частої політопної шлуночкової екстрасистолії, частих епізодів шлуночкової тахікардії. Приведіть ваше пояснення ситуації, що виникла.

- A. Кардіодепресивна дія новокаїнамід, набряк легень
- B. Гіпотензивна дія новокаїнамід, колапс
- C. Аритмогенна і кардіодепресивна дія новокаїнамід, набряк легень
- D. Кардіодепресивна дія новокаїнамід, кардіогенний шок
- E. Антихолінергічний ефект новокаїнамід

20. Хворий 54 років доставлений в терапевтичне відділення швидкою допомогою з приводу стійкого нападу тріпотіння передсердь, який виник протягом доби. Амбулаторно лікарем швидкої допомоги введено 10 мл 10% новокаїнамід після чого стан хворого погіршився – виникло запаморочення, посилюється відчуття серцебиття. Об'єктивно: хворий блідий, мокрий. Пульс до 150 за 1 хв, ритмічний, ниткоподібний. АТ – 90/60 мм рт.ст. Інші фізикальні дані без особливостей. На ЕКГ: тріпотіння передсердь з тахісистоїєю шлуночків (ЧСС – 150 за 1 хв), регулярний варіант (2:1). Який із перерахованих заходів є найбільш доцільним у даному випадку?

- A. Повторне введення 10 мл 10% новокаїнамід
- B. Призначення хінідину по 0,6 г на добу до відновлення синусового ритму

- С. Проведення електричної кардіоверсії
 D. В/в болюсне введення 2 мл АТФ
 Е. В/в болюсне введення 1 мл 0,1% атропіну

Ситуаційні задачі

№1 Хворий М., 59 років, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, 6 років тому переніс інфаркт міокарда. Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, серцебиття, часті перебої в роботі серця. Об'єктивно: пульс – 92 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

Результати ХМ ЕКГ: за час дослідження визначено: середньо-добова ЧСС – 88 за 1 хв, середньо-денна – 98 за 1 хв і нічна – 78 за 1 хв. Зареєстровано близько 4580 епізодів шлуночкової екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Зареєстровано до 11 епізодів парної та групової шлуночкової екстрасистолії, 3 епізоди (максимально до 15 с) мономорфної шлуночкової тахікардії.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=69 мм, КСР=53 мм), збільшення ІММЛШ до 184 г/м², ФВ=38%, фіброзне потовщення стінок аорти. Ознаки аневризми передньої стінки лівого шлуночка.

- 1) *Встановіть клінічний діагноз?*
- 2) *Призначте план обстеження і лікування даного хворого?*
- 3) *Надайте прогноз екстрасистолії в даного пацієнта?*

№2 У хворого А, який 8 років хворіє на гіпертонічну хворобу, вперше в житті виник пароксизм фібриляції передсердь. Тривалість пароксизму 48 годин, пульс – 110, ЧСС – 160 за 1 хв, АТ – 160/110 мм рт.ст. На тлі виникнення аритмії відмічається значне збільшення задишки, виникнення набряків гомілок.

- 1) *Сформулюйте клінічний діагноз?*
- 2) *Призначте план обстеження хворого?*
- 3) *Визначте тактику лікування хворого?*

№3 Пацієнт П., 64 років, доставлений в приймальне відділення лікарні зі скаргами на задуху. Погіршення стану спостерігається біля 4 днів, коли виникли сильне серцебиття і задишка. Хворіє на ІХС, гіпертонічну хворобу. 5 років тому переніс інфаркт міокарда. Постійно приймає лізіноприл, аспірин. Пульс – 120 за 1 хв, ритмічний. ЧСС – 160 за 1 хв. АТ-100/70 мм рт. ст. На верхівці серця при аускультатії – І тон значно послаблений, ритм галопа. В легенях при аускультатії в нижніх відділах з обох сторін маса вологих хрипів. На ЕКГ: ритм не синусовий, інтервали R-R однакові та складають 0,28 с, QRS=0,01 с, в III і aVF відведеннях – хвилі F однакової форми і амплітуди у вигляді пілки.

- 1) *Сформулюйте клінічний діагноз?*
- 2) *Складіть план обстеження хворого?*
- 3) *Визначте тактику лікування хворого?*

№4 Хворий А., 69 років, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, 5 років тому переніс інфаркт міокарда. Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, часті перебої в роботі серця, гомілкову запаморочення, 1 раз відмічалась втрата свідомості. Об'єктивно: пульс – 52 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

ХМ ЕКГ: за час дослідження визначено: середньо-добова ЧСС – 54 за 1 хв, середньо-денна – 52 за 1 хв і нічна – 38 за 1 хв. Зареєстровано близько 4580 епізодів шлуночкової політопної екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Зареєстровано паузи асистолії до 4 секунд, яким передують вкорочення Р-Р.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=59 мм, КСР=43 мм), ФВ=48%, фіброзне потовщення стінок аорти. Ознаки аневризми передньої стінки лівого шлуночка.

- 1) *Встановіть клінічний діагноз?*
- 2) *Призначте план обстеження і лікування даного хворого?*
- 3) *Який прогноз порушень ритму у даного пацієнта?*

№5 У хворого Н., 63 роки, який 8 років хворіє на гіпертонічну хворобу, вперше в житті втратив свідомість, перебуваючи на роботі. Зі слів колег він перебував без свідомості кілька секунд, а потім прийшов до тями. пульс – 48 в 1 хвилину, АТ – 180/70 мм рт.ст. На ЕКГ, записаної БШД ніяких змін не виявлено. При проведенні холтеровського моніторування ЕКГ виявлені епізоди АВ-блокади 2 ст. Мобітц 2 (2:1-4:1), періоди асистолії шлуночків до 3,5 сек.

- 1) *Сформулюйте клінічний діагноз?*
- 2) *Призначте план обстеження хворого?*
- 3) *Визначте тактику лікування хворого?*

№6 У хворого Р., 65 років, визначається виражена задишка, масивні набряки ніг. Погіршення стану спостерігається до 2 місяців. Хворіє на гіпертонічну хворобу, 3 роки тому переніс інфаркт міокарда. З моменту погіршення стану постійно приймає лізіноприл 20 мг на добу, верошпірон 25 мг на добу, фуросемід 80-120 мг через день, карді кет 40 мг на добу, однак результату не відчуває.

Пульс – 46 за 1 хв, аритмічний. АТ – 130/80 мм рт.ст. В легенях при аускультції в нижніх відділах вологі хрипи. На ЕКГ зареєстрована сіноатріальна блокада II ступеня Мобітц2, середня ЧСС -46 за 1 хв, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса.

- 1) *Сформулюйте клінічний діагноз?*
- 2) *Призначте план обстеження хворого?*
- 3) *Визначте тактику лікування хворого?*

Тема 7. Хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки

Тестові завдання

1. **Чоловік 21 року, скаржиться на періодичний ниючий біль в епігастрії. При обстеженні виявлено хронічний гастрит з підвищеною кислотоутворюючою функцією. Проведене лікування. Який препарат доцільно використовувати для первинної профілактики виразкової хвороби?**
 - A. Фамотидин
 - B. Церукал
 - C. Вікалін
 - D. Маалокс
 - E. Гастрофарм
2. **Хворий 52 років, уже півроку відзначає слабкість, швидку стомлюваність, відразу до м'ясної їжі, схуднення. Об'єктивно: блідий, у підключичній області зліва пальпується лімфовузол. Резистентність черевної стінки в епігастрії. В аналізі крові - анемія, у шлунковому вмісті виявлена молочна кислота. Представлена клінічна картина найбільш характерна для:**
 - A. В12-дефіцитної анемії
 - B. Раку шлунка
 - C. Залізодефіцитної анемії
 - D. Хронічного атрофічного гастриту
 - E. Лімфогрануломатозу
3. **Хворий 3., 35 років, скаржиться на давлячі болі в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відзначена помірна болючість у пілородуоденальній зоні. При фіброгастроскопії виявлено антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?**
 - A. Визначення Н. Рурогі у слизовій шлунка
 - B. Виявлення аутоантитіл у сироватці крові
 - C. Визначення рівня гастрину крові

- D. Дослідження шлункової секреції
 E. Дослідження рухової функції шлунка
4. Хворий 45 років, скаржиться на біль в надчеревній ділянці, лівому підребер'ї, що супроводжується багаторазовим блюванням без полегшення, здуття живота, проноси, схуднення. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: язик вологий, обкладений білим нашаруванням біля кореня; при глибокій пальпації живота виявляється невеликий біль в надчеревній ділянці і точці Мейо - Робсона. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги, неболюча. Селезінка не пальпується. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?
- A. Хронічний холецистит
 B. Хронічний атрофічний гастрит
 C. Хронічний панкреатит
 D. Виразкова хвороба
 E. Хронічний ентерит
5. У жінки 43 років виявлено скарги на нестійкі випорожнення з переважанням закріпів, здуття живота та біль спастичного характеру в нижній частині живота, а також головний біль, порушення сну. Вага тіла не змінена. Яким захворюванням найвірогідніше може бути викликана така клінічна картина?
- A. Хронічним панкреатитом
 B. Хронічним ентеритом
 C. Хронічним атрофічним гастритом
 D. Синдромом подразненої товстої кишки
 E. Раком кишківника
6. У чоловіка 42 років в аналізі шлункового соку вільна соляна кислота відсутня у всіх фазах. При ендоскопії - блідість, потоншення слизової шлунка, складки згладжені. Мікроскопічно: атрофія залоз із метаплазією по кишковому типу. Для якого захворювання характерна подібна ситуація?
- A. Рак шлунка
 B. Хронічний гастрит, тип А
 C. Хронічний гастрит, тип В
 D. Хронічний гастрит, тип С
 E. Хвороба Менетріє
7. У хворого 60 років при обстеженні виявлений хронічний аутоімунний гастрит з секреторною недостатністю. Який препарат найбільш показаний даному хворому?
- A. Де-нол
 B. Ранітидин
 C. Шлунковий сік
 D. Альмагель
 E. Вентер
8. Чоловік 67 років, скаржиться на втрату апетиту, відчуття важкості і розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, відрижку повітрям, їжею з затхлим запахом, нудоту. При дослідженні шлункової секреції виявлено ахілію. При проведенні ЕФГДС слизова шлунка потоншена, під нею спостерігається судинний малюнок. Який діагноз найбільш імовірний?
- A. Атрофічний гастрит
 B. Хронічний дискінетичний коліт
 C. Рак шлунка
 D. Хронічний гастродуоденіт
 E. Гастрит з кишковою метаплазією
9. У чоловіка 52 років, що страждає ерозивним гастритом, прогресує слабкість, серцебиття, запаморочення. Об'єктивно: блідість і сухість шкіри та слизових оболонок, ангулярний стоматит. Пульс - 104/хв., АТ - 130/75 мм рт. ст. Тони серця приглушені, систолічний шум біля верхівки і на основі серця. Печінка та селезінка не пальпуються. У крові виражена гіпохромна анемія. Який патогенетичний фактор може бути найважливішим у розвитку анемії в даному випадку?

- A. Крововтрата
 - B. Гемоліз еритроцитів
 - C. Дефіцит вітаміну B12
 - D. Інтотоксикація
 - E. Дефіцит фолієвої кислоти
10. Хворий 56 років, скаржиться на печію, відригування, що посилюються при нахилі тулуба, біль за грудиною при ковтанні. При рентгенологічному обстеженні виявлена кила стравохідного отвору діафрагми. Чим зумовлена дана клінічна картина?
- A. Хронічним гастритом
 - B. Виразкою шлунка
 - C. Ерозивним гастритом
 - D. Виразкою дванадцятипалої кишки
 - E. Рефлюкс-езофагітом
11. Хворий К., 49 років, скаржиться на порушення ковтання, особливо твердої їжі, гикавку, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15 кг за 2,5 місяці). Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. Легені: дихання везикулярне, тони серця достатньої гучності, ритмічні. Живіт м'який, при пальпації болю нема. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?
- A. Дослідження шлункової секреції
 - B. Клінічний аналіз крові
 - C. Езофагогастроуденоскопія з біопсією
 - D. Рентгенографія шлунка
 - E. Рентгенографія по Тренделенбургу
12. Хворий П., 36 років, скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювання, яке приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: вгодованість знижена. Шкіра бліда і суха. Язик з білим на шаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шоффара, Губергріца - Скульського, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який діагноз найбільш імовірний?
- A. Хронічний холецистит
 - B. Хронічний панкреатит
 - C. Виразкова хвороба
 - D. Хронічний гастродуоденіт
 - E. Хронічний ентероколіт
13. Хворий С, 23 років, скаржиться на тупий біль, відчуття важкості та розпирання в епігастрії одразу після їжі, відрижку тухлим, сухість у роті, нудоту, більш натщесерце, проноси. Об'єктивно: шкіра бліда, в міру схудлий. Живіт під час пальпації м'який, відмічається біль в епігастрії. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. В аналізі крові: НЬ - 110 г/л, Ер - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоцитарна формула - без змін. ШОЕ - 16 мм/год. Назвіть найбільш необхідне дослідження, яке допоможе встановити діагноз:
- A. Езофагогастроуденоскопія
 - B. Рентгенографія органів травлення
 - C. Дослідження шлункового соку
 - D. рН-метрія
 - E. Дуоденальне зондування
14. Хворий 24 років, сантехнік, звернувся в поліклініку зі скаргами на болі в епігастрії через 1-1,5 год. після їжі, нічні болі, часте блювання, яке дає полегшення. Багато курить, випиває. Об'єктивно: язик чистий. При поверхневій пальпації живота виявлений м'язевий дефанс, біль справа вище пупка. Лабораторно: реакція на приховану кров у калі позитивна. Який діагноз найбільш імовірний?
- A. Хронічний холецистит
 - B. Хронічний гастрит
 - C. Хронічний ентерит
 - D. Хронічний коліт

Е. Виразкова хвороба

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

А. Колоноскопія

В. рН-метрія

С. Ультразвукове дослідження

Д. Езофагогастродуоденоскопія

Е. Рентгеноскопія шлунка

16. Хворий Х, 28 років, скаржиться на печію, відрижку кислим, відчуття тиску та розпирання в епігастральній ділянці, закрепи. Подібні скарги з'являються після порушення дієти - вживання алкоголю, гострих страв, великих перерв у прийомі їжі. Ваш діагноз:

А. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

В. Гострий гастрит

С. Гострий холецистит

Д. Виразкова хвороба шлунка

Е. Хронічний гастрит

17. Хворий скаржиться на біль в епігастральній ділянці, нудоту, слабкість, головокружіння, блювоту, відчуття переповнення в шлунку. З анамнезу відомо, що напередодні був у кафе. Шкіра бліда, язик обкладено сіро-білим нальотом, відмічається збільшене слиновиділення. При пальпації відчуття болю в епігастральній області. Пульс - 100/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Ваш попередній діагноз:

А. Гострий гастрит

В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

С. Гострий панкреатит

Д. Хронічний гастрит

Е. Виразкова хвороба шлунка

18. У хворого інтенсивний біль вище пупка, який посилюється вночі, не проходить після їжі, а навпаки, збільшується після надмірного її вживання. Про які захворювання можна подумати?

А. Хронічний гастрит

В. Дискінезія жовчовивідних шляхів

С. Виразкова хвороба

Д. Хронічний панкреатит

Е. Хронічний холецистит

19. Хвора більше 20 років хворіє на хронічний гастрит. Препарати (вікалін, ранітидин), які раніше поліпшували стан, останнім часом не приносять полегшення. Під час останнього гастрофіброскопічного дослідження був виявлений атрофічний гастрит. Ваші рекомендації по лікуванню?

А. Гастропротектори

В. Замісна терапія

С. Вітамінотерапія

Д. Жовчогінні

Е. Антиоксидантна терапія

20. Хвора А. скаржиться на біль у правому підребер'ї, що з'являється після вживання жирної та смаженої їжі, гіркоту у роті, нестійкі випорожнення. Дані скарги турбують на протязі 6 років. Об'єктивно: гіперстенік, шкірні покриви звичайного вигляду. Печінка не збільшена. Відмічається болючість у точці Маккензі, позитивні симптоми Мерфі та Кера. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

А. Хронічний гастродуоденіт

В. Хронічний панкреатит

С. Хронічний холецистит

D. Хронічний гепатит

E. Виразкова хвороба 12-палої кишки

21. Хворий К., 42 років, скаржиться на постійне відчуття повноти в епігастральній ділянці, що підсилюється при прийомі великої кількості їжі, відчуття розпирання, болі, періодичну нудоту, блювоту з ознаками з'їденої напередодні їжі. Хворіє 5 років. За останні 3 міс. схуд на 4 кг. При об'єктивному дослідженні шкіра суха, язик вологий, покритий білим на шаруванням; при пальпації живота - "шум плеску". Нижня межа шлунка на 4 см нижче пупка. Вкажіть, для якого стану типові ці зміни?

A. Хронічний гастродуоденіт

B. Рак шлунка

C. Хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією

D. Пілоростеноз

E. Виразкова хвороба 12-палої кишки, фаза загострення

22. Чоловік 27 років, скаржиться на голодні і нічні болі в епігастрії, що знімаються прийомом їжі. При ЕФГДС виявлено антральний ерозивний гастрит, при біопсії слизової антрального відділу виявлено *Helicobacter Pylori*. Ваш діагноз?

A. Гастрит Менетріє

B. Ригідний антральний гастрит

C. Гастрит типу C

D. Гастрит типу B

E. Гастрит типу A

23. Хворий скаржиться на біль в епігастрії, що зникає після прийняття їжі, нудоту та блювання на висоті болю, яка полегшує стан. Який з етіологічних факторів найбільш вірогідний в розвитку цієї патології?

A. *Shigella*

B. *Pseudomonas aeruginosae*

C. *Streptococcus pyogenes*

D. *Staphylococcus aureus*

E. *Helicobacter pylori*

24. Хворий С. скаржиться на біль в епігастрії, що виникає після їжі через 2-3 год. та натще, печію, відрижку, закрепи. При огляді: астеничний, язик вологий, обкладений, болісність у пі-лородуоденальній зоні. Пульс - 72/хв. АТ - 100/70 мм рт. ст. Аналіз крові: НЬ - 138 г/л, Л - $5,2 \times 10^9$ /л. Дебіт-година НС1 у базальну фазу секреції -7,9 ммоль(лхгод.), у стимульовану -16,2 ммоль(лхгод.). Ваш діагноз?

A. Виразкова хвороба шлунка, фаза загострення

B. Хронічний гастрит, фаза загострення

C. Виразкова хвороба ДПК, фаза загострення

D. Хронічний панкреатит, фаза загострення

E. Хронічний холецистит, фаза загострення

25. Хворий В. відмічає слабкість, схуднення, втрату апетиту, відразу до м'ясної їжі, важкість у животі. При огляді: блідість шкіри, розлита болісність у епігастрії, резистентність черевної стінки. Аналіз крові: НЬ - 82г/л, ШОЕ - 52 мм/год. В калі: позитивна реакція на приховану кров, ФГДС - у тілі шлунка виразка з інфільтраційним краєм. Про яке захворювання можна думати?

A. Злоякісна пухлина в шлунка

B. Виразка шлунка

C. Виразка дванадцятипалої кишки

D. Хронічний гастрит

E. Хронічний панкреатит

26. Хворий 32-х років, скаржився на голодні і нічні болі зі зменшенням їх після їжі, прийому соди. Позитивний уреазний тест. Був призначений курс лікування кларитроміцином, метронідазолом і омепразолом. При контрольному дослідженні через 1 місяць уреазний тест негативний. Яку фармакотерапію рекомендуєте для подальшої лікарської реабілітації?

- A. Курси лікування стимуляторами - репарантами слизової
 - B. Нормалізатори дисмоторики шлунка
 - C. Призначення невсмоктуваних антацидів
 - D. Застосування блокаторів H₂-рецепторів
 - E. Холінолітики у великих дозах
27. Хвора 45-ти років, скаржиться на періодичні ниючі болі в біляпупково-вій області і нижніх відділах живота, що посилюються через 1,5-2 години після прийому їжі і зменшуються після дефекації й відходження газів, чергування проносів і закрепів. При пальпації живота виявляється болючість, гурчання, спазмована сигмовидна кишка. На колоноскопії виявлені атрофічні зміни слизової різної локалізації. Укажіть найбільш імовірний діагноз:
- A. Хронічний ентероколіт
 - B. Хвороба Крона
 - C. Неспецифічний виразковий коліт
 - D. Синдром подразненої товстої кишки
 - E. Хронічний панкреатит
28. Хворий 35 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці після їжі, блювання. При рентгенологічному обстеженні шлунок натщесерце містить рідину, кількість якої в процесі обстеження збільшується; в середній третині тіла по малій кривизні спостерігається "ніша" розмірами 0,5x0,7 см, оточена запальним валом, болюча при пальпації. Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика по великій кривизні посилена, спорожнення шлунка сповільнене. Ваш діагноз?
- A. Виразкова хвороба шлунка
 - B. Дивертикул шлунка
 - C. Хронічний ерозивний гастрит
 - D. Рак тіла шлунка
 - E. Компенсований стеноз ворота
29. У хворого 54 років раптово з'явився сильний біль в надчерев'ї. Об'єктивно: вимушене положення. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики застосовується для діагноза?
- A. Фіброгастродуоденоскопія
 - B. Пневмоперитонеографія
 - C. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
 - D. Іригоскопія
 - E. Контрастна рентгенографія шлунка та дванадцятипалої кишки
30. Хворий 35 років, що зловживає алкоголем, з погіршеннями в дієті, скаржиться на болі в епігастральній області, що виникають через 1-1,5 години після прийому їжі. При фіброга-стродуоденоскопії в антральному відділі шлунка визначається виражена гіперемія, дрібні дефекти, підвищена ранимість слизової оболонки. Яка найбільш імовірна причина виявленої патології?
- A. Наявність антитіл до парієтальних клітин
 - B. Аліментарний фактор
 - C. Токсична дія алкоголю
 - D. Нервова перенапруга
 - E. Інфікування *Helicobacter pylori*
31. Хворий К., 49 років, скаржиться на порушення ковтання, особливо твердої їжі, гикавку, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15 кг за 2,5 місяці). Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. Легені: дихання везикулярне, тони серця достатньої гучності, ритмічні. Живіт м'який, при пальпації болу нема. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?
- A. Дослідження шлункової секреції
 - B. Клінічний аналіз крові
 - C. Езофагогастродуоденоскопія з біопсією
 - D. Рентгенографія шлунка

Е. Рентгенографія по Тренделенбургу

32. Хворий П., 36 років, скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювання, яке приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: вгодованість знижена. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шоффара, Губергріца - Скульського, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Хронічний холецистит
- В. Хронічний панкреатит
- С. Виразкова хвороба
- Д. Хронічний гастродуоденіт
- Е. Хронічний ентероколіт

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

- А. Езофагогастродуоденоскопія
- В. Рентгенографія органів травлення
- С. Дослідження шлункового соку
- Д. рН-метрія
- Е. Дуоденальне зондування

34. Хворий 24 років, сантехнік, звернувся в поліклініку зі скаргами на болі в епігастрії через 1-1,5 год. після їжі, нічні болі, часте блювання, яке дає полегшення. Багато курить, випиває. Об'єктивно: язик чистий. При поверхневій пальпації живота виявлений м'язевий дефанс, біль справа вище пупка. Лабораторно: реакція на приховану кров у калі позитивна. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Хронічний холецистит
- В. Хронічний гастрит
- С. Хронічний ентерит
- Д. Хронічний коліт
- Е. Виразкова хвороба

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

- А. Колоноскопія
- В. рН-метрія
- С. Ультразвукове дослідження
- Д. Езофагогастродуоденоскопія
- Е. Рентгеноскопія шлунка

36. Хворий Х, 28 років, скаржиться на печію, відрижку кислим, відчуття тиску та розпирання в епігастральній ділянці, закрепи. Подібні скарги з'являються після порушення дієти - вживання алкоголю, гострих страв, великих перерв у прийомі їжі. Ваш діагноз:

- А. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
- В. Гострий гастрит
- С. Гострий холецистит
- Д. Виразкова хвороба шлунка
- Е. Хронічний гастрит

37. Хворий скаржиться на біль в епігастральній ділянці, нудоту, слабкість, головокружіння, блювоту, відчуття переповнення в шлунку. З анамнезу відомо, що напередодні був у кафе. Шкіра бліда, язик обкладено сіро-білим нальотом, відмічається збільшене слино-

виділення. При пальпації відчуття болю в епігастральній області. Пульс - 100/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Ваш попередній діагноз:

- A. Гострий гастрит
- B. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
- C. Гострий панкреатит
- D. Хронічний гастрит
- E. Виразкова хвороба шлунка

38. У хворого інтенсивний біль вище пупка, який посилюється вночі, не проходить після їжі, а навпаки, збільшується після надмірного її вживання. Про які захворювання можна подумати?

- A. Хронічний гастрит
- B. Дискінезія жовчовивідних шляхів
- C. Виразкова хвороба
- D. Хронічний панкреатит
- E. Хронічний холецистит

39. Хвора більше 20 років хворіє на хронічний гастрит. Препарати (вікалін, ранітидин), які раніше поліпшували стан, останнім часом не приносять полегшення. Під час останнього гастрофіброскопічного дослідження був виявлений атрофічний гастрит. Ваші рекомендації по лікуванню?

- A. Гастропротектори
- B. Замісна терапія
- C. Вітамінотерапія
- D. Жовчогінні

Антиоксидантна терапія

40. Хвора А. скаржиться на біль у правому підребер'ї, що з'являється після вживання жирної та смаженої їжі, гіркоту у роті, нестійкі випорожнення. Дані скарги турбують на протязі 6 років. Об'єктивно: гіперстенік, шкірні покриви звичайного вигляду. Печінка не збільшена. Відмічається болючість у точці Маккензі, позитивні симптоми Мерфі та Кера. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A. Хронічний гастродуоденіт
- B. Хронічний панкреатит
- C. Хронічний холецистит
- D. Хронічний гепатит
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки

41. Хворий К., 42 років, скаржиться на постійне відчуття повноти в епігастральній ділянці, що підсилюється при прийомі великої кількості їжі, відчуття розпирання, болі, періодичну нудоту, блювоту з ознаками з'їденої напередодні їжі. Хворіє 5 років. За останні 3 міс. схуд на 4 кг. При об'єктивному дослідженні шкіра суха, язик вологий, покритий білим нашаруванням; при пальпації живота - "шум плеску". Нижня межа шлунка на 4 см нижче пупка. Вкажіть, для якого стану типові ці зміни?

- A. Хронічний гастродуоденіт
- B. Рак шлунка
- C. Хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією
- D. Пілоростеноз
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки, фаза загострення

42. Чоловік 27 років, скаржиться на голодні і нічні болі в епігастрії, що знімаються прийомом їжі. При ЕФГДС виявлено антральний ерозивний гастрит, при біопсії слизової антрального відділу виявлено *Helicobacter Pylori*. Ваш діагноз?

- A. Гастрит Менетріє
- B. Ригідний антральний гастрит
- C. Гастрит типу С
- D. Гастрит типу В
- E. Гастрит типу А

43. Хворий скаржиться на біль в епігастрії, що зникає після прийняття їжі, нудоту та блювання на висоті болю, яка полегшує стан. Який з етіологічних факторів найбільш вірогідний в розвитку цієї патології?
- Shigella
 - Pseudomonas aeruginosae
 - Streptococcus pyogenes
 - Staphylococcus aureus
 - Helicobacter pylori
44. Хворий С. скаржиться на біль в епігастрії, що виникає після їжі через 2-3 год. та натще, печію, відрижку, закрепи. При огляді: астенічний, язик вологий, обкладений, болісність у пі-лородуоденальній зоні. Пульс - 72/хв. АТ - 100/70 мм рт. ст. Аналіз крові: НЬ - 138 г/л, Л - $5,2 \times 10^9$ /л. Дебіт-година НС1 у базальну фазу секреції -7,9 ммоль(лхгод.), у стимульовану -16,2 ммоль(лхгод.). Ваш діагноз?
- Виразкова хвороба шлунка, фаза загострення
 - Хронічний гастрит, фаза загострення
 - Виразкова хвороба ДПК, фаза загострення
 - Хронічний панкреатит, фаза загострення
 - Хронічний холецистит, фаза загострення
45. Хворий В. відмічає слабкість, схуднення, втрату апетиту, відразу до м'ясної їжі, важкість у животі. При огляді: блідість шкіри, розлита болісність у епігастрії, резистентність черевної стінки. Аналіз крові: НЬ - 82г/л, ШОЕ - 52 мм/год. В калі: позитивна реакція на приховану кров, ФГДС - у тілі шлунка виразка з інфільтраційним краєм. Про яке захворювання можна думати?
- Злоякісна пухлина в шлунка
 - Виразка шлунка
 - Виразка дванадцятипалої кишки
 - Хронічний гастрит
 - Хронічний панкреатит
46. Хворий 32-х років, скаржився на голодні і нічні болі зі зменшенням їх після їжі, прийому соди. Позитивний уреазний тест. Був призначений курс лікування кларитроміцином, метронідазолом і омепразолом. При контрольному дослідженні через 1 місяць уреазний тест негативний. Яку фармакотерапію рекомендуєте для подальшої лікарської реабілітації?
- Курси лікування стимуляторами - репарантами слизової
 - Нормалізатори дисмоторики шлунка
 - Призначення невсмоктуваних антацидів
 - Застосування блокаторів H₂-рецепторів
 - Холінолітики у великих дозах
47. Хвора 45-ти років, скаржиться на періодичні ниючі болі в біляпупко-вій області і нижніх відділах живота, що посилюються через 1,5-2 години після прийому їжі і зменшуються після дефекації й відходження газів, чергування проносів і закрепів. При пальпації живота виявляється болючість, гурчання, спазмована сигмовидна кишка. На колоноскопії виявлені атрофічні зміни слизової різної локалізації. Укажіть найбільш імовірний діагноз:
- Хронічний ентероколіт
 - Хвороба Крона
 - Неспецифічний виразковий коліт
 - Синдром подразненої товстої кишки
 - Хронічний панкреатит
48. Хворий 35 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці після їжі, блювання. При рентгенологічному обстеженні шлунок натщесерце містить рідину, кількість якої в процесі обстеження збільшується; в середній третині тіла по малій кривизні спостерігається "ніша" розмірами 0,5x0,7 см, оточена запальним валом, болюча при пальпації. Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика по великій кривизні посилена, спорожнення шлунка сповільнене. Ваш діагноз?

- A. Виразкова хвороба шлунка
- B. Дивертикул шлунка
- C. Хронічний ерозивний гастрит
- D. Рак тіла шлунка

E. Компенсований стеноз ворота

49. У хворого 54 років раптово з'явився сильний біль в надчерев'ї. Об'єктивно: вимушене положення. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики застосовується для діагноза?

- A. Фіброгастроуденоскопія
- B. Пневмоперитонеографія
- C. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
- D. Іригоскопія
- E. Контрастна рентгенографія шлунка та дванадцятипалої кишки

50. Хворий 35 років, що зловживає алкоголем, з погрішностями в дієті, скаржиться на болі в епігастральній області, що виникають через 1-1,5 години після прийому їжі. При фіброга-строуденоскопії в антральному відділі шлунка визначається виражена гіперемія, дрібні дефекти, підвищена ранимість слизової оболонки. Яка найбільш імовірна причина виявленої патології?

- A. Наявність антитіл до парієтальних клітин
- B. Аліментарний фактор
- C. Токсична дія алкоголю
- D. Нервова перенапруга
- E. Інфікування *Helicobacter pylori*

51. Чоловік 21 року, скаржиться на періодичний ниючий біль в епігастрії. При обстеженні виявлено хронічний гастрит з підвищеною кислотоутворюючою функцією. Проведене лікування. Який препарат доцільно використовувати для первинної профілактики виразкової хвороби?

- A. Фамотидин
- B. Церукал
- C. Вікалін
- D. Маалокс
- E. Гастрофарм

52. Хворий 52 років, уже півроку відзначає слабкість, швидку стомлюваність, відразу до м'ясної їжі, схуднення. Об'єктивно: блідий, у підключичній області зліва пальпується лімфовузол. Резистентність черевної стінки в епігастрії. В аналізі крові - анемія, у шлунковому вмісті виявлена молочна кислота. Представлена клінічна картина найбільш характерна для:

- A. B12-дефіцитної анемії
- B. Раку шлунка
- C. Залізодефіцитної анемії
- D. Хронічного атрофічного гастриту
- E. Лімфогрануломатозу

53. Хворий 3., 35 років, скаржиться на давлячі болі в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відзначена помірна болючість у пілородуоденальній зоні. При фіброгастроскопії виявлено антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

- A. Визначення *H. Pylori* у слизовій шлунка
- B. Виявлення аутоантитіл у сироватці крові
- C. Визначення рівня гастрину крові
- D. Дослідження шлункової секреції
- E. Дослідження рухової функції шлунка

54. Хворий 45 років, скаржиться на біль в надчеревній ділянці, лівому підребер'ї, що супроводжується багаторазовим блюванням без полегшення, здуття живота, проноси, схуд-

нення. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: язик вологий, обкладений білим нашаруванням біля кореня; при глибокій пальпації живота виявляється невеликий біль в надчеревній ділянці і точці Мейо - Робсона. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги, неболюча. Селезінка не пальпується. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- A. Хронічний холецистит
- B. Хронічний атрофічний гастрит
- C. Хронічний панкреатит
- D. Виразкова хвороба
- E. Хронічний ентерит

55. У жінки 43 років виявлено скарги на нестійкі випорожнення з переважанням закрепів, здуття живота та біль спастичного характеру в нижній частині живота, а також головний біль, порушення сну. Вага тіла не змінена. Яким захворюванням найвірогідніше може бути викликана така клінічна картина?

- A. Хронічним панкреатитом
- B. Хронічним ентеритом
- C. Хронічним атрофічним гастритом
- D. Синдромом подразненої товстої кишки
- E. Раком кишківника

56. У хворого 35 років хвороба почалась бурхливо: з ознобу, підвищення температури до 39 °С, блювання, болю в епігастрії, проносу з водянистими смердючими випорожненнями. За 6 годин до захворювання з'їв сире яйце, смажену картоплю з тушкованим м'ясом, випив сік. Який збудник скоріш за все викликав подібний стан?

- A. Сальмонела
- B. Кишкова паличка
- C. Гелікобактер
- D. Шигела
- E. Холерний вібріон

57. Жінка 36 років, скаржиться на біль у надчеревній ділянці, що виникає після прийому їжі, нудоту, відрижку, нестійкість випорожнень. За останні 2 роки хвороба поступово прогресує. Об'єктивно: блідість і сухість шкіри, язик обкладений, вологий з відбитками зубів по краях. При пальпації живота - розповсюджений біль в надчеревній ділянці. Який найбільш інформативний метод дослідження в даному випадку слід застосувати?

- A. Комп'ютерне дослідження черевної порожнини
- B. Розгорнутий клінічний аналіз крові
- C. Фракційне дослідження шлункової секреції
- D. Рентгенологічне дослідження шлунка і кишечника
- E. Фіброгастроскопія з біопсією слизової шлунка

58. Хвора 50 років скаржиться на напад болі у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, нудоту. Протягом останніх 5 років турбували болі в епігастральній ділянці, що супроводжувалися нудотою, порушеннями випорожнення, сухістю у роті. Об'єктивно: пульс - 92/хв. Підвищеної вгдованості, язик обкладений білим нашаруванням, іктеричні склери. Живіт м'який, болісний у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Кера. В аналізі крові: Л - 9,6х 10⁹/л, ШОЕ - 14 мм/год. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

- A. Дискінезія жовчних шляхів
- B. Жовчнокам'яна хвороба
- C. Хронічний гастрит типу А
- D. Хронічний безкам'яний холецистит
- E. Хронічний гепатит

59. У хворого 45 років у процесі клініко-інструментального обстеження виявлено хронічний гастрит типу В за "Сіднейською системою". Препарати якої групи необхідно призначити хворому в першу чергу?

- A. Антациди
- B. Блокатори H₂-рецепторів гістаміну

С. Антигелікобактерні засоби

Д. Репаранти

Е. Периферичні м-холінолітики

60. Чоловік, 24 роки. Скарги на болі в епігастрії через 1,5-2 години після їжі, іноді ночами, печію. Рік тому уперше виявлено виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Кислототвірна функція була значно підвищена у всіх порціях. Якому препарату віддати перевагу?

А. Омепразол

В. Сульпірид

С. Атропін

Д. Гастроцепін

Е. Но-шпа

61. У чоловіка 42 років в аналізі шлункового соку вільна соляна кислота відсутня у всіх фазах. При ендоскопії - блідість, потоншення слизової шлунка, складки згладжені. Мікроскопічно: атрофія залоз із метаплазією по кишковому типу. Для якого захворювання характерна подібна ситуація?

А. Рак шлунка

В. Хронічний гастрит, тип А

С. Хронічний гастрит, тип В

Д. Хронічний гастрит, тип С

Е. Хвороба Менетріє

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

А. Де-нол

В. Ранітидин

С. Шлунковий сік

Д. Альмагель

Е. Вентер

63. Чоловік 67 років, скаржиться на втрату апетиту, відчуття важкості і розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, відрижку повітрям, їжею з затхлим запахом, нудоту. При дослідженні шлункової секреції виявлено ахілію. При проведенні ЕФГДС слизова шлунка потоншена, під нею спостерігається судинний малюнок. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Атрофічний гастрит

В. Хронічний дискінетичний коліт

С. Рак шлунка

Д. Хронічний гастродуоденіт

Е. Гастрит з кишковою метаплазією

64. У чоловіка 52 років, що страждає ерозивним гастритом, прогресує слабкість, серцебиття, запаморочення. Об'єктивно: блідість і сухість шкіри та слизових оболонок, ангулярний стоматит. Пульс - 104/хв., АТ - 130/75 мм рт. ст. Тони серця приглушені, систолічний шум біля верхівки і на основі серця. Печінка та селезінка не пальпуються. У крові виражена гіпохромна анемія. Який патогенетичний фактор може бути найважливішим у розвитку анемії в даному випадку?

А. Крововтрата

В. Гемоліз еритроцитів

С. Дефіцит вітаміну В12

Д. Інтотоксикація

Е. Дефіцит фолієвої кислоти

65. Хворий 56 років, скаржиться на печію, відригування, що посилюються при нахилі тулуба, біль за грудиною при ковтанні. При рентгенологічному обстеженні виявлена кила стравохідного отвору діафрагми. Чим зумовлена дана клінічна картина?

А. Хронічним гастритом

В. Виразкою шлунка

- С. Ерозивним гастритом
 D. Виразкою дванадцятипалої кишки
 Е. Рефлюкс-езофагітом
66. Чоловік 32 років скаржиться на печію та ниючий біль в надчерев'ї через 2-3 години після прийому їжі. Загострення - весною та восени. Харчова непереносимість яєць та риби. Об'єктивно: при пальпації живота - болючість у гастродуоденальній ділянці. ЕФГДС: виразка 5 мм на передній стінці дванадцятипалої кишки. Позитивний уреазний тест. Який найбільш вірогідний провідний механізм розвитку захворювання?
- А. Харчова алергія
 В. Продукція аутоантитіл
 С. Зниження синтезу простагландинів
 D. Гелікобактерна інфекція
 Е. Порушення моторики шлунка
67. Жінка 32 років, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який з'являється через 2 години після їжі, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. Об'єктивно: субіктеричність склер. Живіт болючий при пальпації в точці Губергріца - Скульського. Печінка біля края реберної дуги. У крові: амілаза - 256 мг/год.хл, загальний білірубін - 20 мкмоль/л. Яке захворювання найбільш імовірне?
- А. Хронічний гастрит
 В. Хронічний панкреатит
 С. Хронічний гепатит
 D. Хронічний ентероколіт
 Е. Хронічний холецистит
68. У чоловіка 22 років, після епізоду зловживання алкоголем, розвинулася непереборна блювота з домішкою червоної крові і згустків у блювотних масах. Укажіть найбільш імовірний діагноз:
- А. Гостра виразка шлунка, ускладнена кровотечею
 В. Гострий ерозивний гастрит, ускладнений кровотечею
 С. Синдром Мелорі - Вейса
 D. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
 Е. Рак стравоходу, стравохідна кровотеча
69. Хвора С, 51 року, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї та епігастрії, нудоту, зниження апетиту протягом останніх 6 місяців. В анамнезі виразкова хвороба шлунка. Об'єктивно: вага знижена. Пульс - 70/хв. АТ - 120/70 мм рт. ст. Розлита болючість та резистентність м'язів в епігастрії при пальпації. Над лівою ключицею пальпується щільний лімфатичний вузол розміром 1х1 см. Який метод дослідження буде найбільш доцільним?
- А. Езофагогастродуоденоскопія з біопсією
 В. Уреазний тест
 С. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
 D. рН-метрія
 Е. Рентгенографія шлунка
70. У хворого, 25 років, восени з'явилися болі в епігастрії, що виникають через 1,5-2 год. після їди і вночі, печія, закрепи. Болі посилюються при прийомі гострої, солоної і кислої їжі, зменшуються - після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Язик не обкладений, вологий. При пальпації живота - болючість в епігастрії справа, в цій же ділянці - резистентність м'язів черевного преса. Яке захворювання найбільш імовірне?
- А. Хронічний холецистит
 В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
 С. Хронічний гастрит
 D. Виразкова хвороба шлунка
 Е. Хронічний панкреатит
71. Хворий К., 49 років, скаржиться на порушення ковтання, особливо твердої їжі, гикавку, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15 кг за 2,5 місяці). Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. Легені: дихання везикулярне, тони

серця достатньої гучності, ритмічні. Живіт м'який, при пальпації болу нема. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?

- A. Дослідження шлункової секреції
- B. Клінічний аналіз крові
- C. Езофагогастродуоденоскопія з біопсією
- D. Рентгенографія шлунка
- E. Рентгенографія по Тренделенбургу

72. Хворий П., 36 років, скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювання, яке приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: вгодованість знижена. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шоффара, Губергріца - Скульського, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний холецистит
- B. Хронічний панкреатит
- C. Виразкова хвороба
- D. Хронічний гастродуоденіт
- E. Хронічний ентероколіт

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

- A. Езофагогастродуоденоскопія
- B. Рентгенографія органів травлення
- C. Дослідження шлункового соку
- D. рН-метрія
- E. Дуоденальне зондування

74. 4. Хворий 24 років, сантехнік, звернувся в поліклініку зі скаргами на болі в епігастрії через 1-1,5 год. після їжі, нічні болі, часте блювання, яке дає полегшення. Багато курить, випиває. Об'єктивно: язик чистий. При поверхневій пальпації живота виявлений м'язевий дефанс, біль справа вище пупка. Лабораторно: реакція на приховану кров у калі позитивна. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний холецистит
- B. Хронічний гастрит
- C. Хронічний ентерит
- D. Хронічний коліт
- E. Виразкова хвороба

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

- A. Колоноскопія
- B. рН-метрія
- C. Ультразвукове дослідження
- D. Езофагогастродуоденоскопія
- E. Рентгеноскопія шлунка

76. Хворий Т., 64 років, страждає на хронічний гастрит впродовж декількох років. Лікувався в стаціонарі щорічно. За останні місяці змінився характер болу, почастишало блювання, зменшилась вага тіла приблизно на 8 кілограмів, з'явилась анемія, зросла слабкість. Імовірний діагноз - рак шлунка. Яке із перелічених досліджень найбільш інформативне для підтвердження діагнозу "рак шлунка"?

- A. Фіброезофагогастродуоденоскопія з біопсією
- B. Дослідження калу на приховану кров
- C. Рентгенологічне дослідження
- D. Цитологічне дослідження промивних вод шлунка
- E. рН-метрія

77. Хворий К., 37 років, водій, скаржиться на біль у животі, що виникає через півтори-дві години після їжі, печію, нудоту, інколи блювання, яке викликає самотійно для зниження інтенсивності болю, часто приймає соду. ФЕГДС - виразковий дефект в цибуліні дванадцятипалої кишки діаметром приблизно 5 мм та дрібні ерозії. *Helicobacter pylori* (+). РН-метрія: гіперацидний стан. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
- B. Виразкова хвороба шлунка
- C. Гастрит з підвищеною кислото-утворюючою функцією шлунка
- D. Гастроезофагальнорефлюксна хвороба
- E. Рак шлунка

78. Пацієнт хворіє на гастрит. Останні 6 місяців турбують тупі болі в правому підребер'ї, нудота, відсутність апетиту, відраза до м'яса, схуднення. Об'єктивно: зниженої вгодованості, над лівою ключицею пальпується лімфовузол. Ваш діагноз:

- A. Хронічний гастрит
- B. Виразкова хвороба шлунка
- C. Рак шлунка
- D. Рак підшлункової залози
- E. Рак жовчного міхура

79. Хворий скаржиться на часту блювоту з домішками їжі, жовчі, оперізуючий біль у верхній половині живота, підвищену температуру тіла. Зловживав алкоголем. Схуд на 5 кг за місяць. Стан хворого важкий, свідомість частково збережена, зорові галюцинації. Пульс - 130/хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ -85/60 мм рт. ст. Тони серця ослаблені, ЧД - 24/хв., живіт з м'язовим дефансом в епігастрії, позитивні симптоми Мейо - Робсона, Вознесенського. Ваш діагноз?

- A. Гострий гастрит
- B. Гострий холецистит
- C. Гострий панкреатит
- D. Виразкова хвороба шлунка
- E. Виразкова хвороба ДПК

80. У хворого Г, 68 р., на фоні прогресуючої слабкості, відсутності апетиту, схуднення, дискомфорту в шлунку, нудоти, болю в животі, що мало залежить від вживання їжі, з'явилась блювота "кавовою гущею". Який попередній діагноз?

- A. Виразкова хвороба шлунка
- B. Поліп шлунка
- C. Защемлення кили стравохідного отвору діафрагми
- D. Рак шлунка
- E. Ерозивний гастрит

81. Хворий 32-х років, скаржився на голодні і нічні болі зі зменшенням їх після їжі, прийому соди. Позитивний уреазний тест. Був призначений курс лікування кларитроміцином, метронідазолом і омепразолом. При контрольному дослідженні через 1 місяць уреазний тест негативний. Яку фармакотерапію рекомендуєте для подальшої лікарської реабілітації?

- A. Курси лікування стимуляторами - репарантами слизової
- B. Нормалізатори дисмоторики шлунка
- C. Призначення невсмоктуваних антацидів
- D. Застосування блокаторів H₂-рецепторів
- E. Холінолітики у великих дозах

82. Хвора 45-ти років, скаржиться на періодичні ниючі болі в біляпупково-вій області і нижніх відділах живота, що посилюються через 1,5-2 години після прийому їжі і зменшу-

ються після дефекації й відходження газів, чергування проносів і закрепів. При пальпації живота виявляється болючість, гурчання, спазмована сигмовидна кишка. На колоноскопії виявлені атрофічні зміни слизової різної локалізації. Укажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Хронічний ентероколіт
- B. Хвороба Крона
- C. Неспецифічний виразковий коліт
- D. Синдром подразненої товстої кишки
- E. Хронічний панкреатит

83. Хворий 35 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці після їжі, блювання. При рентгенологічному обстеженні шлунок натщесерце містить рідину, кількість якої в процесі обстеження збільшується; в середній третині тіла по малій кривизні спостерігається "ніша" розмірами 0,5x0,7 см, оточена запальним валом, болюча при пальпації. Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика по великій кривизні посилена, спорожнення шлунка сповільнене. Ваш діагноз?

- A. Виразкова хвороба шлунка
- B. Дивертикул шлунка
- C. Хронічний ерозивний гастрит
- D. Рак тіла шлунка
- E. Компенсований стеноз ворота

84. У хворого 54 років раптово з'явився сильний біль в надчерев'ї. Об'єктивно: вимушене положення. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики застосовується для діагноза?

- A. Фіброгастродуоденоскопія
- B. Пневмоперитонеографія
- C. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
- D. Іригоскопія
- E. Контрастна рентгенографія шлунка та дванадцятипалої кишки

85. Хворий 35 років, що зловживає алкоголем, з погіршеннями в дієті, скаржиться на болі в епігастральній області, що виникають через 1-1,5 години після прийому їжі. При фіброга-стродуоденоскопії в антральному відділі шлунка визначається виражена гіперемія, дрібні дефекти, підвищена ранимість слизової оболонки. Яка найбільш імовірна причина виявленої патології?

- A. Наявність антитіл до парієтальних клітин
- B. Аліментарний фактор
- C. Токсична дія алкоголю
- D. Нервова перенапруга
- E. Інфікування *Helicobacter pylori*

86. Хвора К., 44 років, скаржиться на періодично виникаючий біль в епігастрії, що іррадіює в праве плече, періодичну жовтяницю з підвищенням температури тіла, металічний присмак у роті. Ці скарги виникають після переїдання, тряскої їзди. Об'єктивно: хвора надмірної ваги, склери іктеричні, локальна болючість в правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера. У крові підвишений вміст прямого білірубіну. Про яке захворювання можна подумати?

- A. Хронічний панкреатит
- B. Холелітіаз
- C. Дискінезія жовчного міхура
- D. Виразка шлунка
- E. Хронічний гастрит

87. У хворого М, 51 рік, останнім часом з'явилися скарги на відчуття важкості в епігастрії після прийому їжі, відрижку з тухлим запахом, блювоту давно з'їденою їжею після переїдання. Довгий час хворіє на виразку пілоричного відділу шлунка з частими загостреннями. Об'єктивно: маса тіла знижена, нижня межа шлунка на 4-5 см нижче пупка, шум плескоту натщесерце. Яке ускладнення виразкової хвороби розвинулось у хворого?

A. Перивісцерит

B. Пенетрація

C. Пілоростеноз

D. Перфорація виразки

E. Малігнізація виразки

88. Хворий 32 років, протягом 5 років хворіє на хронічний гастродуоденіт. Палить, харчується нерегулярно, займає керівну посаду. Протягом останнього місяця з'явилися нічні та голодні болі. Об'єктивно: визначається локальна болісність, резистентність та позитивний симптом Менделя в пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлена виразка на передній стінці дванадцятипалої кишки. Який з факторів є провідним у виникненні даної патології?

A. Порушення моторної функції

B. Інфікованість *Helicobacter pylori*

C. Паління

D. Порушення харчування

E. Стресовий фактор

89. У пацієнта 45 років, який хворіє на хронічний гастрит під час обстеження (внутрішньошлункова рН-метрія) встановлено, що рН в області тіла та дна становить 6,0, а в області антрума - 7,0. Який з типів хронічного гастриту найбільш вірогідний

A. НР-асоційований антрум-гастрит

B. Криптогенний ерозивний антрум-гастрит

C. Рефлюксний антрум-гастрит

D. Аутоімунний пангастрит

E. Гастрит при хворобі Крона

90. У 20-річного службовця з'явилися голодні болі в епігастральній ділянці, що супроводжувались печією. Прийом їжі знімає болі, але через півтори години вони знову відновлюються. Часто приймає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики?

A. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту

B. рН-метрія шлунка

C. Аналіз калу на приховану кров

D. Фракційне дослідження шлункового вмісту

E. Фіброгастродуоденоскопія

91. Хворий В. відмічає слабкість, схуднення, втрату апетиту, відразу до м'ясної їжі, важкість у животі. При огляді: блідість шкіри, розлита болісність у епігастрії, резистентність черевної стінки. Аналіз крові: НЬ - 82 г/л, ШОЕ - 52 мм/год. В калі: позитивна реакція на приховану кров, ФГДС - у тілі шлунка виразка з інфільтраційним краєм. Про яке захворювання можна думати?

A. Злоякісна пухлина в шлунка

B. Виразка шлунка

C. Виразка дванадцятипалої кишки

D. Хронічний гастрит

E. Хронічний панкреатит

92. Хворого турбує нічний, "голодний" біль в епігастрії, нудота. Спостерігається сезонність загострень захворювання. Який з діагностичних методів найбільш інформативний в такому випадку?

A. Шлункове зондування

B. Холецистографія

C. Рентгеноскопія шлунка

D. Дуоденальне зондування

E. Фіброгастродуоденоскопія

93. У хворої діагностований хронічний гастрит з пониженою секрецією та анемія середнього ступеня важкості. Запідозрений хронічний фундальний гастрит. Виберіть механізм виникнення даного гастриту

- A. Хронічний гастрит типу В
 - B. Хронічний гастрит типу С
 - C. Аутоімунний гастрит типу А
 - D. Хронічний гастрит, пангастрит
 - E. Хронічний гастродуоденіт у фазі загострення
94. Хворий 28 років, пред'являє скарги на уперше виниклі місяць тому ниючі болі в епігастрії натще та через 2-3 години після їжі, що знімаються прийомом антацидів, печію. Об'єктивно: пальпаторна болючість у пілороду-оденальній зоні. При ФГДС - ознаки антрального гастриту, бульбіту, виразка передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки 0,5 см у діаметрі, уреазний тест - помірно позитивний (++) . Хворому проведена протиліко-бактерна терапія. Коли необхідно проводити контрольний уреазний тест для оцінки ефективності ерадикації?
- A. Відразу після закінчення анти-гелікобактерній терапії
 - B. Через 4 тижні після закінчення антигелікобактерній терапії
 - C. Через півроку після рубцювання виразки
 - D. Відразу після рубцювання виразки
 - E. При повторному виникненні симптомів
95. Хворого 42-х років турбує біль в епігастрії через 1,5-2 години після прийому їжі і вранці натще, відрижка кислим, закрепи. При пальпації живота болючість у пілородуоденальній зоні. При ФГДС на тлі гіперемії і набряку слизової оболонки антрального відділу шлунка визначаються дрібні крововиливи й ерозії. Уреазний тест (+++). З метою етіотропної терапії ви призначите:
- A. Де-Нол
 - B. Шлунковий сік
 - C. Платифілін
 - D. Маалокс
 - E. Стрептоміцин
96. Хворий 48 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, почуття важкості і тупі болі в епігастральній області, що з'являються після їжі. Відзначає гурчання, переливання в животі, хитливі випорожнення. Аналіз крові: Ер - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 96 г/л, КП -1,1; Л - $3,6 \times 10^9/л$, є - 0 %, п/я - 1 %, з - 65 %, л - 32 %, м - 2 %, ШОЕ -22 мм/год. Яка провідна ланка в патогенезі даного захворювання?
- A. Збільшення В-лімфоцитів
 - B. Антитіла до гастромукопротеїну
 - C. Збільшення Т-лімфоцитів-супресорів
 - D. Антитіла до *Helicobacter pylori*
 - E. Зниження гамма-глобулінів
97. Хворий 32-х років, скаржився на голодні і нічні болі зі зменшенням їх після їжі, прийому соди. Позитивний уреазний тест. Був призначений курс лікування кларитроміцином, метронідазолом і омепразолом. При контрольному дослідженні через 1 місяць уреазний тест негативний. Яку фармакотерапію рекомендуєте для подальшої лікарської реабілітації?
- A. Курси лікування стимуляторами - репарантами слизової
 - B. Нормалізатори дисмоторики шлунка
 - C. Призначення невсмоктуваних антацидів
 - D. Застосування блокаторів H₂-рецепторів
 - E. Холінолітики у великих дозах
98. Хвора 45-ти років, скаржиться на періодичні ниючі болі в біляпупково-вій області і нижніх відділах живота, що посилюються через 1,5-2 години після прийому їжі і зменшуються після дефекації й відходження газів, чергування проносів і закрепів. При пальпації живота виявляється болючість, гурчання, спазмована сигмовидна кишка. На колоноскопії виявлені атрофічні зміни слизової різної локалізації. Укажіть найбільш імовірний діагноз:
- A. Хронічний ентероколіт
 - B. Хвороба Крона

- С. Неспецифічний виразковий коліт
- Д. Синдром подразненої товстої кишки
- Е. Хронічний панкреатит

99. Хворий 35 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці після їжі, блювання. При рентгенологічному обстеженні шлунок натще-серце містить рідину, кількість якої в процесі обстеження збільшується; в середній третині тіла по малій кривизні спостерігається "ніша" розмірами 0,5х0,7 см, оточена запальним валом, болюча при пальпації. Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика по великій кривизні посилена, спорожнення шлунка сповільнене. Ваш діагноз?

- А. Виразкова хвороба шлунка
- В. Дивертикул шлунка
- С. Хронічний ерозивний гастрит
- Д. Рак тіла шлунка
- Е. Компенсований стеноз ворота

100. У хворого 54 років раптово з'явився сильний біль в надчерев'ї. Об'єктивно: вимушене положення. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики застосовується для діагнозу?

- А. Фіброгастродуоденоскопія
- В. Пневмоперитонеографія
- С. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
- Д. Іригоскопія
- Е. Контрастна рентгенографія шлунка та дванадцятипалої кишки

101. Хворий 35 років, що зловживає алкоголем, з погрішностями в дієті, скаржиться на болі в епігастральній області, що виникають через 1-1,5 години після прийому їжі. При фіброга-стродуоденоскопії в антральному відділі шлунка визначається виражена гіперемія, дрібні дефекти, підвищена ранимість слизової оболонки. Яка найбільш імовірна причина виявленої патології?

- А. Наявність антитіл до парієтальних клітин
- В. Аліментарний фактор
- С. Токсична дія алкоголю
- Д. Нервова перенапруга
- Е. Інфікування *Helicobacter pylori*

102. Хвора К., 44 років, скаржиться на періодично виникаючий біль в епігастрії, що іррадіює в праве плече, періодичну жовтяницю з підвищенням температури тіла, металічний присмак у роті. Ці скарги виникають після переїдання, тряскої їзди. Об'єктивно: хвора надмірної ваги, склери іктеричні, локальна болючість в правому підбер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера. У крові підвищений вміст прямого білірубину. Про яке захворювання можна подумати?

- А. Хронічний панкреатит
- В. Холелітіаз
- С. Дискінезія жовчного міхура
- Д. Виразка шлунка
- Е. Хронічний гастрит

Ситуаційні задачі

№1. Хворий М., 34 роки, слюсар, скаржиться на інтенсивний біль в епігастральній ділянці, відчуття переповнення шлунку. Біль виникає натще та через 2-3 години після їжі, відчуття переповнення шлунку зберігається до 3-4 годин. Часто відмічає блювоту натще рідким шлунковим вмістом. Хворіє 2 роки, на протязі останніх 5-6 місяців посилилась інтенсивність болю в епігастрії, з'явилась блювота. За медичною допомогою не звертався, амбулаторно медикаментозного лікування не отримував. Палить, харчується нерегулярно. Об-но: Стан задовільний. Шкіра волога. З боку дихальної та серцево-судинної систем патологі-

чних змін не виявлено. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт дещо напружений в епігастральній ділянці під мечеподібним відростком, там же локальна болючість. Позитивний синдром Менделя. Відрізки товстого кишківника не змінені. Поверхнева болючість шкіри зліва від 1-3 поперекових хребців. Печінка не збільшена, безболісна. Зона Шоффара нечутлива. Нижній край шлунку визначається на рівні пупка.

1) *Встановити попередній діагноз.*

2) *Призначити план обстеження.*

3) *Призначити попереднє лікування.*

№2. Хворий В., 43 р. вага 73 кг., зріст 182 см., поступив в приймальне відділення зі скаргами на загальну слабкість, одноразову короткочасну (до 5 с) втрату свідомості, блювоту «кавовою гущею», темний рідкий стілець, холодний липкий піт. Протягом останніх 5 років страждає на виразкову хворобу 12-п. кишки. Рік тому лікувався стаціонарно. Амбулаторно медикаментозного лікування не отримує. Палить, зловживає алкоголем. Об-но: шкірні покриви бліді, вологі, холодні. Ps - 110 за 1 хв., слабкого наповнення, АТ-80/40 мм рт.ст. Тони серця ослаблені, ритмічні. Над легенями – везикулярне дихання. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Ректально-мелена.

1) *Встановити попередній діагноз.*

2) *Призначити план обстеження.*

3) *Призначити план лікування.*

№3. Хворий З., 29 років, скаржиться на біль в животі, випорожнення 5-6 разів на добу зі слизю та кров'ю, схуднення, загальна слабкість, зниження працездатності. Хворіє протягом 4-х років. Захворювання протікає з періодичними (1-2 рази в рік) загостреннями, котрі виникають після порушень дієти та під час сильних хвилювань. Після консервативного лікування стул нормалізується, покращується загальний стан, відновлюється працездатність. Дані копрограми: Консистенція кала кашцеподібна, реакція лужна, домішки слизу та крові. При мікроскопії виявлені м'язеві волокна, непережарена клітковина, крохмальні зерна, йодофілія, флора; значна кількість лейкоцитів, еритроцитів, клітини кишкового епітелію. Аналіз калу на дизентерійну флору та тифопаратифозну – негативний.

1) *Ваш діагноз ?*

2) *Які необхідні додаткові методи дослідження ?*

3) *Які захворювання необхідно виключити ?*

4) *Ваша лікарська тактика ?*

№4. Хворий М., 34 роки, слюсар, скаржиться на інтенсивний біль в епігастральній ділянці, відчуття переповнення шлунку. Біль виникає натще та через 2-3 години після їжі, відчуття переповнення шлунку зберігається до 3-4 годин. Часто відмічає блювоту натще рідким шлунковим вмістом. Хворіє 2 роки, на протязі останніх 5-6 місяців посилилась інтенсивність болю в епігастрії, з'явилась блювота. За медичною допомогою не звертався, амбулаторно медикаментозного лікування не отримувач. Палить, харчується нерегулярно. Об-но: Стан задовільний. Шкіра волога. З боку дихальної та серцево-судинної систем патологічних змін не виявлено. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт дещо напружений в епігастральній ділянці під мечеподібним відростком, там же локальна болючість. Позитивний синдром Менделя. Відрізки товстого кишківника не змінені. Поверхнева болючість шкіри зліва від 1-3 поперекових хребців. Печінка не збільшена, безболісна. Зона Шоффара нечутлива. Нижній край шлунку визначається на рівні пупка.

1) *Встановити попередній діагноз.*

2) *Призначити план обстеження.*

3) *Призначити попереднє лікування.*

Тема 8. Захворювання біліарної системи та печінки. Хвороби підшлункової залози та шечника

Тестові завдання

1. Хвора 50 років, протягом року страждає приступами болів у правому підребер'ї, які виникають переважно після жирної їжі. Останній тиждень приступи повторювались щодня, стали більш болючими. На 3-й день перебування в стаціонарі з'явилися жовтушність склер та шкіри, світлі випороження і темна сеча. Аналіз крові: НЬ - 128 г/л, ретикулоцити - 2 %, нейтрофільний лейкоцитоз - $13,1 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 28 мм/год. Що є найбільш імовірною причиною жовтяниці?
 - A. Гострий вірусний гепатит
 - B. Хронічний панкреатит
 - C. Хронічний холестатичний гепатит
 - D. Гемолітична анемія
 - E. Жовчнокам'яна хвороба
2. У жінки 28 років, що перенесла 1,5 роки тому лапароскопічну холецистектомію, з'явилися болі в правому підребер'ї колишньої інтенсивності. Відзначила ахолічні випороження, потемніння сечі. Який метод найбільш показаний для уточнення діагнозу?
 - A. Сцинтиграфія печінки
 - B. Ультразвукове дослідження
 - C. Ретроградна холангіографія
 - D. Термографія тулуба
 - E. Езофагогастродуоденоскопія
- Хвора 35 років, прокинулась вночі від раптового різкого болю в правому підребер'ї, що іррадіював в праву лопатку. Біль супроводжувався нудотою та повторним блюванням. Симптоми Кера та Мерфі позитивні. Що з переліченого є найбільш ефективним для купірування нападу?
 - A. Морфін
 - B. Атропін
 - C. Анестезин
 - D. Метоклопрамід
 - E. Папаверин
3. У жінки 50 років при багатомоментному дуоденальному зондуванні виявлено: 3 фаза - 6 хв., 4 мл; 4 фаза - 90 хв., 70 мл. При ультразвуковому дослідженні жовчного міхура: стінки не потовщені, вміст гомогенний. Який діагноз найбільш імовірний?
 - A. Гіпер-гіпотонічна дискінезія жовчного міхура
 - B. Гіперкінетична дискінезія жовчного міхура
 - C. Гіпокінетична дискінезія жовчного міхура
 - D. Гіпо-гіпертонічна дискінезія жовчного міхура
 - E. Гіпертонічна дискінезія жовчного міхура
4. Жінка 41 року, протягом 8 років хворіє на хронічний холецистит. Турбує майже постійний монотонний ниючий біль або відчуття тяжкості у правому підребер'ї, гіркота у роті зранку, закреп. Під час пальпації живота відмічається невелика болючість у точці проекції жовчного міхура. Об'єм міхура після жовчогінного сніданку зменшився лише на 15 % (за даними УЗД). Призначення яких лікарських засобів найбільш доцільне?
 - A. Периферичних М-холінолітиків
 - B. Холекінетиків
 - C. Міотропних спазмолітиків
 - D. Ненаркотичних анальгетиків
 - E. Холеретиків
5. Хвора 36 років, після пологів скаржиться на часті напади болю в правому підребер'ї. Напередодні ввечері хвора відчула сильний біль в правому підребер'ї з іррадіацією в лопатку, двічі була блювота з домішками жовчі. Температура тіла підвищилась до $37,8^{\circ}\text{C}$, склери іктеричні, печінка на 1 см виступає з-під реберної дуги, різко болючий жовчний міхур. Який з діагнозів найбільш імовірний?
 - A. Абсцес печінки
 - B. Вірусний гепатит В

- С. Загострення хронічного холециститу
 D. Дискінезія жовчного міхура
 E. Стриктурна жовчних ходів
6. Хворому з гіпомоторною дискінезією потрібна була корекція гіпомоторики шлунка, кишечнику. Якому препарату віддати перевагу при цьому?
 A. Цизаприд
 B. Атропін
 C. Но-шпа
 D. Новокаїн в/в
 E. Активоване вугілля
7. У хворій з трохи підвищеною масою тіла після жирної їжі періодично виникають ниючі болі у правому підребер'ї, нудота, блювота. Раніше хворіла на вірусний гепатит. Об'єктивно: болючість в області правого підребер'я, симптом Кера слабопозитивний. Край печінки виступає на 2 см. Який попередній діагноз?
 A. Хронічний калькульозний холецистит
 B. Хронічний некалькульозний холецистит
 C. Гострий холецистит
 D. Аутоімунний холецистит
 E. Водянка жовчного міхура
8. Хвора 50 років скаржиться на напад болі у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, нудоту. Протягом останніх 5 років турбували болі в епігастральній ділянці, що супроводжувалися нудотою, порушеннями випорожнення, сухістю у роті. Об'єктивно: пульс - 92/хв. Підвищеної вгодованості, язик обкладений білим нашаруванням, іктеричні склери. Живіт м'який, болісний у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Кера. В аналізі крові: Л - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 14 мм/год. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?
 A. Дискінезія жовчних шляхів
 B. Хронічний гастрит типу А
 C. Жовчнокам'яна хвороба
 D. Хронічний безкам'яний холецистит
 E. Хронічний гепатит
9. Хвора 50 років, скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, протягом 5 років турбував біль у епігастрії, нудота, порушення випорожнення. Об'єктивно: пульс - 92/хв. Підвищеної вгодованості, язик обкладений, іктеричні склери. Живіт м'який, болісний у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В заг. аналізі крові: Л - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 14 мм/год. Яке дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?
 A. Сцинтиграфію печінки
 B. Ультразвукове дослідження жовчного міхура
 C. Бактеріологічне дослідження жовчі
 D. Холецистографію
 E. Ретроградну холангіопанкреатографію
10. Хворий 52 р. скаржиться на кроваве блювання, важкість в правому підребір'ї, відсутність апетиту, слабкість. Зловживає алкоголем. Об-но: пониженого живлення, іктеричність склер, шкіри, на шкірі обличчя - судинні "зірочки", асцит розширення вен передньої черевної стінки. Печінка виступає на 4 см, селезінка - на 3 см з під реберної дуги. Що є ймовірною причиною кровотечі?
 A. Ерозивний езофагіт
 B. Цироз печінки
 C. Пухлина стравоходу
 D. Синдром Мелорі- Вейса
 E. Виразкова хвороба

11. Хворий К., 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?
 - A. Вазопрессин
 - B. Феррум-лек
 - C. Контрикал
 - D. Пропранолол
 - E. Вікасол
12. У хворого С., 62 років, який страждав на цироз печінки протягом 5 років, з'явилися різка слабкість, блідість шкіри, холодний піт, спрага, відмічалася блювота з домішками крові темно-вишневого кольору. Яка найбільш частіша причина виникнення данного виду кровотечі?
 - A. Портальна гіпертензія
 - B. Тромбоз печінкових вен
 - C. Малігнізація
 - D. Серцева недостатність
 - E. Виразкова хвороба
13. У хворого цироз печінки. Скаржиться на носові кровотечі, біль у правому підребр'ї, слабкість, нудоту. Об'єктивно: шкіра жовтушна, геморагічний сип, печінка збільшена на 2 см., край гострий. Яка причина геморагічного синдрому у цього хворого?
 - A. Внаслідок ДВЗ (згортання).
 - B. Гіпотромбоцитемія.
 - C. Портальна гіпертензія
 - D. Зниження прокоагулянтів, які виробляються печінкою
 - E. Гіповітаміноз
14. Хворий К., 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?
 - A. Вазопрессин
 - B. Пропранолол
 - C. Феррум-лек
 - D. Контрикал
 - E. Діцінон
15. Хворий К., 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?
 - A. Вікасол.
 - B. Вазопрессин
 - C. Феррум-лек
 - D. Контрикал
 - E. Пропранолол
16. У хворого С., 62 років, який страждав на цироз печінки протягом 5 років, з'явилися різка слабкість, блідість шкіри, холодний піт, спрага, відмічалася блювота з домішками крові темно-вишневого кольору. Яка найбільш частіша причина виникнення данного виду кровотечі?
 - A. Малігнізація
 - B. Тромбоз печінкових вен
 - C. Портальна гіпертензія
 - D. Серцева недостатність
 - E. Виразкова хвороба

17. У хворого цироз печінки. Скаржиться на носові кровотечі, біль у правому підребір'ї, слабкість, нудоту. .Об(єктивно: шкіра жовтушна, геморагічний сип, печінка збільшена на 2 см., край гострий. Яка причина геморагічного синдрому у цього хворого?
- Портальна гіпертензія
 - Внаслідок ДВЗ (згортання).
 - Гіпотромбоцитемія.
 - Зниження прокоагулянтів, які виробляються печінкою
 - Гіповітаміноз
18. Хворий К., 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?
- Контрикал.
 - Вазопрессин
 - Феррум-лек
 - Пропранолол
 - Діцінон
19. Хв-й 52 р. скаржиться на кроваве блювання, важкість в правому підребір'ї, відсутність апетиту, слабкість. Зловживає алкоголем. Об-но: пониженого живлення, іктеричність склер, шкіри, на шкірі обличчя - судинні "зірочки", асцит розширення вен передньої черевної стінки. Печінка виступає на 4 см, селезінка – на 3 см з під реберної дуги. Що є ймовірною причиною кровотечі?
- Виразкова хвороба
 - Ерозивний езофагіт
 - Пухлина стравоходу
 - Синдром Мелорі- Вейса
 - Цироз печінки

Ситуаційні задачі

- №1.Хвора 50 р., протягом 6 років відзначає болі в правому підребір*ї після жирної їжі. Останній тиждень напади щоденно (раніше були 1-2 рази на місяць). На 2-й день в стаціо-нарі з*явилися жовтушність склер і шкіри, замазкоподібний кал, темна сеча. Аналіз крові: лейкоцити – 13,1 . 10⁹/л, ШОЕ – 28мм\год.
- 1) встановити діагноз;
 - 2) з якими хворобами проводитимете диференційну діагностику
 - 3) чи потрібне хворому стаціонарне лікування
 - 4) план обстеження
 - 5) які зміни можливі в загальному аналізі сечі
 - 6) яка подальша тактика лікаря
 - 7) яке терапевтичне лікування хворого
- № 2. Хворий 44 р., скаржиться на різку загальну слабкість, важкість в правому підребір*ї, схуднення, нудоту, кровоточивість ясен. З 18 років зловживає алкоголем. При огляді: знижена маса тіла, шкіра суха, жовта, істеричні склери, на шкірі обличчя одиничні су-динні „зірочки”. Печінка виступає на 6 см з-під реберної дуги, край закруглений, болю-чий. Селезінка +2 см. При перкусії грудної клітки зправа нижче кута лопатки вкорочення перкуторного звуку та ослаблене дихання.
- 1) попередній діагноз
 - 2) чи потребує пацієнт стаціонарного лікування
 - 3) які обстеження необхідно зробити
 - 4) Критерії діагностики алкогольного гепатиту
 - 5) Обов*язкові лабораторні дослідження
 - 6) Лікування хворого.
 - 7) Які інші форми алкогольного ураження печінки вирізняють

8) *Прогноз*

9) *Профілактика*

№ 3. Хвора 36 р., скаржиться на свербіж шкіри, нудоту, біль і важкість в правому підребр'ї, переважно після жирної їжі, загальну слабкість, кровоточивість ясен. Захворювання почалось поступово 4 роки тому лікувалась з приводу холециститу. При огляді: надмірна вага тіла, шкіра та склери істеричні, сліди розчухів, на обличчі і шиї ділянки гіперпигментації шкіри, на повіках – ксантелазми. Живіт м'який при пальпації, чутливий в правому підребр'ї та точці Кера. Печінка виступає на 4 см з-підреберної дуги, край болючий, гладенький. В сироватці крові гіпобілірубінемія за рахунок зв'язаного білірубіну, гіперхолестеринемія, збільшений рівень лужної фосфатази, beta-ліпопротеїдів, амінотрансфераз. В сечі білірубін, при дуодентальному зондуванні елементи запалення в порціях В і С. При холецистографії тінь жовчного міхура малої інтенсивності

1) *попередній діагноз*

2) *яке призначите обстеження*

3) *яке призначите*

4) *прогноз*

Тема 9. Хронічна хвороба нирок. Гломерулярні хвороби нирок. Тубулоінтерстиційні та судинні хвороби нирок.

Тестові запитання

- Хворий 47 років з перебігом хвороби, за клініко-лабораторними характеристиками схожої на хронічний пієлонефрит, з'явився до сімейного лікаря. Анамнез хвороби складає приблизно 2 роки. Чи має право сімейний лікар ставити діагноз хронічної хвороби нирок?
 - Ні
 - Так
 - Так, але тільки після дообстеження
 - Ні, тому що хворий звернувся не до нефролога
 - Так, але тільки після проведення КТ нирок
- Чоловік 35 років хворий на хронічний пієлонефрит. Сечовина крові 7,5 ммоль/л, креатинін крові - 0,128 ммоль/л, ШКФ – 53 мл/хв. Якій стадії ХХН відповідають ці показники?
 - I
 - IV
 - II
 - III
 - V
- Які із вище перерахованих станів не відносяться до тих, за наявності яких ШКФ слід вимірювати за допомогою екзогенних маркерів (інуліну та радіонуклідних досліджень):
 - Екстремальні розміри тіла (ВМІ менше 19 та більше 35 кг/м²);
 - Молодий вік
 - Вагітність;
 - Вегетаріанська дієта;
 - Хвороби скелетних м'язів
- Які із наведених хвороб або станів найбільш частими причинами гіперальбумінурії?
 - Хронічний гломерулонефрит
 - Хронічний тубулоінтерстиційний нефрит
 - Протеїнурія перевантаження
 - Артеріальна гіпертензія
 - Вегетаріанська дієта
- Підвищена екскреція низькомолекулярних глобулінів є чутливим маркером саме для слідуючих ниркових захворювань або станів:
 - Хронічний гломерулонефрит
 - Хронічний тубулоінтерстиційний нефрит

- С. Протеїнурія перевантаження
 D. Артеріальна гіпертензія
 Е. Вегетаріанська дієта
6. Хворий 29 років, після перенесеної ангіни через 2 тижні помітив набряки обличчя, слабкість зниження працездатності. Поступово з'явилися задишка спокою і навантаження, набряки нижніх кінцівок, поперекового відділу хребта. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, послабленість серцевих тонів, гідроторакс, анасарка. АТ-130/80 мм рт. ст. Питома вага сечі 1021, білок 9г/л, еритроцити 20-30 в полі зору, гіалінові циліндри -46 в полі зору, ШКФ – 25 мл/хв. Ваш попередній діагноз:
- А. Гострий міокардит
 В. Гострий пієлонефрит.
 С. ХХН: Хронічний гломерулонефрит в ст. загострення
 D. Гострий гломерулонефрит.
 Е. Мікседема.
7. Хвора 68-ми років скаржиться на підвищення температури до 38,3 С, гематурію. ШЗЕ- 55 мм/год. Антибактеріальна терапія неефективна. Який діагноз можливо припустити?
- А. Рак нирок
 В. Полікістоз нирок
 С. Амілоїдоз нирок
 D. Сечокам'яна хвороба
 Е. Хронічний гломерулонефрит
8. Для виявлення гіперальбумінурії використовуються слідуючі методи дослідження сечі:
- А. Дослідження рівня білку із загального аналізу сечі
 В. Дослідження білку із добової сечі
 С. Дослідження за допомогою альбумін-специфічних індикаторних папірців
 D. Дослідження альбуміну плазми крові
 Е. Вираховування відношення рівня альбуміну до рівня креатиніну сироватки крові
9. Хворий 36 років, без скарг, під час проходження профогляду перед працевлаштуванням здав сечу на загальний аналіз. Отримані результати: колір світло-жовтий; прозора; питома вага – 1008; рН – 6,5; білок – 0,6 г/л: ер. – 18-20 в п/з, змінені; лейкоц. – 2-3 в п/з; циліндри 2-3 в п/з, зернисті. Чи достатньо цих даних для постановки діагнозу ХХН?
- А. Так
 В. Так, але тільки після дослідження крові на креатинін, вираховування ШКФ
 С. Ні
 D. Так, але тільки після УЗД нирок
 Е. Так. Але тільки після загального аналізу крові
10. У хворої 30 років підвищилася температура тіла до 38,5, з'явилися болі в дрібних суглобах рук, а також набряки і еритема обличчя. Хворіє біля 1 року. У крові: Ер. - 2,6 г/л; Нв - 98 г/л; Лейк. - 2 г/л; ШОЕ - 58 мм/год. В сечі: білок 3,1 г/л; Ер. 10-15 в п/з, креатинін крові-860 мкмоль/л, ШКФ -20 мл/хв. Ваш попередній діагноз?
- А. Системний червоний вовчак
 В. Сепсис
 С. Системна склеродермія
 D. Вузликовий періартеріт
 Е. Гострий гломерулонефрит

Ситуаційні задачі

№1 Хворий на хронічний пієлонефрит скаржиться на загальну кволість, зниження працездатності, поганий апетит, ніктурію. Під час огляду звертає на себе увагу блідість шкірних покривів, набряки під очима. Хворий збуджений. Під час обстеження легень патологічних змін не виявлено. Під час аускультатії серця тони ритмічні, над верхівкою І тон ослаблений, а над аортою — акцент ІІ тону. АТ 160/110 мм рт. ст. Пульс 94 за 1 хвилину. Позитивний симптом Па-

стернацького з обох боків. Лабораторне дослідження показало, що у сечі- лейкоцитів 10 – 20 в полі зору, еритроцитів 0-3 в полі зору, білок – 1,235 г/л. В сироватці крові рівень сечовини — 16,2 ммоль/л, креатиніну — 0,37 ммоль/л, клубочкової фільтрації — 45 мл за хвилину, канальцевої реабсорбції — 95%, загального білка — 56 г/л, калію — 3,4 ммоль/л, натрію — 130 ммоль/л, у загальному аналізі крові: кількість еритроцитів — $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін — 110 г/л, ШОЕ — 20 мм/год.

- 1) Які нормальні показники сечовини та креатиніну у сироватці крові?
- 2) Які нормальні показники клубочкової фільтрації?
- 3) Сформулюйте повний діагноз хворого?
- 4) Запропонуйте лікування хворому.

№2 Хворий 40 років. Скарги на нудоту, періодичну блювоту в ранкові години, зниження апетиту, сухість у роті, спрагу, прискорене сечовипускання в нічний час. 10 років тому переніс гострий гломерулонефрит, в останні роки контрольне обстеження не проводилося. Протягом останніх 2х років - артеріальна гіпертензія зі значним підвищенням діастолічного АТ з відносно доброю переносимістю високих цифр тиску.

Об'єктивно: Стан важкий. Обличчя набрякле, гомілки пастозні. Шкірні покриви блідо-жовтяничні, сухі. $P_s = 80$ у хв., АД- 185/100 мм. рт. ст. ЗАК: Нб = 72 г/л, к.п. = 1,05; еритроцити = $2,46 \times 10^{12}/\text{л}$. Еритроцити нормохромні, нормоцитарні. ЗАС: ПВ сечі - 1004, білок - 1,82 г/л, колір сечі - безбарвний, еритроцити 6-8 у п.зр., змінені, вилужені, циліндри гіалінові 2-4 у п.зр., зернисті циліндри 1-2 у п. зр.

Біохімічне дослідження крові: ШКФ – 15 мл/хв
 Кальцій крові - 1,6 ммоль/л Фосфор крові - 2,3 ммоль/л
 Білірубін крові - 16,2 ммоль/л Сироваткове залізо - 18,6 ммоль/л
 Креатинін крові - 860 мкмоль/л Сечовина - 24,2 ммоль/л
 Натрій крові - 158 ммоль/л Калій крові - 6,2 ммоль/л
 Паратіреοїдний гормон – 420 ОЕД (N- до 100) Добовий діурез - 700 мол.

- 1) Сформулюйте діагноз
- 2) Поясніть причину зміни кольору шкірних покривів, клінічних проявів захворювання.
- 3) Дайте характеристику ЗАК, ЗАС, біохімічним показникам крові.
- 4) Які зміни УЗД нирок характерні для цієї патології?
- 5) Дієта, профілактика катаболізму, пов'язаного з обмеженнями в дієті.
- 6) Раціональна гіпотензивна терапія.
- 7) Корекція електролітного складу крові, вторинного гіперпаратіреοїдизму.
- 8) Основна причина анемії, її характер, корекція.
- 9) Що робити при неефективності консервативної терапії?

Тема 10. Суглобовий синдром. Системні захворювання сполучної тканини

Тестові завдання

1. Для ревматичного артрити не характерно:
 - А. ураження колінних, ліктьових, гомілково-ступневих та променево-зап'ясткових суглобів
 - В. відсутність деформації суглобів та повна зворотність суглобових проявів
 - С. тривалість запалення в суглобах не більше 2-3 тижнів
 - Д. симетричне ураження мілких суглобів китиць
2. Деформація китиць при ревматоїдному артриті:
 - А. «шия лебедя»
 - В. вузлики Гебердена
 - С. редископодібна дефігурація пальців
 - Д. деформація суглобів 5-пальця
3. Суглобами «виключення» при ревматоїдному артриті є:
 - А. плюсно-фалангові суглоби II-IV пальців
 - В. міжфалангові проксимальні суглоби
 - С. пястково-фаланговий I пальця, проксимальний м/ф V пальця

- D. променево-зап'ясткові суглоби
4. У хворого на ревматоїдний артрит на рентгенограмі виявлено навколо суглобовий остеопороз та множинні узури. Для якої R_o стадії це характерно:
- I
 - II
 - III
 - IV
5. Біопсія синовіальної оболонки при ревматоїдному артриті виявляє все, крім:
- гіпертрофія ворсинок з проліферацією синовіоцитів
 - проліферацію ендотелію капілярів
 - лімфогістоцитарну інфільтрацію ворсинок
 - атрофію ворсинок та фіброз
6. У хворого на ревматоїдний артрит в аналізі крові: ШОЕ – 25мм/год, СРБ ++, вранішня скутість триває близько години. До якого ступеня активності це відноситься?
- 0 ст.
 - I ст.
 - II ст.
 - III ст.
7. У хворого на ревматоїдний артрит виявлено високі титри ревматоїдного фактору (1:128). Про що це говорить?
- активність III ступеня
 - серопозитивний тип РА
 - перенесену стрептококову інфекцію
 - серонегативний тип РА
8. Деструкція хряща і кістки при РА обумовлені:
- остеофітами.
 - відкладанням солей сечової кислоти
 - панусом
 - імуниними комплексами
9. У хворого на ревматоїдний артрит виявлено: латекс – тест 1:20. Це говорить про:
- II ст. активності ревматоїдного артрити
 - серопозитивний ревматоїдний артрит
 - синдром Фелті
 - серонегативний ревматоїдний артрит
10. Який з нижче перерахованих зовнішніх факторів не є причиною остеоартрозу
- травми та мікротравми суглобу
 - функціональне перенавантаження
 - гіпермобільність суглобу
 - порушення пуринового обміну
11. Яке з перелічених тверджень відносно СЧВ є вірним?
- СЧВ є аутоімунним захворюванням
 - СЧВ є хронічним захворюванням
 - СЧВ є імуннокомплексним захворюванням
 - Всі перелічені
 - СЧВ частіше хворіють жінки
12. До засобів патогенетичного лікування анкілозивного спондилоартриту відноситься:
- Індометацин
 - Мідокалм
 - Мнтілпреднізолон
 - Мелоксикам
 - Метотрексат
13. Ранньою рентгенологічною ознакою запальних захворювань суглобів є:

- A. узурація.
 - B. остеопороз.
 - C. анкілозування.
 - D. кистоподібна перебудова субхондрального відділу кістки.
 - E. підвивихи та вивихи.
14. Спеціальними методами дослідження суглобів являються:
- A. артроскопія.
 - B. сцинтиграфія.
 - C. теплобачення.
 - D. УЗ-дослідження.
 - E. артропневмографія.
15. Найчастіше скарги на ранкову скутість мають хворі:
- A. ревматоїдним артритом.
 - B. хворобою Бехтерева.
 - C. подагрою.
 - D. остеоартритом.
 - E. ревматизмом.
16. При системній склеродермії специфічним імунологічним лабораторним критерієм є:
- A. збільшення сироваткових гамма-глобулінів.
 - B. поява антинуклеарних антитіл.
 - C. поява ревматоїдного фактору.
 - D. поява антитіл до колагену.
 - E. поява анти-Scl-70 антитіл
17. Типові ураження нервової системи при хворобі Бехтерева:
- A. радикуліти.
 - B. міжреберні невралгії.
 - C. болі у черевній порожнині.
 - D. відсутність шийного синдрому.
 - E. ішіалгії, радикуліти.
18. При хворобі Бехтерева глюкокортикостероїди найбільш частіше призначають у дозах:
- A. преднізолон 10-40 мг на добу коротким курсом при високій активності.
 - B. преднізолон 50 мг на добу тривало.
 - C. преднізолон 80 мг на добу.
 - D. не призначають.
 - E. преднізолон 5 мг на добу.
19. У випадку стійкого,торпідного перебігу хвороби Бехтерева використовують:
- A. мелоксикам.
 - B. метилпреднізолон 1000 мг внутрішньовенно 3 доби (пульс-терапія).
 - C. циклофосфамід 50 - 100 мг на добу.
 - D. сульфасалазин.
 - E. вобензим.
20. Якими є морфологічні відмінності між тофусами і ревматоїдними вузликами?
- A. виявляються накопичення кристалів урату натрію.
 - B. некротичні зміни.
 - C. гістіоцити.
 - D. лімфоїдні клітини.
 - E. кристали холестерину.
21. Який метод лікування подагри є патогенетичним?
- A. Антибіотикотерапія, НПЗП.
 - B. Дієтотерапія,урикостатичні,урикозуричні препарати.
 - C. Санаторно-курортне лікування, фізіотерапія.
 - D. Протизапальна терапія, імунодепресанти.
 - E. Хірургічне лікування.
22. Які продукти необхідно виключити з їжі при лікуванні подагри?

- A. Молоко.
 - B. М'ясо.
 - C. Фрукти.
 - D. Овочі.
 - E. Крупи.
23. В якій дозі використовується колхіцин для купування гострого подагричного артрити?
- A. 0,5 мг кожену годину до 4 мг.
 - B. 0,1 мг кожену годину до 1 мг.
 - C. 0,2 мг кожену годину до 2 мг.
 - D. 0,3 мг кожену годину до 3 мг.
 - E. 5 мг кожену годину до 20 мг
24. Які групи патогенетичних антиподагричних засобів Ви знаєте?
- A. Антибіотики.
 - B. Сечогінні.
 - C. Нестероїдні протизапальні.
 - D. Цитостатики.
 - E. Урикозуричні, урикодепресивні.
25. Оптимальна добова доза диклофенаку у хворого на остеоартроз з реактивним синовітом складає:
- A. 50-75 мг
 - B. 150 мг
 - C. 200-250 мг
 - E. 300 мг
 - F. 50 мг

Ситуаційні задачі

№1 Хворий С., 32 років, звернувся до лікаря-ревматолога. Скаржиться на ниючий, майже постійний біль у колінних суглобах, що підсилюється при ходьбі, підвищення температури тіла до 38°C, загальну слабкість.

Хворіє 3 роки. Захворювання почалося поступово з болу в колінних суглобах при ходьбі. Загострення захворювання відзначалося 2- 3 рази в рік, звичайно при похолоданні, вологості. З кожним загостренням інтенсивність болі збільшувалася. Помітив ранками появу скутості в колінних суглобах, схуднення. Спостерігається ревматологом, але лікується нерегулярно. При огляді: невелика припухлість колінних суглобів, болючість їх при пальпації. Шкіра над колінними суглобами гіперемована, відзначається невелика деформація суглобів і деяке обмеження їх рухливості. Пульс ритмічний, 84 в 1 хв. АТ 140/70 мм рт.ст. Тони серця звичайної звучності. Шуми не вислуховуються. У легенях і органах черевної порожнини змін не виявлені.

Аналіз крові: л. 10,2-109/л., ШОЕ 19 мм/год, реакція Ваалера-Роузе — 1 : 256.

Результати рентгенографії колінних суглобів: остеопороз в епіфізах, одиничні крайові узори по суглобових поверхнях, суглобова щілина звужена.

- 1) Ваш діагноз (обґрунтуйте його)?
- 2) Яке діагностичне значення має реакція Ваалера-Роузе?
- 3) Ваша лікарська тактика?

Тема 11. Диференційна діагностика та сучасне лікування анемії та геморагічних діатезів

Тестові завдання

1. У хлопця 18 років з'явилися петехіальний висип та екхімози на шкірі тулуба, кінцівок, помірна носова кровотеча. Об'єктивно: блідість шкіри і слизових оболонок, шкірний геморагічний синдром. З боку серця та легень - без патології. Живіт м'який, печінка та селе-

зінка не збільшені. Загальний аналіз крові: ер.-3,9 Т/л, Нв-110 г/л, КР-0,9, лейкоц.-6,8 Г/л, п.-3%, с.-38%, л.-57%, м.-2%, ШЗЕ-6 мм/год, тромбоцити - 30 Г/л. Час зсідання крові за Лі-Уайтом - 8 хв. Яке найбільш вірогідне захворювання у дитини?

- A. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
 - B. Ізоімунна тромбоцитопенічна пурпура
 - C. Трансімунна тромбоцитопенічна пурпура
 - D. Геморагічний васкуліт
2. У хворого констатовано гострий геморагічний синдром з дефіцитом об'єму циркулюючої крові 15%. При якому ступені крововтрати необхідне переливання компонентів крові?
- A. Більше 30% ОЦК
 - B. Більше 20% ОЦК
 - C. Більше 35% ОЦК
 - D. Більше 10% ОЦК
 - E. Більше 50% ОЦК
3. У хворого 34 років з протезованим мітральним клапаном, що постійно приймав сінкумар, з'явився геморагічний синдром: носові кровотечі, чисельні крововиливи на шкірі, макрогематурія. В протромбіновому та аутокоагуляційних тестах майже повне не згортання крові. Які невідкладні засоби показані хворому?
- A. Переливання свіжозамороженої плазми
 - B. Переливання еритроцитарної маси
 - C. Преднізолон
 - D. Тромбоцитарна маса
 - E. Хлористий кальцій
4. У дівчини 19 років на протязі 2 років після грипу з'явилися спонтанні підшкірні крововиливи (частіше ночами). При огляді спостерігається поліморфність пурпури – петехії переважно дрібноточкові, шкірні та підшкірні крововиливи – екхімози, визначається несиметричність крововиливів, але з більшою локалізацією на шкірі нижніх кінцівок (гомілках), лобі, де шкіра розташована близько до кісток. Не спостерігаються крововиливи на шкірі долонь, підошов та у волосяних фолікулах, виявляється поліхромність – на шкірі геморагії різного кольору від червонувато-синявого до зелених та жовтих. Яке захворювання скоріше всього розвинулось у хворої:
- A. Хвороба Шенляйн-Геноха;
 - B. Хвороба Верльгофа;
 - C. Токсичний васкуліт;
 - D. Вузликовий поліартеріїт;
 - E. Зниження синтезу фібриногену
5. У дівчини 19 років кишечний дисбактеріоз, на фоні якого появився геморагічний синдром. Найбільш імовірною причиною геморагій у цієї дитини є:
- A. Нестача вітаміну К
 - B. Активація тромбопластину тканин
 - C. Гіповітаміноз Р
 - D. Дефіцит фібриногену
 - E. Гіпокальціємія
6. У хворого після оперативного видалення кисти підшлункової залози виник геморагічний синдром з вираженим порушенням зсідання крові. Розвиток цього ускладнення пояснюється
- A. Активацією фібринолітичної системи
 - B. Недостатнім утворенням фібрину
 - C. Зменшенням кількості тромбоцитів
 - D. Активацією протизгортальної системи
 - E. Активацією фактору Крисмаса
7. У ліквідатора наслідків аварії на АЕС під час перебігу гострої променевої хвороби виник геморагічний синдром. Що має найбільше значення в патогенезі цього синдрому?
- A. Тромбоцитопенія

- В. Порушення структури стінки судин
 С. Підвищення активності факторів фібрinolізу
 D. Підвищення активності факторів систем протизсідання крові
 Е. Зменшення активності факторів зсідання крові
8. Пацієнт страждає на геморагічний синдром, що проявляється частими носовими кровотечами, посттравматичними та спонтанними внутрішньошкірними та внутрішньосуглобовими крововиливами. Після лабораторного обстеження було діагностовано гемофілію В. Дефіцит якого фактора згортання крові обумовлює дане захворювання?
- А. IX
 В. VIII
 С. XI
 D. V
 Е. VII
9. Пацієнт страждає на геморагічний синдром, що проявляється частими носовими кровотечами, посттравматичними та спонтанними внутрішньошкірними та внутрішньосуглобовими крововиливами. Після лабораторного обстеження було діагностовано гемофілію В. Дефіцит якого фактора згортання крові обумовлює дане захворювання?
- А. VII
 В. IX
 С. VIII
 D. XI
 Е. V
10. У хворого після оперативного видалення кісти підшлункової залози виник геморагічний синдром з вираженим порушенням зсідання крові. Розвиток цього ускладнення пояснюється:
- А. Активацією протизгортальної системи
 В. Зменшенням кількості тромбоцитів
 С. Активацією фібринолітичної системи
 D. Недостатнім утворенням фібрину
 Е. Активацією фактору Крисмаса
11. Хворий 66 років скаржиться на серцебиття, загальну слабкість, парестезії, зниження чутливості в ногах, порушення смаку, нюху. В крові: ер. - $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб - 84 г/л, КП - 1,2, макроцитоз, полісегментація ядер нейтрофілів. Що відіграє провідну роль у патогенезі цього стану?
- А. Підвищене руйнування еритроцитів
 В. Порушення синтезу ДНК, мегалобластичний тип кровотворення
 С. Порушення синтезу гемоглобіну через хронічний дефіцит заліза
 D. Ушкодження кісткового мозку токсичними факторами
 Е. Дизеритропоез через порушення утилізації заліза на рівні кісткового мозку
12. Хвора 25-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, геморагічні висипи на шкірі. Хворіє місяць. В крові: ер.- $1,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб- 37 г/л, КП- 0,9, лейкоц. $1,2 \cdot 10^9/\text{л}$, тр.- $42 \cdot 10^9/\text{л}$. Який метод дослідження буде найбільш доцільним для встановлення діагнозу?
- А. Стернальна пункція
 В. Біопсія селезінки
 С. Біопсія печінки
 D. Коагулограма
 Е. УЗД ШКТ
13. Хворий В., надійшов у клініку зі скаргами на виражену слабкість, підвищення температури до $39,2^\circ\text{C}$, болі в горлі при ковтанні, геморагічне висипання на шкірі тулубу. При обстеженні в аналізі крові анемія, тромбоцитопенія, бласти – 14%, ШЗЕ 40 мм/год. Яке обстеження необхідно для уточнення діагнозу?
- А. Посів із мигдалин
 В. Розгорнутий аналіз крові
 С. Стернальна пункція

D. Рентгенографія кісток черепа

E. Коагулограма

14. Хвора 23 років скаржиться на виражену слабкість, сонливість, потемніння в очах, запаморочення, порушення смаку. У анамнезі менорагії. Об'єктивно: виражена слабкість, блідість шкірних покривів, тріщини в кутах рота, розширені нігті, систолічний шум над верхівкою. Аналіз крові: Ер $3,4 \cdot 10^{12}/л$, Нб 70 г/л, ЦП 0,75. Тромб. - 140 Г/л, Лейк. - $6,2 \cdot 10^9/л$. Ваш діагноз?

A. Гострий лейкоз

B. Гостра постгеморагічна анемія

C. В12- дефіцитна анемія

D. Хронічна постгеморагічна анемія

E. Хвороба Верльгофа

15. Больная 64 лет жалуется на общую слабость, шум в голове, осиплость голоса. При осмотре: бледность с желтушным оттенком, язык красный со сглаженными сосочками, асимметрия тактильной и болевой чувствительности. Пульс 120/мин., АД - 80/50 мм рт.ст., пальпируется селезенка. В анализе крови: Нб - 58 г/л, эр. - $1,2 \cdot 10^{12}/л$, лейк. - $2,8 \cdot 10^9/л$, тр. - $140 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 17 мм/час, анизоцитоз, пойкилоцитоз - выражены (++) . Какое исследование будет решающим в выяснении генеза анемии?

A. Эндолумбальная пункция

B. Фиброгастроскопия

C. Непрямая проба Кумбса

D. Прямая проба Кумбса

E. Стернальная пункция

16. Жінка 23-х років скаржиться на періодичний озноб з підвищенням температури тіла до 40°C, відчуття жару, яке змінюється проливним потом. Хвора вже перенесла 3 таких напади, вони виникали через день та тривали 12 годин. Протягом останніх трьох місяців мешкала в Африці. Печінка, селезінка - збільшені. В крові: ер.- $2,5 \cdot 10^{12}/л$. Який діагноз найбільш вірогідний?

A. Висипний тиф

B. Сепсис

C. Малярія

D. Гемолітична анемія

E. Лептоспіроз

17. Робітник-поліграфіст 49 років звернувся до дільничного терапевта зі скаргами на субфебрильну температуру, загальну слабкість, запаморочення та втрату апетиту. Об'єктивно: сірий відтінок обличчя, сіро-бузкова кайма на яснах. Зі сторони шлунково-кишкового тракту: постійні кольки в області епігастрію, періодичні закрепи. В крові: ер. - $3,8 \cdot 10^9/л$, Нб-105 г/л, КП-0,9, базофільна зернистість еритроцитів. Підвищена кількість гематопорфірину при аналізі сечі. Яке захворювання у пацієнта?

A. Хронічний гастрит

B. Отруєння свинцем

C. Хронічний ентероколіт

D. Гіпохромна анемія

E. Вегето-судинна дистонія

18. Хворий на виразкову хворобу 12-палої кишки звернувся зі скаргами на слабкість, задишку при незначному навантаженні, бажання їсти крейду. Об'єктивно: блідий, трофічні зміни шкіри. В крові: Нб – 90 г/л ; Ер – $3,3 \cdot 10^{12}/л$; КП - 0,75, ретикулоцити - 2%, залізо крові - 5,6 мкмоль/л . Яке ускладнення розвинулося у хворого?

A. В12- фолієводефіцитна анемія

B. Апластична анемія

C. Залізодефіцитна анемія

D. Гемолітична анемія

E. Еритремія

19. Хвора 60-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, тяжкість у верхній поло-

вині живота, парестезії кінцівок пальців рук та ніг. Об'єктивно: жовтизна шкіри, язик малинового кольору, гладкий. Гепатомегалія. В крові : Нб- 90 г/л ; Ер $2,3 \times 10^{12}$ /л ; ретикулоцити - 0,2%; КП – 1,2; макроцитоз; тільця Жоллі, кільця Кебота. Який препарат для лікування найбільш доцільний?

A. Вітамін B12

B. Фероплекс

C. Еритроцитарна маса

D. Преднізолон

E. Десферал

20. У хворого, що одержав загальне гамма-опромінення, на 14 день виявлено в периферичній крові: лейкоц. - $3,0 \times 10^9$ /л, ер - $3,4 \times 10^9$ /л та тромбоцитів - 80×10^9 /л. Чим викликані такі зміни?

A. Гемолізом

B. Скороченням строків життя формених елементів крові

C. Гіперспленізмом

D. Збільшенням термінів дозрівання клітин

E. Пригніченням клітинного кровотворення

Ситуаційні задачі

№1: У дівчини 19 років на протязі 2 років після грипу періодично з'являються спонтанні підшкірні крововиливи (частіше ночами). При огляді спостерігається поліморфність пурпури – петехії переважно дрібноточкові, шкірні та підшкірні крововиливи – екхімози, визначається несиметричність крововиливів, але з більшою локалізацією на шкірі нижніх кінцівок (гомілках), лобі, де шкіра розташована близько до кісток. Не спостерігаються крововиливи на шкірі долонь, підшов та у волосяних фолікулах, виявляється поліхромність – на шкірі геморагії різного кольору від червонувато-синявого до зелених та жовтих. Яке захворювання скоріше всього розвинулось у хворої:

1) Яке захворювання можна запідозрити у дівчини?

2) Які методи обстеження необхідно провести хворій для підтвердження діагнозу?

3) План лікування.

№2 До кардіолога звернувся пацієнт М., 52 років, який скаржиться на задишку під час фізичного навантаження, слабкість, серцебиття, запаморочення, іноді виникають неінтенсивні болі в ділянці серця, тривалістю до 10 хвилин. Протягом 8 років відмічає у себе підвищення АТ (середні значення АТ приблизно 145/95 мм рт.ст.). Пацієнт має ожиріння III ст. Багато років страждає від розширення гемороїдальних вен з частими кровотечами. Неодноразово звертався до проктолога, але через низький рівень гемоглобіна той відмовляв у проведенні оперативного втручання. При обстеженні виявлено блідість шкірних покривів. У спокої ЧД 16 за хв. Пульс 84 за хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ 150/96 мм рт.ст. Тони серця глухі, акцент II тону над аортою. Систолічний шум над верхівкою та 5 точкою. Патології дихальної системи, органів черевної порожнини та нирок не виявлено. Набряків ніг немає.

1) Визначте коло медичних проблем, що можуть викликають скарги даного хворого.

2) Яка найбільш імовірна причина даного звернення хворого? Обґрунтуйте своє припущення.

3) Які допоміжні методи діагностики є необхідними в даному випадку?

4) Складіть план лікувальної стратегії даного хворого та зробіть необхідні призначення.

№3 До лікаря звернувся пацієнт К., 38 років, працівник АЕС, що скаржиться на загальну слабкість, болі в горлі при ковтанні, підвищення температури до 38,6 С, ясні кровотечі під час чищення зубів. Захворів близько тижня тому. Раніше до лікаря не звертався, лікувався домашніми засобами. При огляді виявлено блідість шкіри, точкові крововиливи в області живота та на слизових оболонках рота. Мигдалики збільшені, з гнійними пробками, глотка червона.

- 1) Які можливі причини погіршення стану пацієнта?
- 2) Під час лабораторного обстеження виявлені такі показники ЗАК: ер. – 1, $2 \cdot 10^{12}/\text{л}$; КП – 1,0; лей. – $0,5 \cdot 10^9/\text{л}$; тр. – $35 \cdot 10^9/\text{л}$; ШОЕ 62 мм/год. Який діагноз найбільш імовірний з урахуванням цих даних
- 3) Які додаткові обстеження необхідні у даному випадку і чому?
- 4) Визначте прогноз, стратегію і тактику лікування даного хворого, зробіть відповідні призначення.

Тема 12. Рання діагностика порушення вуглеводного обміну. Сучасні принципи лікування цукрового діабету 2 типу. Диференційна діагностика зоба

Тестові завдання

1. Хворий переніс Q- інфаркт міокарда.. Маса тіла перевищує норму на 36%. АТ – 150/90 мм рт. ст. Цукор крові – 5,6 ммоль/л, загальний ХС – 4,9 ммоль/л, сечова кислота – 270 мкмоль/л. Який з наявних у хворого факторів ризику першочергово потребує усунення в процесі проведення вторинної профілактики?
 - A. Ожиріння
 - B. Гіперурикемія
 - C. Артеріальна гіпертензія
 - D. Гіперглікемія
 - E. Гіперхолестеринемія
2. Для корекції вуглеводного обміну у пацієнтів з метаболічним синдромом застосовують :
 - A. Тіазидні діуретики
 - B. β -блокатори
 - C. Бігуаніди
 - D. Статини
 - E. Всі з вищеперерахованих
3. Хворий, 46 років, протягом 5 років лікується від гіпертонічної хвороби. Батько хворіє на цукровий діабет. Об'єктивно: зріст 170 см, вага 96 кг, пульс 72 уд./хв., АТ – 190/110 мм рт.ст., печінка +3 см, пастозність гомілок, цукор крові натще 5,4 ммоль/л. Які засоби первинної профілактики цукрового діабету у цього хворого?
 - A. Нормалізувати артеріальний тиск.
 - B. Призначити бігуаніди.
 - C. Нормалізувати вагу
 - D. Призначити гепатопротектори.
 - E. Призначити сечогінні
4. Основний діагностичний критерій ожиріння :
 - A. Окружність талії
 - B. Зріст, вага
 - C. Вага
 - D. Індекс маси тіла
 - E. Надлишок ваги у відсотках
5. У жінки 53 років після психічної травми з'явилося свербіння шкіри. Зріст - 167см. Маса тіла – 89 кг. Глікемія натщесерце - 8,1 ммоль/л. Який діагноз найбільш вірогідний?
 - A. Цукровий діабет 2 тип
 - B. Стероїдний цукровий діабет
 - C. Нейродермія
 - D. Цукровий діабет 1 тип
 - E. Порушення толерантності до глюкози
6. Хворий М., 64 роки. Рівень глюкози в крові натщесерце 10,4 мм/л. При повторному обстеженні – 11,7 мм/л. Дайте трактовку наведеним даним.
 - A. Порушення толерантності до вуглеводів

- В. Цукровий діабет, 1 тип
 - С. Гіперглікемія натще
 - Д. Цукровий діабет, 2 тип
 - Е. Норма натще
7. Які пероральні цукрознижуючі препарати першої лінії слід призначити пацієнтам з вперше виявленим ЦД 2 типу ?
- А. Препарати сульфанілсечовини
 - В. НЗКТГ 2
 - С. Бігуаніди
 - Д. Препарати сульфанілсечовини 3 генерації
 - Е. Препарати сульфанілсечовини 2 генерації
8. Хворий К., 40 років, цукровим діабетом хворіє 8 років, перебуває в комі. Об'єктивно: шкіра суха, дихання рідке, шумне, запах ацетону в повітрі. Який вид коми можна запідозрити?
- А. Гіпоглікемічна.
 - В. Гіперосмолярна.
 - С. Кетоацидотична.
 - Д. Мозкова.
 - Е. Молочнокисла
9. Назвіть ознаки характерні для початкової стадії діабетичної нефропатії:
- А. Пониження апетиту
 - В. Гіперальбумінурія
 - С. Діабетична ангіопатія сітківки
 - Д. Збільшення клубочкової фільтрації
 - Е. Підвищення артеріального тиску
10. У хворого 56 років, з ожирінням, при активному обстеженні глюкози у плазмі венозної крові натще показник глікемії 9 ммоль/л. Поставте діагноз:
- А. Переддіабет
 - В. Цукровий діабет 1 типу
 - С. Цукровий діабет 2 типу
 - Д. порушення регулювання глікемії натще
 - Е. Транзиторна гіперглікемія
11. Який стан з нижченаведених є показом до призначення інсулінотерапії пацієнту з ЦД 2 типу
- А. Артеріальна гіпертензія
 - В. Цукор крові натще 10, 5 ммоль/л
 - С. Хронічний холецистит, ремісія
 - Д. Хронічна хвороба нирок II ст.
 - Е. Кетоз
12. У хворого, що протягом 6 років страждає на цукровий діабет, в останні місяці виникли пекучі болі в ступнях ніг. Об'єктивно: відмічається схуднення м'язів гомілок, шкіра суха, бліда, нігті на ногах ламкі. Рефлекси на ногах відсутні, чутливість знижена за типом "шкарпеток". Про яке захворювання слід думати?
- А. Діабетична полінейропатія
 - В. Невропатія сидничного нерва
 - С. Невропатія малогомілкового нерва
 - Д. Ендартеріт нижніх кінцівок
 - Е. Попереково-крижовий радикуліт
13. Хворий 46 років, впродовж 5 років лікується від гіпертонічної хвороби. Батько хворіє на цукровий діабет. Об'єктивно: зріст – 170 см, вага – 96 кг. Пульс – 72/хв, АТ – 190/110 мм рт. ст. Печінка +3 см. Пастозність гомілок. Глюкоза крові натще – 5,4 ммоль/л. Які засоби первинної профілактики цукрового діабету у даного хворого?
- А. Призначити сечогінні.
 - В. Нормалізувати артеріальний тиск.

- С. Призначити бігуаніди.
 D. Призначити гепатопротектори.
 Е. Позбавитися зайвої ваги.
14. Який найбільш ймовірний показ до визначення рівня глікозильованого гкмоглобіну у пацієнта ЦД 2 типу ?
 А. Виявлення ускладнень
В. Профілактика декомпенсації ЦД 2 типу
 С. Встановлення рівня компенсації ЦД 2 типу
 D. Виключення діагнозу
 Е. Відміна лікування
15. Який з перерахованих препаратів для лікування ЦД 2 типу відноситься до препаратів 1 лінії - бігуанідів ?
 А. Глімепірид
В. Дапагліфлозин
 С. Метформін
D. Гліквідон
 Е. Ліраглутид
16. Пацієнтка, 56 р., звернулася до лікаря зі скаргами на спрагу, поліурією. Цукор крові натще – 7,8 ммоль/л, після їжі -11,3 ммоль/л. Що з нижчеперерахованих обстежень допоможе підтвердити діагноз ЦД 2 тип?
 А. Заг.аналіз крові
В. Біохімічне дослідження крові
 С. К, Na
D. Глікозильований гемоглобін
 Е. Ацетон сечі
17. Хворий І., 49 років страждає на стійкий фурункульоз. Зріст 170 см, маса тіла - 103 кг. Рівень глюкози в крові натщесерце – 6,1 мм/л. Яке обстеження доцільно провести даному пацієнту ?
 А. Ацетон сечі
 В. Тест толерантності до глюкози
 С. Біохімічне обстеження крові
 D. Загальний аналіз крові, сечі
 Е. Електроліти крові
18. До макроангіопатії за ЦД відноситься ?
 А. Ретинопатія
 В. Нефропатія
 С. Капілярнопатія нижніх кінцівок
 D. Нейропатія
 Е. Враження судин серця
19. На момент огляду хворий без свідомості, шкіра суха, гаряча, гіперемія обличчя. Дихання Куссмауля, запах ацетону в повітрі. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Цукор крові – 33 ммоль/л. Який невідкладний захід потрібно зробити в першу чергу?
А. В/в інфузія глюкози разом з інсуліном.
В. В/в інфузія інсуліну короткої дії.
 С. Введення інсуліну пролонгованої дії.
D. В/в інфузія неогемодезу з глютаміновою кислотою.
 Е. В/в інфузія фізіологічного розчину натрію хлориду.
20. Хворий К., страждає на цукровий діабет упродовж 28 років. Протягом останнього року доза інсуліну зменшилась на 14 ОД. В аналізі сечі: білка – 1,7 г/л, цукру – 0,8%, багато еритроцитів, циліндрів. Вказані ознаки є проявом:
 А. Інсулінорезистентності.
 В. Синдрому хронічного передозування інсуліну.
 С. Декомпенсації цукрового діабету.
D. Пієлонефриту.

Е. Діабетичної нефропатії

21. Пацієнт, звернувся в приймальне відділення зі скаргами на відчуття голоду, пітливість, виражену слабкість, головний біль. Дані симптоми відчув після надмірного фізичного навантаження. З анамнезу життя відомо, що хворіє на ЦД 2 типу. Об-но: збуджений, шкіра волога, “піт градом”, Пульс -125 за хв., задов. Властивостей. Інші данні без особливостей. Яке ускладнення розвинулося у пацієнта?

А. Гіперглікемія

В. Кетоз

С. Гіпоглікемія

Д. Нейропатія

Е. Енцефалопатія

22. У пацієнтки, 45 років, центральний тип ожиріння 2 ст., багрово-червоні стрії на животі, стегнах, підвищення АТ до 200/120 мм рт. ст., глікемія натще – 9,3 ммоль/л, порушення менструального циклу. Після великої дексаметазонової проби екскреція 17-ОКС, 17-КС не змінилась. Найбільш вірогідний діагноз:

А. Кортикостерома.

В. Хвороба Іценко-Кушинга .

С. Метаболічний синдром.

Д. Синдром Штейна-Левенталя.

Е. Карциноїдний синдром

23. Основна зовнішня ознака діагностики МС ?

А. Недостатня маса тіла

В. Абдомінальний тип ожиріння

С. Змішаний тип ожиріння

Д. Анасарка

Е. Гіноїдний тип ожиріння

24. Для ожиріння II ступеню ІМТ у межах:

А. Менше 18,5 кг/м²

В. Понад 40 кг/м²

С. 25-29,9 кг/м²

Д. 38-40 кг/м²

Е. 35-39,9 кг/м²

25. Критеріями діагностики МС є всі, крім:

А. Гіноїдне ожиріння

В. АТ більше або дорівнює 130/85 мм рт. ст

С. Рівень тригліцеридів $\geq 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)

Д. Рівень глюкози плазми натще $\geq 5,6$ ммоль/л

Е. Абдомінальний тип ожиріння

26. Вторинне ожиріння це всі, крім:

А. Гіпоталамо-гіпофізарне

В. Гіпотиреоїдне

С. Аліментарно-конституціональне

Д. Гіперкортикоїдне

Е. Церебральне

27. За метаболічного синдрому АТ :

А. $\geq 130/85$ мм рт. ст.

В. $\geq 110/60$ мм рт. ст.

С. $\geq 150/90$ мм рт. ст.

Д. $\geq 100/70$ мм рт. ст.

Е. $\geq 140,90$ мм рт. ст.

28. Для ожиріння III ступеню ІМТ у межах :

А. Менше 18,5 кг/м²

В. Понад 40 кг/м²

С. 25-29,9 кг/м²

- D. 38-40 кг/м²
 E. 35-39,9 кг/м²
29. Гіноїдний тип ожиріння це :
 A. Верхній тип
 B. Абдомінальне ожиріння
 C. Андроїдний
 D. Нижній, сіднично-стегновий тип
 E. Вісцеральне ожиріння
30. Лікування метаболічного синдрому включає в себе всі заходи, крім :
 A. Зниження маси тіла
 B. Корекція вуглеводного обміну
 C. Корекція АТ
 D. Покращення функції нирок
 E. Корекція атерогенних дисліпідемій
31. Вкажіть клінічну ознаку, характерну для гіпоталамічного ожиріння :
 A. Кістковий вік відстає від паспортного
 B. Наявність стрій багряно-рожевого кольору
 C. порушення статевого розвитку
 D. Затримка фізичного розвитку
 E. Наявність набряків по всьому тілі
32. В рекомендації з раціонального харчування пацієнтів з ожирінням входить :
 A. Збалансоване вживання білків жирів і вуглеводів
 B. Обмеження продуктів з високим глікемічним коефіцієнтом
 C. Включення продуктів багатих на клітковину
 D. Зменшення вживання тваринних жирів
33. Все вищеперераховане
34. Для лікування артеріальної гіпертензії за метаболічного синдрому препаратами першої лінії є :
 A. β –адреноблокатори
 B. Тіазидні діуретики
 C. ІАПФ
 D. Антагоністи Са
 E. Всі вищезазначені
35. Для визначення характеру розподілу жирової тканини оцінюють :
 A. Окружність талії (ОТ)
 B. Окружність стегон (ОТ)
 C. ІМТ
 D. Співвідношення ОТ/ОС
 E. ІМТ та ОТ
36. Пацієнт має ІМТ 26,3 кг/м². Які рекомендації слід йому надати?
 A. Лікування не потрібне. Правильне харчування і фізична активність
 B. Гіпокалорійна дієта і посилена фізична активність, медикаментозна терапія
 C. Призначити бігуаніди
 D. Гіпокалорійна дієта і посилення фізичної активності для помірного зниження маси тіла, запобігання її повторної прибавки
 E. Корекція поведінки та гіпокалорійна дієта
37. Для лікування артеріальної гіпертензії за метаболічного синдрому препаратами першої лінії є :
 A. β –адреноблокатори
 B. Тіазидні діуретики
 C. ІАПФ/БРА
 D. Антагоністи Са
 E. Всі вищезазначені
38. Для ожиріння І ступеню ІМТ у межах :

- A. Менше 18,5 кг/м²
 - B. Понад 40 кг/м²
 - C. 25-29,9 кг/м²
 - D. 30-34,9 кг/м²
 - E. 35-39,9 кг/м²
39. За ожиріння II ступеню ризик супутніх захворювань :
- A. Дуже високий
 - B. Надзвичайно високий
 - C. Відсутній
 - D. Підвищений
 - E. Звичайний
40. Обстеження пацієнта з ожирінням обов'язково включає :
- A. Глюкоза крові натще та тест толерантності до глюкози
 - B. Ліпидограму
 - C. Визначення рівня сечової кислоти
 - D. Рівень ТТГ
 - E. Все з вищеперерахованого
41. ІМТ – це :
- A. Співвідношення маси тіла (кг) у квадраті і зросту (м)
 - B. Співвідношення маси тіла (кг) і зросту (м) у квадраті
 - C. Співвідношення маси тіла (кг) і зросту (м)
 - D. Співвідношення зросту (м) і маси тіла (кг) у квадраті
 - E. Співвідношення зросту (м) і маси тіла (кг)
42. До проявів МС належить :
- A. Абдомінальне ожиріння
 - B. Артеріальна гіпертензія
 - C. Гіперурикемія
 - D. Дисліпідемія
 - E. Все вищеперераховане
43. Назвіть показник ОТ, що свідчить про абдомінальне ожиріння у чоловіків :
- A. > 94 см
 - B. > 80 см
 - C. > 85 см
 - D. 75 см
 - E. >90 см
44. Які з нижчеперерахованих груп препаратів можуть несприятливо впливати на вуглеводний обмін :
- A. Бігуаніди
 - B. Тіазидні діуретики
 - C. Препарти сульфамілсечовини
 - D. ІАПФ
 - E. Антагоністи Са
45. Які з нижченаведених показників свідчить про інсулінорезистентність ?
- A. Рівень базальної інсулінемії
 - B. Індекс Каро
 - C. Критерій НОМА
 - D. Все з вищенаведеного
 - E. Жоден з перерахованих
46. Який з лікарських засобів застосовується для лікування ожиріння ?
- A. Дапагліфлозин
 - B. Лізиноприл
 - C. Розувастатин
 - D. Орлістат
 - E. Жоден з перерахованих

47. За ожиріння I ступеню ризик супутніх захворювань :
- Високий
 - Надзвичайно високий
 - Відсутній
 - Дуже високий
 - Звичайний
48. Критерієм діагностики метаболічного синдрому є рівень АТ :
- $\geq 140/90$ мм рт. ст.
 - $\geq 110/60$ мм рт. ст.
 - $\geq 150/90$ мм рт. ст.
 - $\geq 100/70$ мм рт. ст.
 - $\geq 130/85$ мм рт. ст.
49. До лабораторних ознак МС відносять все крім :
- Мікроальбумінурія
 - Дисліпідемія
 - Гіперурікемія
 - Гіпернатріємія
 - Гіперандрогенія
50. При підозрі на синдром нічного апное-гіпопное сну пацієнту з ожирінням/МС слід направити на :
- КТ
 - МРТ
 - Полісомнографію
 - Спірографію
 - Рентгенографію ОГК

Ситуаційні задачі

№1 Хворий Д., 54 роки, скарги на спрагу, поліурію, підвищений апетит, прибавку маси тіла (12 кг за останній рік), задишку, слабкість, головні болі. Об'єктивно: зріст - 178 см, вага - 127 кг, шкіра суха, язик сухий, щитовидна залоза не збільшена, АТ - 160/100 мм рт. ст., пульс - 92 в 1 хв, перкуторно - ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1,5 см вліво від середньоключичної лінії, тони серця ритмічні, рівномірно ослаблені в усіх аускультативних точках, над легенями везикулярне дихання, додаткові дихальні шуми не прослуховуються, живіт м'який, б/болісний, печінка - +2 см з-під краю реберної дуги, набряків немає, цукор натще - 6,8 ммоль, через 2 години після їжі - 11,2 ммоль/л, холестерин - 7,2 ммоль/л.

- 1) Який синдром має місце у хворого?
- 2) Яка тактика лікаря у даному випадку?

№2 Хвора В., 45 років. Скаржиться на надлишкову вагу тіла, серцебиття при ходьбі, слабкість, зниження працездатності. Працює бібліотекаром. Вага тіла прогресивно збільшується останні 3 роки на 8 кг. Апетит підвищений. Віддає перевагу тістечкам. Об-но: зріст - 159 см, вага тіла 100 кг, відкладання жиру переважно в області тулуба, ціаноз передньої черевної стінки, рожеві смуги на шкірі живота, стегон. Пульс - 70 в 1 хв, ритмічний, АТ - 160/90 мм рт.ст. Ліва межа серця на 0,5 см зміщена назовні від середньоключичної лінії в V міжребер'ї. Тони серця над верхівкою приглушені, акцент II тону над аортою. Над легенями дихання везикулярне. Печінка на 3 см виступає з-під реберної дуги, поверхня гладенька, край заокруглений, чутливий.

- 1) Оцініть ситуацію
- 2) Яка подальша тактика лікаря ?

№3 Хвора К, 53 років, вчитель за фахом. Скарги на збільшення маси тіла, апетит підвищений. Веде малорухомий спосіб життя. Турбує сонливість, слабкість, задишка при фіз. навантаженні. Об'єктивно: зріст - 165 см, маса тіла - 105 кг, підшкірна клітковина розвинена надмірно, розташована рівномірно, пульс 88 в хв., ритмічний, АТ - 160/105 мм рт. ст.,

ліва межа відносної серцевої тупості в 5 міжребер'ї на 1 см вліво від середньоключичної лінії, тони серця послаблені, акцент II тону над аортою, набряків немає.

Додаткові обстеження:

Загальний анамнез крові і сечі без особливостей

Цукор крові натще - 5,1 ммоль/л; через 2 год. Після вуглеводного навантаження - 5,6 ммоль/л

На очному дні артерії звужені.

ЕКГ - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

1) *Оцініть ситуацію*

2) *Надайте допомогу*

3) *Яка подальша тактика лікаря ?*

№4. Пацієнт, 47 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на спрагу, сухість в роті, часте сечовипускання. Дані симптоми турбують близько року, з 36 років має надлишкову вагу. Сімейний анамнез обтяжений - батько і мати мали ожиріння. Зріст-170 см, вага-115 кг. ІМТ- 39, 7 кг/м. Шкірні покриви чисті, рожеві. Тони серця рівномірно послаблені. АТ - 150/100 мм.рт.ст., ЧСС- 84 в 1 хв. Печінка- +2 см з-під краю реберної дуги. Пульсація на артеріях ступнів знижена. Цукор крові- 9,8 ммоль/л, ацетон - негативний. Інші дані- без особливостей.

1) *Який діагноз має місце у пацієнта?*

2) *Яка подальша тактика щодо обстеження хворого?*

3) *Яке лікування слід призначити даному пацієнту?*

№5. Пацієнта доставлено в приймальне відділення. Дезорієнтований, загальмований, пітливість, виражена слабкість, головний біль. Дані симптоми відчув після надмірного фізичного навантаження. Зі слів родичів, хворіє на ЦД 2 типу. Об-но: шкіра волога, "піт градом", Пульс -125 за хв., задов. властивостей

Інші данні без особливостей

1) *Оцініть стан хворого*

2) *Надайте невідкладну допомогу*

3) *Скорегуйте лікування даного хворого*

Тема 13. Лабораторна діагностика туберкульозу

Тестові завдання

- Хворий 43-ми років пред'являє скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність, кашель з виділенням харкотиння, субфебрильну температуру. Хворіє протягом 5 днів. Дихання в легенях везикулярне. Аналіз крові: Л - $9,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. На оглядовій рентгенограмі в задньому сегменті правої легені визначається тінь до 4 см в діаметрі з нечіткими контурами. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?
 - Неспецифічну пневмонію.
 - Рак легень.
 - Кіста правої легені.
 - Еозинофільний інфільтрат.
 - Інфільтративний туберкульоз легень.
- Інфікуванню і захворюванню туберкульозом при контакті з бактеріовиділювачем частіше піддаються
 - діти перших двох років життя
 - діти до 10-11 років і підлітків (12-16 років)
 - молоді люди до 39 років
 - особи середнього віку 40-59 років
 - літні люди (60 років і старше)
- Хворий 35-ти років захворів 2 тижні тому. Підвищилась температура тіла до 38° С, з'явився кашель з виділенням харкотиння до 300 мл на добу з неприємним запахом. Об'єктивно: стан хворого середньої важкості. У лівій легені, нижче кута лопатки, легеневий звук вкорочений, вислуховуються множинні різнокаліберні хрипи. Аналіз крові: Л-

20,2x10⁹/л, ШОЕ – 65 мм/год. МБТ бактеріоскопічним методом не виявлено. Які клініко-лабораторні дані не характерні для інфільтративного туберкульозу легень?

- A. Кашель з виділенням 300 мл харкотиння за добу.
 - B. Множинні різнокаліберні вологі хрипи.
 - C. Харкотиння з неприємним запахом.
 - D. Л - 20,2x10⁹/л, ШОЕ - 65 мм/год.
 - E. Всі перелічені.
4. Яка туберкулінова проба має найбільш інформативне значення для визначення активності туберкульозного процесу:
- A. проба Пірке
 - B. проба Манту
 - C. проба Коха
 - D. проба Моро
 - E. градуйована проба Пірке
5. Які рентгенологічні ознаки переконливо свідчать про активність вогнищевого туберкульозу?
- A. Вогнища середньої інтенсивності з чіткими зовнішніми контурами
 - B. Група вогнищ, різних за розмірами, великої інтенсивності
 - C. Вогнище Гона
 - D. Вогнища малої інтенсивності з нечіткими контурами
 - E. Вогнища середньої інтенсивності на фоні обмеженого пневмосклерозу
6. На виявленні яких змін в біоптаті ґрунтується гістологічне підтвердження туберкульозного характеру запалення?
- A. Клітин Пирогова-Лангханса, казеозного некрозу.
 - B. Клітин чужорідних тіл, фібробластів.
 - C. Великої кількості нейтрофілів, колікваційного некрозу.
 - D. Проліферації лімфоцитів, LE-клітин.
 - E. Проліферації низькодиференційованих клітин.
7. Дитині 7 років. На підставі симптомів інтоксикації (слабкість, дратівливість, субфебрильна температура, погіршення апетиту, швидка втомлюваність), "віражу" туберкулінової проби Манту з 2ТО ППД-Л, наявності мікрополіаденії, контакту з хворим на туберкульоз батьком, даних рентгенологічного обстеження, проведеної диференціальної діагностики, встановлено клінічний діагноз: туберкульоз невстановленої локалізації. Які рентгенологічні ознаки притаманні туберкульозу невстановленої локалізації?
- A. Збіднення легеневого малюнку в ділянці кореня легені.
 - B. Посилення легеневого малюнку в ділянці кореня легені.
 - C. Рентгенологічних ознак немає.
 - D. Розширення кореня легені з нечітким зовнішнім контуром.
 - E. Ущільнення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.
8. Дитину 14-ти років спрямовано до дитячої туберкульозної лікарні з приводу скарг на підвищення температури тіла до 38,0° С, слабкість, зниження маси тіла, кашель з харкотинням. На оглядовій рентгенограмі виявлено збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів з обох боків. За клініко-рентгенологічними даними у дитини можна запідозрити туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, саркоїдоз, лімфогранульоматоз, лімфолейкоз. Хлопець обстежується. Який результат проби Манту з 2 ТО ППД-Л найхарактерніший для саркоїдозу, лімфогранульоматозу, лімфолейкозу?
- A. 17 мм і більше.
 - B. Від 5 мм до 16 мм.
 - C. 2-4 мм.
 - D. Наявність гіперемії.
 - E. Негативна реакція.
9. Яке дослідження найдоцільніше при підозрі на "малу" форму бронхоаденіту?
- A. Оглядова рентгенографія.
 - B. Томографія.

С. Комп'ютерна томографія.

Д. Флюорографія.

Е. Фібробронхоскопія.

10. Які рентгенологічні ознаки туберкульозу на фоні цукрового діабету?

А. Інфільтративний туберкульоз, що зустрічається найчастіше у вигляді хмароподібних, полісегментарних уражень або лобіту.

В. Двобічні інфільтрати з локалізацією у нижніх частках (зумовлені реактивацією процесу у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах із лімфогенним і бронхогенним обсіменінням).

С. Туберкульоми великих розмірів із нечіткими контурами, перифокальним запаленням, схильні до розпаду.

Д. Фіброзно-кавернозний туберкульоз (перебігає тяжко, може ускладнитись казеозною пневмонією, швидко прогресує).

Е. Всі перелічені ознаки властиві туберкульозному процесу на фоні цукрового діабету.

Ситуаційні задачі

№1 Хворий 30 років занедужав гостро, коли температура тіла підвищилася до 38,0–39,0 °С. ВІЛ-інфікований. Стан хворого тяжкий. Над верхньою часткою лівої легені визначається тупість, бронхіальне дихання з невеликою кількістю дрібнопухирчастих вологих хрипів. Аналіз крові: Л – $12,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 56 мм/год. Рентгенологічно: верхня частка лівої легені затемнена, визначаються множинні ділянки прояснення, у нижній частці лівої легені наявні малої інтенсивності вогнищеві тіні з нечіткими контурами. Харкотиння слизово-гнійне з прожилками крові. Встановлено діагноз туберкульозу.

1) Яка форма туберкульозу найвірогідніше виявлена у хворого?

2) Тактика ведення та лікування.

Тема 14. Основні поняття медичної реабілітації. Багаторівнева медична реабілітація при патології внутрішніх органів та систем.

Тестові завдання

1. В основі механізму дії рефлексотерапії лежить нейрорефлекторний вплив, який буде здійснюватись через:

А. ЦНС / вегетативний відділ /

В. Гормональна ланка регуляції

С. Гуморальну ланку регуляції

Д. Біохімічні та біофізичні процеси

Е. Усі відповіді правильні

2. Визначте основні прийоми масажу:

А. поглажування, поплескування, розминання, струшування.

В. поглажування, розтирання, розминання, вібрація.

С. розирання, стругання, валяння, розминання.

Д. розтирання, розминання, вібрація, струшування.

Е. розтирання, розминання, розтягування.

3. Вкажіть протипокази до використання фототерапії:

А. системний червоний вовчак

В. активний туберкульоз

С. тиреотоксикоз

Д. злоякісні новоутвори

Е. всі перелічені захворювання

4. Вкажіть, що не відносять до лікувальних ефектів інфрачервоного опромінення:

А. протизапальний

В. антиспастичний

С. трофічний

- D. динамогенний ефект
- E. регенеративно-проліферативний
- 5. інтероцептивні рефлекс викликаються при подразненні:
 - A. шкіри, слизових
 - B. м'язів, сухожилок, зв'язок і кісток
 - C. внутрішніх органів, судин
 - D. жодна відповідь не правильна
 - F. всі відповіді вірні
- 6. Масаж поділяють на:
 - A. лікувальний, гігієнічний, спортивний, косметичний.
 - B. спортивний, косметичний.
 - C. гімнастичний, лікувальний.
 - D. патогенетичний, гігієнічний.
 - E. косметичний, відновлюючий.
- 7. Основні біофізичні процеси у тканинах організму під впливом мікрохвиль:
 - A. Імуносупресивний, гіпосенсибілізуючий вплив;
 - B. Вазомоторний, гормонорегулюючий вплив;
 - C. Гідродинамічний, бактеріцидний ефект;
 - D. Тепловий, осциляторний ефект;
 - F. Бактерицидна, вазоактивна дія.
- 8. Які основні покази для УВЧ-терапії?
 - A. хронічні запальні захворювання;
 - B. системні захворювання крові;
 - C. інфаркт міокарда;
 - D. туберкульоз;
 - E. гострі запальні захворювання.
- 9. Дайте повне визначення: Електрофорез - це введення в організм через шкіру і слизові оболонки лікарських засобів за допомогою:
 - A. змінного електричного струму низької частоти та малої сили
 - B. змінного електричного струму високої частоти та малої сили
 - C. постійного електричного струму низької напруги та малої сили
 - D. постійного електричного поля високої напруги та малої сили
 - F. змінного електричного струму високої напруги та малої сили
- 10. Хто здійснює відбір хворих на санаторно-курортне лікування?
 - A. Лікар-реабілітолог;
 - B. Зав. відділенням;
 - C. Лікуючий лікар;
 - D. Лікуючий лікар разом із зав. відділом;
 - E. Заступник головного лікаря з експертизи працездатності.

Ситуаційні задачі

№1 Хворий З., 54 років скаржиться на часті тривалі болі в поперековій області, які віддають в праву ногу. Поставлений діагноз остеохондроз поясничного відділу хребта з корінцевим синдромом, парастезією по зовнішній поверхні стегна, слабкістю трехголовий м'яза гомілки праворуч.

1) Назвіть переважний клінічний синдром.

2) Назвіть методи медичної реабілітації, які можна застосувати у даного пацієнта?

№2 Хвора 54 років знаходиться п'ятий день на стаціонарному лікуванні з приводу позалікарняної крупозної пневмонії середньої важкості. Скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5 °С, кашель з виділенням слизистого харкотиння, біль при диханні у правій половині грудної клітини. При огляді: ЧСС 90 ударів за хвилину, АТ 95/60 мм рт. ст., ЧД 20 в хвилину. В правій половині грудної клітини скорочення перкуторного звуку. Рентгенограма – тінь у середній долі правої легені.

1) Призначити програму реабілітації.

2) Назвіть період ЛФК у даної пацієнтки та основі задачі медичної реабілітації на даному етапі.

№3 Жінка 23 років відмічає періодичне погіршення стану, котре супроводжується приступоподібним кашлем з великою кількістю (до 100 мл/добу) мокротиння жовтувато-зеленого кольору, іноді з кров'ю, слабкістю. Хворіє довго. Об'єктивно: температура – 37,4С, ЧДР – 20 за хв., пульс – 92 уд./хв., АТ – 115/70 мм рт.ст. Шкіра бліда. При аускультатії справа нижче рогу лопатки – велика кількість вологих різнокаліберних звучних хрипів. Встановлено діагноз бронхоектатичної хвороби.

1) Призначити програму реабілітації і лікувальну гімнастику.

2) Назвіть основні протипокази до проведення медичної реабілітації.

Питання для підсумкового контролю

1. Етіологія та патогенез гострих інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів.
2. Діагностика при атиповому перебігу гострих інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів.
3. Рациональна антибактеріальна терапія гострих інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів, покази до госпіталізації в стаціонар.
4. ХОЗЛ. Сучасний стан проблеми. Діагностика, базисне лікування, невідкладна допомога у разі загострення.
5. Броніхальна астма. Сучасний стан проблеми. Принципи діагностики, лікування. Загострення бронхіальної астми.
6. Сучасний стан проблеми ТЕЛА. Особливості діагностики, основні симптоми, визначення факторів ризику та шкал для виявлення пацієнтів з ТЕЛА. Підходи до лікування.
7. Гіпертонічна хвороба. Діагностика, стратифікація ризику, принципи лікування.
8. Клінічна фармакологія та лікування гіпертонічної хвороби у коморбідних пацієнтів.
9. Гіпертензивні кризи, диференційований підхід до лікування та тактики ведення.
10. Симптоматичні артеріальні гіпертензії. Принципи діагностики та тактики ведення.
11. Стабільна ішемічна хвороба серця. Діагностика, принципи лікування, місце сучасних інвазивних та неінвазивних методів діагностики.
12. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. Вибір стратегії лікування, діагностика, медикаментозна терапія.
13. Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST. Вибір стратегії лікування, діагностика, медикаментозна терапія, стратифікація ризику.
14. Класифікація та діагностика порушень серцевого ритму.
15. Принципи раціонального застосування антиаритмічних препаратів.
16. Класифікація та діагностики порушень провідності.
17. Принципи лікування пацієнтів з порушеннями провідності.
18. Покази до імплантації ЕКС, спостереження за пацієнтами після імплантації ЕКС.
19. Захворювання стравоходу: сучасний стан проблеми, етіологія, патогенез, діагностика, принципи терапії.
20. Захворювання шлунку: сучасний стан проблеми, класифікація, етіологія, патогенез, діагностика, принципи терапії.
21. Захворювання дванадцятипалої кишки: сучасний стан проблеми, етіологія, патогенез, діагностика, принципи терапії.
22. Функціональні розлади біліарної системи: діагностика, лікування.
23. Хронічний холецистит: сучасний стан проблеми, діагностика, принципи лікування.

24. Жовчнокам'яна хвороба: сучасний стан проблеми, діагностика, принципи лікування.
25. Алкогольна хвороба печінки: сучасний стан проблеми, діагностика, принципи лікування.
26. Хронічний гепатит: сучасний стан проблеми, діагностика, принципи лікування.
27. Хронічна хвороба нирок: сучасний стан проблеми, класифікація, принципи діагностики, основні причини розвитку.
28. Класифікація гломерулярних хвороб нирок. Етіологія, клінічна та морфологічна класифікація, методи діагностики, сучасні підходи до лікування.
29. Остра та хронічна ниркова недостатність: основні причини, фактори ризику, клінічні прояви, ускладнення.
30. Ревматоїдний артрит: розповсюдженість, етіологічні та тригерні фактори розвитку, основні ланки патогенезу, патоморфологічні зміни в органах при РА. Клінічна класифікація РА (АРУ, 2008), розгорнута клінічна картина РА, суглобові та поза суглобові його прояви. Діагностичні критерії РА (ACR/EULAR, 2010). Особливі форми РА: синдром Стілла та Фелті. Диференційна діагностика РА. Діагностична та лікувальна тактика хворих на РА, загальні положення медикаментозної терапії, принципи протизапальної та базисної терапії (основні препарати, показання, протипоказання), комбінована терапія базисними синтетичними та біологічними препаратами.
31. Подагра: поширеність подагри в світі та в Україні серед осіб різного віку та статі, основні питання етіології, фази патогенезу подагри, метаболізм сечової кислоти, патоморфологічні зміни при гострому подагричному артриті та хронічній подагрі. Клінічна класифікація подагри (АРУ, 2004). Варіанти дебюту подагри, клінічна картина гострого подагричного артрити, міжнападної та хронічної подагри. Класифікаційні критерії діагностики подагри ACR/EULAR (2015). Лабораторні та інструментальні методи обстеження хворого на подагру. Загальні принципи лікування подагри (EULAR, 2006; ACR, 2012), лікування гострого подагричного артрити та рекомендації з проведення гіпоурикемічної терапії. Критерії ефективності базисної терапії.
32. Остеоартроз (остеоартрит): епідеміологія та соціально-медичні аспекти ОА, етіологічні чинники та основні ланки патогенезу ОА, макроскопічні зміни хряща при ОА. Патогенетичні варіанти ОА, клінічні форми, локалізація, рентгенологічні стадії ОА (за Kellgren J.H. Lawrence J.S.). Клінічна картина ОА залежно від локалізації патологічного процесу, наявності синовіту, перебігу захворювання. Класифікаційні критерії ОА, гонартрозу (ACR, 1986), коксартрозу (ACR, 1991), ОА суглобів кистей (ACR, 1990). Клінічна класифікація ОА (АРУ, 2004). Диференційна діагностика ОА. Інструментальні методи дослідження хворих на ОА (рентгенологічне, УЗД, артроскопія). Мета терапії ОА, нефармакологічні та фармакологічні методи лікування хворих з ОА. Хірургічні методи лікування хворих на ОА (ендопротезування, лаваж колінних суглобів, видалення «суглобової миші», остеотомія).
33. Системний червоний вовчак: епідеміологія СЧВ, причини та механізми розвитку СЧВ, особливості ураження шкіри, суглобів, м'язів, легень, серця та судин, ШКТ, ЦНС, нирок, морфологічні класи та критерії важкості вовчакового нефриту. Клінічна класифікація СЧВ (АРУ, 2004). Діагностичні критерії СЧВ. Лабораторна діагностика СЧВ з використанням загальноклінічних, біохімічних та специфічних імунологічних методів дослідження. Підходи до немедикаментозного та медикаментозного лікування СЧВ. Терапія СЧВ. Особливості лікування вовчакового нефриту. Прогноз у хворих на СЧВ.
34. Системна склеродермія. Питання епідеміології, етіології та патогенезу ССД. Особливості ураження органів і систем при ССД, її клінічні форми, варіанти перебігу та стадії розвитку. Клінічна класифікація ССД (АРУ, 2004), діагностичні та класифікаційні критерії. Діагностика ССД: лабораторні дослідження, імунологічні дослідження. Диференційна діагностика ССД. Сучасні підходи до терапії ССД.
35. Сучасна класифікація анемій. Клінічні та лабораторні особливості перебігу різних типів анемій. Диференційна діагностика анемій. Сучасне лікування різних типів анемій.
36. Визначення поняття «геморагічний діатез». Основні види геморагічного синдрому.

рому. сучасні методи діагностики та контролю системи гемостазу. Сучасні способи корекції геморагічного синдрому.

37. Визначення поняття “гемобластоз, лейкемія. лімфома”. Поняття гостра та хронічна лейкемія. Сучасна класифікація онкогематологічних захворювань. Клінічні та лабораторні особливості перебігу різних онкогематологічних захворювань. Диференційна діагностика онкогематологічних захворювань.

38. Діагностика захворювань щитоподібної залози. Клінічні та інструментальні методи.

39. Діагностика цукрового діабету, принципи ранньої діагностики, фактори ризику, попередження ускладнень, лікування.

40. Порушення вуглеводного обміну, діагностика, клінічне значення.

41. Туберкулянодіагностика: сучасний стан проблеми, принципи застосування.

42. Рання діагностика туберкульозу.

43. Види та засоби медичної реабілітації. Основні поняття медичної реабілітації. Організація надання організаційної допомоги та послуг. Багаторівнева медична реабілітація. Базові принципи реабілітаційної медицини. Основні заходи та засоби медичної, фізичної та психологічної реабілітації. Принципи формування та функціонування реабілітаційної команди.

44. Багаторівнева медична реабілітація при патології внутрішніх органів та систем. Превентивні заходи медичної реабілітації. Реабілітаційний потенціал. Постановка цілей у реабілітації. Міжнародна класифікація функціонування.