

Крок 3 Внутрішні хвороби 16.02.25

Джерело: <https://test.testcentr.org.ua/mod/quiz/view.php?id=113>

1.

Пацієнтка віком 60 років звернулася до лікаря-терапевта на профілактичний огляд. Об'єктивно спостерігається: ЧСС - 84/хв, АТ - 155/95 мм рт. ст. В анамнезі: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2-го типу, хронічна хвороба нирок. Із медикаментів приймає нерегулярно еналаприл, ацетилсаліцилову кислоту, триметазидин, метформін. Яка рекомендована початкова терапія цукрового діабету 2-го типу в такої пацієнтки?

1. Інсулінотерапія
2. Ліраглутид + гліклазид
3. Метформін + гліклазид
4. Емпагліфлозин + глімепірид
- 5. Метформін + дапагліфлозин (вірна відповідь)**

Пояснення

У пацієнтки цукровий діабет 2-го типу (ЦД2), гіпертонічна хвороба та хронічна хвороба нирок (ХХН). Важливо вибрати цукрознижувальну терапію, яка:

1. ефективно знижує рівень глюкози
2. зменшує серцево-судинні ризики
3. уповільнює прогресування ХХН

Чому вірна відповідь – метформін + дапагліфлозин?

Метформін є препаратом першої лінії при ЦД2, якщо немає протипоказань (ШКФ <30 мл/хв). Дапагліфлозин належить до інгібіторів SGLT2, які мають доказову ефективність у захисті нирок та зменшенні серцево-судинних ускладнень.

- Інгібітори SGLT2 (дапагліфлозин, емпагліфлозин) знижують ризик серцевої недостатності та прогресування ХХН.
- Вони сприяють зниженню артеріального тиску, що є важливим у пацієнтки з гіпертонічною хворобою.
- Метформін і дапагліфлозин рідко викликають гіпоглікемії.

3 приводу інших варіантів.

1. Інсулінотерапія

Чому не підходить?

- Інсулін не є першою лінією терапії при ЦД2, якщо пацієнт не має важкої гіперглікемії або виснаження β-клітин.
- Пацієнтці немає показань до інсулінотерапії (немає критично високого HbA1c, вираженої гіперглікемії, кетозу).
- Інсулін може спричиняти збільшення маси тіла та гіпоглікемію.
- У пацієнтки є ХХН, а інсулінотерапія при нирковій недостатності підвищує ризик гіпоглікемії через порушений кліренс інсуліну.

Коли б це було правильним вибором?

Якщо у пацієнтки:

- HbA1c >10%
- виражена гіперглікемія (>15-16 ммоль/л)

- ШКФ <30 мл/хв (тоді метформін протипоказаний)
- симптоми кетоацидозу

2. Ліраглутид + гліклазид

Чому не підходить?

- Ліраглутид (GLP-1 агоніст) – хороший препарат для серцево-судинного захисту, але:
- Він менш ефективний для нирок, ніж інгібітори SGLT2 (наприклад, дапагліфлозин).
- Він не знижує артеріальний тиск так добре, як інгібітори SGLT2.
- Гліклазид (сульфонілсечовина):
- Підвищує ризик гіпоглікемії, що небажано у пацієнтки з ХХН.
- Не має доведеного кардіопротекторного або нефропротекторного ефекту.

Коли б це було правильним вибором?

- Якщо у пацієнтки ШКФ <30 мл/хв (тоді інгібітори SGLT2 не можна).
- Якщо є проблеми з масою тіла (GLP-1 агоністи допомагають схуднути).
- Якщо потрібно покращити постпрандіальний контроль глюкози (гліклазид ефективно знижує післяїжджову гіперглікемію).

3. Метформін + гліклазид

Чому не підходить?

- Метформін – правильний вибір, але гліклазид – ні.
- Гліклазид підвищує ризик гіпоглікемії.
- Не має доведеного захисту нирок та серцево-судинної користі.
- Не знижує артеріальний тиск та не запобігає серцевій недостатності, як це роблять інгібітори SGLT2.

Коли б це було правильним вибором?

- Якщо у пацієнтки немає ХХН.
- Якщо є низький серцево-судинний ризик.
- Якщо інгібітори SGLT2 або GLP-1 не переносяться або недоступні.

4. Емпагліфлозин + глімепірид

Чому не підходить?

- Емпагліфлозин – хороший вибір, бо:
- Захищає серце та нирки.
- Знижує артеріальний тиск.
- Глімепірид (сульфонілсечовина) – поганий вибір через ризик гіпоглікемії та збільшення маси тіла.

Коли б це було правильним вибором?

- Якщо у пацієнтки немає ХХН або ризик гіпоглікемії незначний.



2.

У пацієнтки віком 70 років із задишкою і загальною слабкістю діагностовано: правобічний плевральний випіт. Результати аналізу плеврального випоту: відносна густина - 1,012, співвідношення вмісту білка випіт/сироватка крові - 0,4, співвідношення активності ЛДГ випіт/сироватка крові - 0,4, рН - 7,3, глюкоза - 4 ммоль/л, лейкоцити - $0,5 \cdot 10^9$ /л, з них 40% лімфоцити. Яка патологія найімовірніше є причиною плеврального випоту?

1. Мезотеліома плеври

2. Системний червоний вовчак

3. Серцева недостатність (вірна відповідь)

4. Туберкульоз легень

5. Тромбоемболія легеневої артерії

Пояснення

Пацієнтка має правобічний плевральний випіт, а результати аналізу свідчать про трансудат. Відповідно до критеріїв Лайта (Light's criteria), випіт вважається трансудатом, якщо:

1. Співвідношення білка випіт/сироватка $<0,5$ (у пацієнтки $0,4$)
2. Співвідношення ЛДГ випіт/сироватка $<0,6$ (у пацієнтки $0,4$)
3. ЛДГ випоту $<2/3$ верхньої межі норми для сироватки ($\approx 240-480$ Од/л)

Чому вірна відповідь – серцева недостатність?

Серцева недостатність (СН) – найчастіша причина трансудативного плевального випоту. При застійній СН підвищується тиск у легених капілярах, що сприяє виходу рідини у плевральну порожнину.

Ключові ознаки трансудату при СН:

1. Низька відносна густина випоту ($<1,015$) → у пацієнтки $1,012$
2. Низький вміст білка (<25 г/л, співвідношення $<0,5$) → у пацієнтки $0,4$
3. Низька активність ЛДГ (співвідношення $<0,6$) → у пацієнтки $0,4$
4. Нормальний рівень глюкози ($>3,3$ ммоль/л) → у пацієнтки 4 ммоль/л
5. Низький рівень лейкоцитів, з переважанням лімфоцитів

Отже, випіт у пацієнтки відповідає класичному трансудату при СН.

Розбір інших варіантів

1. Мезотеліома плеври

Чому не підходить?

- Мезотеліома переважно викликає ексудативний випіт з високим вмістом білка та ЛДГ.
- Часто наявні атипові клітини при цитологічному дослідженні.
- Випіт зазвичай однобічний, часто масивний, нерідко геморагічний.
- Глюкоза може бути знижена.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби в аналізі був ексудат (білок випіт/сироватка $>0,5$, ЛДГ $>2/3$ ВМН).

2. Системний червоний вовчак

Чому не підходить?

- Вовчак викликає ексудативний плеврит.
- Часто рівень глюкози у випоті знижений.
- Характерне високе співвідношення білка випіт/сироватка ($>0,5$), чого у пацієнтки немає.
- В плевальному випоті можуть бути LE-клітини (характерна ознака).

Коли б це могло бути правильним?

- Якби було зниження глюкози та високий вміст білка.

3. Туберкульоз легень

Чому не підходить?

- Туберкульозний плеврит – ексудативний.
- Випіт лімфоцитарний (>80% лімфоцитів), але у пацієнтки лише 40% лімфоцитів.
- Високий рівень білка (>35 г/л).
- Часто pH <7,2 і знижена глюкоза.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби співвідношення білка випіт/сироватка було >0,5 і лімфоцитів >80%.

4. Тромбоемболія легеневої артерії

Чому не підходить?

- При ТЕЛА можливий плевральний випіт, але він зазвичай ексудативний.
- Співвідношення білка випіт/сироватка >0,5.
- Часто геморагічний випіт через легеневий інфаркт.
- Вміст лімфоцитів зазвичай низький.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби випіт був ексудатом з геморагічним характером.

Тобто...

1. Для мезотеліоми → ексудат, високий білок, атипові клітини.
2. Для вовчака → низька глюкоза, високий білок, LE-клітини.
3. Для туберкульозу → ексудат, білок >0,5, лімфоцити >80%.
4. Для ТЕЛА → ексудат, геморагічний характер.



3.

Пацієнтка віком 25 років скаржиться на головний біль, що пульсує, шум у вухах, зниження зору, запаморочення, багаторазове блювання, втрату свідомості. Із анамнезу відомо, що довгий час перебувала на пляжі. Об'єктивно спостерігається: психомоторне збудження, температура тіла - 40°C, шкіра гіперемована, суха, тахікардія, тахіпное, підвищення м'язового тону, періодичні судоми. Який найімовірніший діагноз?

1. Епілептичний напад

2. Тепловий удар (вірна відповідь)

3. Ішемічний інсульт

4. Анафілактичний шок

5. Отруєння пестицидами

Пояснення

Пацієнтка тривалий час перебувала на пляжі та має клінічні ознаки гіпертермії:

1. Висока температура тіла (40°C)
2. Гіперемія та сухість шкіри (ознака порушення терморегуляції)
3. Головний біль, шум у вухах, запаморочення
4. Неврологічні симптоми: психомоторне збудження, судоми, періодична втрата свідомості
5. Тахікардія, тахіпное

Найімовірніший діагноз – тепловий удар

Тепловий удар виникає при надмірному перегріванні організму, коли механізми терморегуляції виснажуються. Це життєзагрожуючий стан, який може призвести до системного запалення, поліорганної недостатності та смерті.

Основні ознаки теплового удару:

1. Гіпертермія $>40^{\circ}\text{C}$
2. Шкіра суха, гаряча, почервоніла (на відміну від теплового виснаження, де є рясне потовиділення)
3. ЦНС-дисфункція: сплутаність свідомості, судоми, кома
4. Гемодинамічні порушення: тахікардія, тахіпное, можливий колапс

Без негайного охолодження (холодні компреси, інфузійна терапія) може настати летальний наслідок!

Розбір інших варіантів

1. Епілептичний напад

Чому не підходить?

- Епілептичний статус не супроводжується гіпертермією та сухістю шкіри.
- Судоми при тепловому ударі виникають на фоні перегрівання, тоді як при епілепсії вони є первинним проявом.
- В анамнезі немає згадки про епілепсію.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби пацієнтка мала анамнез епілепсії (або повторні судоми) та характерну електроенцефалографічну картину.

2. Ішемічний інсульт

Чому не підходить?

- Інсульт рідко супроводжується високою температурою (40°C).
- Шкіра при інсульті не суха та не гіперемована.
- Випадіння функцій (парез, афазія) має чітку локалізацію.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби у пацієнтки був гострий неврологічний дефіцит (геміпарез, порушення мови, асиметрія обличчя) без ознак гіпертермії.

3. Анафілактичний шок

Чому не підходить?

- Для анафілаксії характерні набряк, кропив'янка, утруднене дихання.
- Основний механізм – гостра судинна недостатність (артеріальна гіпотензія), а не гіпертермія.
- В анамнезі немає експозиції алергену.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби у пацієнтки була раптова гіпотензія, бронхоспазм, висип після контакту з алергеном.

4. Отруєння пестицидами

Чому не підходить?

- Отруєння органофосфатами викликає гіперсалівацію, слюзотечу, бронхорею, м'язові фібриляції.
- Шкіра волога (через підвищену секрецію залоз).
- Основний патогенез – холінергічний синдром, тоді як при тепловому ударі – гіпертермія та порушення терморегуляції.

Коли б це могло бути правильним?

- Якби були міоз, бронхоспазм, підвищена секреція слини та мокротиння.



4.

Пацієнтка віком 35 років скаржиться на безпричинну втрату маси тіла, загальну слабкість, прискоренне серцебиття, непереносимість тепла та тремтіння пальців рук, появу підвищеного апетиту, часті випорожнення та проблеми зі сном. Під час медичного обстеження виявлено дифузно збільшену щитовидну залозу. Які результати лабораторних досліджень очікуємо отримати?

1. Нормальний рівень тиреотропного гормону, підвищені рівні вільних T3 та T4
2. Підвищений рівень тиреотропного гормону, нормальні рівні вільних T3 та T4
3. Знижений рівень тиреотропного гормону, вільних T3 та T4
4. Підвищений рівень тиреотропного гормону, вільних T3 та T4

5. Знижений рівень тиреотропного гормону, підвищені рівні вільних T3 та T4 (вірна відповідь)

Пояснення

У пацієнтки класичні ознаки тиреотоксикозу, зокрема:

1. Схуднення при підвищеному апетиті
2. Тахікардія (прискорене серцебиття)
3. Непереносимість тепла
4. Тремор рук
5. Часті випорожнення
6. Проблеми зі сном
7. Диффузно збільшена щитовидна залоза

Найбільш імовірний діагноз – дифузний токсичний зоб (ДТЗ, хвороба Грейвса–Базедова).

Очікувані результати лабораторних аналізів – знижений рівень тиреотропного гормону (ТТГ), підвищені рівні вільних T3 і T4.

Ця комбінація відповідає первинному гіпертиреозу (ДТЗ):

1. Збільшене вироблення T3 і T4 пригнічує секрецію ТТГ через негативний зворотний зв'язок.
2. Зниження рівня ТТГ є раннім і чутливим маркером тиреотоксикозу.
3. Підвищені рівні T3 і T4 пояснюють клінічні симптоми (катаболічний синдром, тахікардія, тремор, гіпертермія).

Це типова картина для хвороби Грейвса, токсичної аденоми та функціонуючої багатовузлової струмини.

Чому інші варіанти невірні?

1. *Нормальний рівень ТТГ, підвищені рівні вільних T3 та T4*

Якщо T3 і T4 підвищені, ТТГ обов'язково буде зниженим через негативний зворотний зв'язок. Таке поєднання можливе лише при центральному (гіпофізарному) гіпертиреозі, але це рідкісна патологія.

2. *Підвищений рівень ТТГ, нормальні рівні вільних T3 та T4*

Така картина характерна для субклінічного гіпотиреозу, а не для гіпертиреозу. У пацієнтки явні симптоми тиреотоксикозу, тому цей варіант виключається.

3. Знижений рівень ТТГ, вільних Т3 та Т4

Це центральний (гіпофізарний) гіпотиреоз, при якому немає підвищення тиреоїдних гормонів. У пацієнтки клінічна картина гіпертиреозу, тому це неправильний варіант.

4. Підвищений рівень ТТГ, вільних Т3 та Т4

Така картина характерна для гіпофізарної аденоми, що продукує ТТГ, але це вкрай рідкісний стан. У більшості випадків, коли підвищені Т3 і Т4, рівень ТТГ має бути зниженим.

Якби не згадувалося про “дифузно збільшену щитовидну залозу”, варіант токсичної аденоми теж міг би бути правильним.

Щоб інші відповіді стали вірними, треба було б змінити анамнез:

1. Якщо вказати підвищений рівень ТТГ при високих Т3 і Т4, тоді можна було б думати про гіпофізарну аденому.
2. Якщо додати нормальні Т3 і Т4, але підвищений ТТГ, це вказувало б на субклінічний гіпотиреоз.



5.

У пацієнта віком 50 років з алкогольним цирозом печінки вперше під час УЗД виявлено невелику кількість вільної рідини в черевній порожнині. Із чого доцільно розпочати лікування портальної гіпертензії?

1. Обмеження солі (вірна відповідь)

2. Фуросемід перорально
3. Лапароцентез
4. Плазмаферез
5. Сандостатин

Пояснення

Пацієнт має алкогольний цироз печінки і невелику кількість асцитичної рідини, що свідчить про ранній асцит (І ступінь) у контексті портальної гіпертензії.

Правильна відповідь – обмеження солі.

Це перша лінія лікування при легкому асциті, оскільки:

1. Натрій утримує рідину, сприяючи її накопиченню в черевній порожнині.
2. Обмеження солі (<2 г/день) допомагає зменшити затримку рідини без необхідності прийому діуретиків на початкових етапах.
3. Дієтотерапія ефективна для близько 15% пацієнтів із раннім асцитом.

Чому інші відповіді невірні?

1. Фуросемід перорально

Фуросемід (петльовий діуретик) використовується лише при рефрактерному або вираженому асциті. У легких випадках може призвести до гіпонатріємії та азотемії.

Перший діуретик вибору – спіронолактон, а не фуросемід. Спіронолактон впливає на патогенез розвитку асцити при цирозі печінки, блокуючи дію альдостерону, метаболізм якого порушується.

2. Лапароцентез

Дренування асцитичної рідини (парацентез) застосовується при масивному асциті або напруженому асциті (III ступінь). У цьому випадку асцит мінімальний, тому пункція не потрібна.

3. Плазмаферез

Використовується лише при тяжких ускладненнях цирозу, наприклад, гепаторенальному синдрому або спонтанному бактеріальному перитоніті (СБП). Для лікування неускладненого асцити не застосовується.

4. Сандостатин (октреотид)

Використовується при гострій варикозній кровотечі через його вазоконстрикторний ефект на мезентеріальні судини. Не є стандартним лікуванням асцити.

Щоб інші відповіді могли бути вірними, можна змінити формулювання:

1. Якщо б у пацієнта був значний асцит, тоді правильною відповіддю міг би бути парацентез або діуретики.
2. Якщо б у пацієнта була гіпонатріємія, тоді обмеження солі могло б бути шкідливим, і відповідь мала би бути іншою.



6.

Пацієнт віком 28 років скаржиться на слабкість, набір маси тіла, сонливість. Об'єктивно спостерігається: відкладення жиру переважно на плечах, тулубі, загальна пастозність, шкіра суха, багряно-мармурова, АТ- 150/110 мм рт. ст. В аналізі крові: рівень АКТГ підвищений. Який найімовірніший діагноз?

1. Гіпертонічна хвороба
2. Аліментарне ожиріння
3. Метаболічний синдром
4. Цукровий діабет 2-го типу

5. Хвороба Іценко-Кушинга (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт має слабкість, набір ваги, сонливість, ожиріння центрального типу, гіпертонію, суху багряно-мармурову шкіру.

Ключовий момент: підвищений рівень АКТГ → це свідчить про АКТГ-залежний гіперкортицизм.

Правильна відповідь – Хвороба Іценко-Кушинга.

Чому це саме хвороба Іценко-Кушинга?

1. Центральне ожиріння (жир відкладається переважно на тулубі та плечах, обличчя округле – "місяцеподібне")
2. Гіпертонія (АТ 150/110 мм рт. ст. – типовий прояв гіперкортицизму)

3. Шкірні зміни (суха шкіра, пастозність, багряно-мрамуровий відтінок)
4. Підвищений рівень АКТГ (характерно для гіпофізарного варіанту синдрому Кушинга)

Хвороба Іценко-Кушинга – це саме гіпофізарна форма гіперкортицизму, при якій аденома гіпофіза надмірно стимулює надниркові залози через підвищене вироблення АКТГ.

Чому інші відповіді неправильні?

1. Гіпертонічна хвороба

У пацієнта є гіпертонія, але вона не є ізольованою проблемою – супроводжується ожирінням та іншими ознаками гіперкортицизму.

АТ підвищений внаслідок глюкокортикоїдної дисрегуляції, а не есенціальної гіпертензії.

2. Аліментарне ожиріння

При звичайному ожирінні немає підвищення АКТГ, гіпертонії, сухої шкіри та інших симптомів Кушинга.

Жир при аліментарному ожирінні відкладається рівномірно (а не вибірково на тулубі й плечах).

3. Метаболічний синдром

Хоча метаболічний синдром може включати ожиріння та гіпертонію, але:

- АКТГ не підвищується.
- Немає характерного "кушингоїдного" фенотипу.

4. Цукровий діабет 2-го типу

У пацієнта не згадано гіперглікемію чи поліурію, що є ключовими симптомами цукрового діабету. АКТГ при діабеті не підвищується.

Щоб інші відповіді теж були правильними, потрібно додати уточнення в анамнез:

1. Якщо б у пацієнта було рівномірне ожиріння та нормальний рівень АКТГ → правильна відповідь: Аліментарне ожиріння.
2. Якщо б був підвищений рівень глюкози та інсулінорезистентність → правильна відповідь: Цукровий діабет 2-го типу або Метаболічний синдром.
3. Якщо б гіпертонія була єдиним проявом → правильна відповідь: Гіпертонічна хвороба.



7.

Пацієнт віком 46 років пройшов курс стаціонарного лікування з приводу загострення виразкової хвороби ДПК, що ускладнилася кровотечею. Який із медичних препаратів доцільно призначити пацієнту для вторинної профілактики рецидивів виразкової хвороби після виписки з лікувальної установи?

1. Альмагель
2. Дротаверин

3. Омепразол (вірна відповідь)

4. Метронідазол
5. Атропін

Пояснення

Пацієнт переніс виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнену кровотечею. Після стаціонарного лікування основне завдання — вторинна профілактика рецидиву виразки.

Правильна відповідь – Омепразол (інгібітор протонної помпи, ІПП).

Чому це правильна відповідь?

1. Виразкова хвороба ДПК пов'язана з підвищеною кислотністю, тому препарати, які зменшують кислотність, знижують ризик рецидиву.
2. Інгібітори протонної помпи (ІПП), зокрема омепразол, є основними препаратами для профілактики та лікування виразкової хвороби. Хоча на практиці застосовують більш ефективні аналоги — пантопразол та езомепразол.
3. Після кровотечі рекомендується тривала терапія ІПП для загоєння виразки та попередження її повторного утворення.

Стандартна схема вторинної профілактики:

1. Омепразол 20-40 мг/добу протягом 4-8 тижнів, потім довготривала підтримувальна терапія (залежно від ризиків).
2. Якщо виявлена *Helicobacter pylori*, додатково призначають ерадикаційну терапію (ІПП + 2 антибіотики).

Чому інші варіанти неправильні?

1. *Альмагель*

Антацид, який короткочасно нейтралізує кислоту, але не пригнічує її продукцію. Не підходить для тривалої профілактики рецидивів.

2. *Дротаверин*

Спазмолітик (но-шпа), який знімає біль при спазмах гладкої мускулатури, але не впливає на загоєння виразки.

3. *Метронідазол*

Антибіотик, який може входити до складу ерадикаційної терапії *Helicobacter pylori*, але сам по собі не є засобом профілактики. Використовується тільки при виявленій *H. pylori* у складі комбінованої терапії.

4. *Атропін*

М-холіноблокатор, який зменшує секрецію кислоти, але через значні побічні ефекти (тахікардія, сухість у роті) майже не використовується в гастроентерології. Його замінили більш ефективні та безпечні препарати, зокрема ІПП.

Щоб інші відповіді також були правильними, у запитанні слід додати уточнення:

1. Якщо підтверджена *H. pylori* → правильна відповідь могла б бути Метронідазол у складі антихелікобактерної терапії.
2. Якщо б запитували лише про симптоматичне полегшення → міг би підійти Альмагель.



8.

Пацієнт віком 56 років скаржиться на задишку, кашель із мокротинням, швидку втомлюваність. Із анамнезу відомо, що курить 15 років. Протягом останнього року мав 1 погіршення симптомів, лікувався амбулаторно. Об'єктивно спостерігається: ЧД - 18/хв, перкуторно - легеневий звук із

коробковим відтінком, аускультативно - послаблене везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи. Яке обстеження є обов'язковим для встановлення діагнозу?

1. Пікфлоуметрія
2. Комп'ютерна томографія ОГК
3. Рентгенографія ОГК
- 4. Постбронходиляційна спірометрія (вірна відповідь)**
5. Тести з фізичним навантаженням

Пояснення

Пацієнт 56 років, має задишку, кашель з мокротинням, швидку втомлюваність. В анамнезі тривалий стаж куріння (15 років) та загострення симптомів протягом останнього року, що характерно для хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Правильна відповідь – Постбронходиляційна спірометрія.

Чому це правильна відповідь?

1. ХОЗЛ – це хронічне захворювання, що супроводжується незворотною або частково зворотною бронхообструкцією, і основний метод діагностики – спірометрія з бронходиляцією.
2. Діагностичний критерій ХОЗЛ:
 - Співвідношення $\text{ОФВ1/ФЖЄЛ} < 0,7$ після інгаляції бронходилататора (наприклад, сальбутамолу).
 - Зниження ОФВ1 вказує на ступінь обструкції.

Без спірометрії неможливо підтвердити діагноз ХОЗЛ, тому вона є обов'язковою.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Пікфлоуметрія

Використовується для моніторингу бронхіальної астми, але не є діагностичним тестом для ХОЗЛ. Вона вимірює пікову швидкість видиху (PEF), яка може бути знижена при обструкції, але не дозволяє точно встановити ОФВ1/ФЖЄЛ.

2. Комп'ютерна томографія (КТ) ОГК

КТ застосовується для виключення альтернативних діагнозів (наприклад, рак легені, бронхоектази, фіброз). Вона може візуалізувати емфізему, але не визначає функціональні порушення, тому не є основним тестом для діагностики ХОЗЛ.

3. Рентгенографія ОГК

Рентгенографія не дозволяє діагностувати ХОЗЛ, оскільки зміни (наприклад, емфізема, посилений легеневий малюнок) з'являються на пізніх стадіях.

Використовується для виключення інших патологій (туберкульоз, серцева недостатність), але не є обов'язковою для підтвердження ХОЗЛ.

4. Тести з фізичним навантаженням

Використовуються для оцінки толерантності до навантаження та функціонального стану, але не для встановлення діагнозу.

Щоб інші відповіді могли бути правильними, потрібно змінити формулювання:

1. Якщо б питання звучало "Яке дослідження є допоміжним для оцінки стану легень?", тоді правильними могли бути КТ ОГК або рентгенографія.
2. Якщо б запитували "Яке дослідження допоможе визначити тяжкість перебігу?", тоді тести з фізичним навантаженням могли б бути правильною відповіддю.



9.

Пацієнтка віком 76 років скаржиться на загальну слабкість, біль у животі, сухість у роті, затримку дефекації та невідходження газів. Об'єктивно спостерігається: загальний стан пацієнтки тяжкий, пульс - 100/хв, слабкого наповнення, АТ - 100/55 мм рт. ст. Язик сухий, з біло-сірими нашаруваннями. Живіт роздутий, не бере участі в акті дихання. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Під час перкусії живота - тимпаніт, у нижній частині - тупий перкуторний звук. За результатами ректального дослідження виявлено: нависання передньої стінки прямої кишки. В аналізі крові: лейкоцити - $14,5 \cdot 10^9/\text{л}$. Який патологічний стан зумовив виникнення перитоніту в пацієнта?

1. Гострий холецистит
2. Гострий панкреатит
3. Гострий апендицит
4. Перфоративна виразка

5. Гостра кишкова непрохідність (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнтка 76 років має загальну слабкість, біль у животі, затримку дефекації та невідходження газів. Загальний стан тяжкий, спостерігається сухість у роті, тахікардія, гіпотонія.

Ключові об'єктивні ознаки:

1. Живіт роздутий, не бере участі в акті дихання → парез кишечника.
2. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга → перитоніт.
3. Тимпаніт у верхніх відділах, тупий перкуторний звук у нижніх → накопичення рідини (екстравазат, випіт, кишковий вміст).
4. Лейкоцитоз ($14,5 \cdot 10^9/\text{л}$) → запальний процес.
5. Ректальне дослідження: нависання передньої стінки прямої кишки → ознака низької кишкової непрохідності.

Ці ознаки найбільш характерні для гострої кишкової непрохідності (ГКН) з розвитком перитоніту через некроз кишкової стінки та її перфорацію.

Правильна відповідь – Гостра кишкова непрохідність (ГКН).

Чому це правильна відповідь?

1. ГКН – це порушення пасажу кишкового вмісту через механічну (обструкція, странгуляція) або динамічну причину (парез).
2. Класичні симптоми ГКН:
 - Біль у животі спазматичного або розлитого характеру.
 - Роздутий живіт, тимпаніт (через скупчення газів у кишечнику).
 - Невідходження газів, відсутність дефекації.
 - Рідинний рівень при перкусії → випіт у черевну порожнину.
 - Ректальне дослідження: при низькій непрохідності виявляється набряклість передньої стінки прямої кишки.
3. Прогресування ГКН → ішемія кишки, некроз, перфорація → перитоніт.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Гострий холецистит

- Для гострого холециститу характерний біль у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі.
- Немає значної затримки газів і стільця.
- Не пояснює ректальні зміни та перкуторний тимпаніт.

2. Гострий панкреатит

Характерний біль у верхніх відділах живота (оперізуючий), блювання, лейкоцитоз. Але немає вираженої кишкової непрохідності, тимпаніту, ректальних змін.

3. Гострий апендицит

Для ускладненого апендициту характерний правобічний біль, симптом Ровзинга, локальна пальпаторна чутливість. Не пояснює затримку газів.

Хоча розрив апендиксу може призводити до перитоніту, але передувати будуть характерні симптоми.

4. Перфоративна виразка

Ключовий симптом – "кинджальний" біль, вільний газ у черевній порожнині (симптом серпа на рентгені). Рідше призводить до настільки вираженої кишкової непрохідності.

Щоб інші відповіді могли бути правильними, можна змінити деякі формулювання:

1. Якщо б у питанні згадувалося "гострий біль у правому підребер'ї", тоді можна було б думати про гострий холецистит.
2. Якщо б вказали "раніше спостерігався пептичний виразковий анамнез", тоді могла б бути перфоративна виразка.



10.

Пацієнта шпиталізовано до лікарні через добу після аварії на виробництві зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, слинотечу, блювання, спастичний біль у животі, рідкі випорожнення з домішками крові. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середньої тяжкості, температура тіла - 37,4°C, шкіра блілого кольору, слизова оболонка ротової порожнини набрякла, червона, на яснах поодинокі виразки. Пульс ритмічний, артеріальний тиск лабільний. Під час пальпації живіт болючий у всіх відділах. За результатами загального аналізу сечі виявлено: протеїнурія, еритроцитурія. Який антидот необхідно ввести у цьому разі?

1. Тетацин кальцію

2. Натрію тіосульфат (вірна відповідь)

3. Ізонітазин

4. Атропіну сульфат

5. Метиленовий синій

Пояснення

Пацієнт зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, слинотечу, блювання, спастичний біль у животі та кров у випорожненнях. Об'єктивно виявлено набряк слизових рота з виразками, протеїнурію та еритроцитурію. Симптоматика виникла через добу після аварії на виробництві.

Ключові симптоми:

1. Шлунково-кишкові розлади (блювання, біль у животі, кров у випорожненнях) можуть вказувати на подразнення слизових шлунково-кишкового тракту токсином.
2. Пошкодження слизових оболонок рота (набряк, виразки) характерне для отруєнь агресивними хімічними речовинами, зокрема важкими металами (миш'як, ртуть) або синильною кислотою.
3. Ниркові ускладнення (протеїнурія, еритроцитурія) свідчать про токсичне ураження нирок, що часто супроводжує отруєння миш'яком або іншими важкими металами.

Чому це правильна відповідь?

Симптоми пацієнта (ураження слизових, ниркова дисфункція) узгоджуються з отруєнням миш'яком, яке часто трапляється на виробництвах (наприклад, при роботі з пестицидами або металургійними матеріалами). Натрію тіосульфат є основним антидотом у таких випадках, що підтверджується клінічними рекомендаціями.

Взагалі натрію тіосульфат (вірна відповідь) є антидотом при отруєнні миш'яком, ртуттю, синильною кислотою та іншими важкими металами. Він зв'язує токсини, перетворюючи їх на нетоксичні тіоціанати, які виводяться з сечею.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Тетацин кальцію (ЕДТА)

Використовується для хелатування свинцю, але менш ефективний при миш'якових отруєннях.

2. Атропіну сульфат

Призначений для отруєнь органічними фосфатами (наприклад, пестицидами), де потрібно блокувати мускаринові рецептори.

3. Метиленовий синій

Застосовується при метгемоглобінемії або ціанідному отруєнні, що не відповідає симптомам пацієнта.

4. Ізонітазин

Застосовується при отруєнні фосфоорганічними сполуками, як і атропіну сульфат.

Як зробити інші відповіді вірними?

1. Тетацин кальцію (ЕДТА) — якби в анамнезі було вказано контакт зі свинцем (наприклад, виробництво акумуляторів), а в аналізах виявлено підвищену концентрацію свинцю в крові.
2. Атропіну сульфат, ізонітазин — при наявності симптомів органічного фосфатного отруєння (сльозотеча, брадикардія, бронхоспазм).
3. Метиленовий синій — якби пацієнт мав ознаки метгемоглобінемії (сірувато-блакитний колір шкіри, задишка) або ціанідного отруєння.

Більш детально про отруєння іншими сполуками:

1. Отруєння свинцем (Pb)

Свинець — токсичний важкий метал, який може накопичуватися в організмі. Симптоми залежать від тривалості та інтенсивності впливу:

Гостре отруєння:

- Біль у животі (коліки), нудота, блювання.
- Загальна слабкість, головний біль.

- Металічний присмак у роті.
- Гемолітична анемія (руйнування еритроцитів).
- Ниркова недостатність (протеїнурія, еритроцитурія).

Хронічне отруєння:

- Неврологічні порушення: парестезії (покалічення), слабкість у кінцівках, порушення пам'яті, дратівливість.
- Анемія (через порушення синтезу гему).
- "Свинцевий рубіж" — синювато-сіра смуга на яснах.
- У дітей — затримка розвитку, навчання, поведінкові порушення.

Антидот: Тетацин кальцію (ЕДТА), Дімеркапрол (BAL).

2. Отруєння органічними фосфатами (пестицидами)

Органічні фосфати гальмують фермент ацетилхолінестеразу, що призводить до накопичення ацетилхоліну.

Симптоми:

- Мускаринові ефекти:
 - Сльозотеча, слинотеча, пітливість.
 - Бронхорея (надлишкове виділення слизу в дихальних шляхах), бронхоспазм.
 - Брадикардія (уповільнений пульс), гіпотензія.
 - Нудота, блювання, діарея.
- Нікотинові ефекти:
 - Міофібриляції (м'язові підтримки), слабкість м'язів.
 - Тахікардія (прискорений пульс), підвищення артеріального тиску.
 - ЦНС ефекти:
 - Головний біль, запаморочення, судоми.
 - Порушення свідомості, кома.

Антидот: Атропіну сульфат (блокатор мускаринових рецепторів), пралідоксим (відновлює активність ацетилхолінестерази), ізонітазин.

3. Отруєння ціанідами

Ціаніди блокують клітинне дихання, пригнічуючи фермент цитохромоксидазу.

Симптоми:

- Гострий розвиток симптомів (через кілька хвилин після вдихання або попадання в організм).
- Задишка, тахікардія.
- Головний біль, запаморочення, порушення свідомості.
- Шкіра може набувати виразного рожевого відтінку через накопичення оксигенованого гемоглобіну.
- Судоми, кома, зупинка серця.

Антидот: Натрію тіосульфат, амлінітрил, гідроксокобаламін.

4. Метгемоглобінемія

Метгемоглобінемія виникає при окисненні заліза в гемоглобіні, що робить його нездатним переносити кисень.

Симптоми:

- Сірувато-блакитний колір шкіри (ціаноз), який не зникає після інгаляції кисню.
- Задишка, слабкість, головний біль.

- При важких випадках — порушення свідомості, кома.

Антидот: Метиленовий синій (відновлює залізо в гемоглобіні).



11.

Пацієнтка віком 64 роки скаржиться на задишку, підвищення АТ. Із анамнезу відомо, що хворіє на артеріальну гіпертензію впродовж 15-ти років. Об'єктивно спостерігається: ортопное, шкірні покриви бліді, холодний піт, акроціаноз, АТ - 210/110 мм рт. ст., пульс - 112/хв, ЧД - 32/хв. Аускультативно над легеньми вислуховуються розсіяні сухі хрипи, у нижніх відділах - вологі середньопухирчасті хрипи. Який патологічний стан виник у пацієнтки?

1. Тромбоемболія легеневої артерії
2. Астматичний статус
3. Гострий інфаркт міокарда

4. Гостра лівошлуночкова недостатність (вірна відповідь)

5. Гостра правошлуночкова недостатність

Пояснення

Пацієнтка 64 роки має задишку, гіпертонію в анамнезі, ортопное, акроціаноз, холодний піт, ЧД 32/хв, АТ 210/110 мм рт. ст., тахікардію (пульс 112/хв).

Ключові об'єктивні ознаки:

1. Ортопное (вимушене сидяче положення через задишку)
2. Вологі середньопухирчасті хрипи в нижніх відділах легень → застій рідини в альвеолах
3. Розсіяні сухі хрипи → можливий набряк бронхів
4. Гіпертонічний криз (АТ 210/110 мм рт. ст.)
5. Ознаки периферичної гіпоксії (акроціаноз, холодний піт)

Ці ознаки найбільш характерні для гострої лівошлуночкової недостатності (ГЛШН), яка призводить до кардіогенного набряку легень.

Правильна відповідь – Гостра лівошлуночкова недостатність (ГЛШН).

Чому це правильна відповідь?

ГЛШН – це гострий застій крові в малому колі кровообігу через нездатність лівого шлуночка ефективно перекачувати кров у великий круг кровообігу.

Основні причини ГЛШН:

1. Артеріальна гіпертензія (гіпертонічний криз), як у випадку даного тесту
2. Ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда
3. Гостра мітральна недостатність
4. Декомпенсація хронічної серцевої недостатності

Клініка ГЛШН:

1. Задишка, ортопное
2. Вологі хрипи (в нижніх відділах легень)
3. Ціаноз, холодний піт
4. Тахікардія, гіпертонія

Механізм розвитку:

1. Перевантаження лівого шлуночка
2. Підвищення тиску в лівому передсерді
3. Застій у легеневих венах
4. Вихід рідини в альвеоли (набряк легень)

Чому інші варіанти неправильні?

1. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

ТЕЛА викликає раптову виражену задишку, біль у грудях, тахікардію, гіпотонію. Хрипи часто відсутні або мінімальні. Немає гіпертонії, що характерно для цього випадку.

2. Астматичний статус

У пацієнтки немає бронхіальної астми в анамнезі. Для астматичного статусу характерні сухі хрипи по всіх полях легень. Відсутні вологі хрипи та гіпертонічний криз.

3. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ)

ГІМ може ускладнитися ГЛШН, але основний симптом – гострий біль за грудиною (якого тут немає). При інфаркті часто АТ знижується, а не підвищується.

4. Гостра правошлуночкова недостатність

При правошлуночковій недостатності розвивається застій у великому колі кровообігу (набряки, збільшення печінки, набухання шийних вен). Немає вологих хрипів у легенях.

Щоб інші відповіді могли бути правильними, можна змінити умови:

1. Якби у пацієнтки був біль у грудях, зниження АТ, тоді можна було б думати про інфаркт міокарда.
2. Якби було раптове падіння АТ та гостра задишка без вологих хрипів, тоді це могла б бути ТЕЛА.
3. Якби була бронхіальна астма в анамнезі, можна було б припустити астматичний статус.



12.

Пацієнт віком 52 роки скаржиться на появу продуктивного кашлю, задишки. Із анамнезу відомо, що курить впродовж 25-ти років. За результатами спірографії виявлено: ОФВ1/ЖЄЛ=52%. Під час проведення проби з бронхолітиком приріст ОФВ1 становить 8%. Який найімовірніший діагноз?

1. Муковісцидоз
2. Ідіопатичний легеневий фіброз
3. Бронхіальна астма
4. Туберкульоз

5. Хронічне обструктивне захворювання легень (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт 52 роки, курить 25 років, має продуктивний кашель, задишку.

Ключові діагностичні критерії:

1. ОФВ1/ЖЄЛ = 52% → Обструктивний тип порушення дихання (норма >70%).
2. Проба з бронхолітиком: приріст ОФВ1 = 8% → Обструкція необоротна (менше 12%), що характерно для ХОЗЛ.

Правильна відповідь – Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Чому це правильна відповідь?

ХОЗЛ – це прогресуюче обструктивне захворювання дихальних шляхів, яке виникає через тривалий вплив шкідливих часток і газів (переважно куріння).

Основні критерії ХОЗЛ:

1. Тривалий стаж куріння (>10-15 років).
2. Прогресуючий кашель, задишка, продуктивне мокротиння.
3. ОФВ1/ЖЄЛ <70% після проби з бронхолітиком.
4. Низький приріст ОФВ1 після бронхолітика (<12%), що відрізняє ХОЗЛ від бронхіальної астми.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Муковісцидоз

Захворювання вроджене, проявляється з раннього дитинства. Характерний в'язкий мокротиння, часті бронхоектатичні зміни. Немає зв'язку з курінням.

2. Ідіопатичний легеневий фіброз (ІЛФ)

Основний симптом – прогресуюча задишка (без продуктивного кашлю). Типові зміни на КТ високої роздільної здатності (інтерстиціальні ураження). Спірометрія показала б рестриктивний, а не обструктивний тип порушень, при якому відношення ОФВ1/ФЖЄЛ має нормальні або підвищені значення (>80%) зі зниженням як ОФВ1, так і ФЖЄЛ

3. Бронхіальна астма (БА)

Для БА характерна варіабельність симптомів (напади, загострення вночі/вранці). Оборотноість обструкції: приріст ОФВ1 після бронхолітика >12% (у пацієнта тільки 8%). БА часто починається в дитинстві/молодому віці, тоді як тут пацієнт 52 роки.

4. Туберкульоз

Туберкульоз не викликає типову обструкцію за даними спірометрії. Частіше проявляється лихоманкою, схудненням, нічною пітливістю. Діагностується за допомогою рентгенографії/КТ та бактеріологічного дослідження мокротиння.

Щоб інші відповіді могли бути правильними, можна змінити умови:

1. Якби приріст ОФВ1 >12%, можна було б думати про бронхіальну астму.
2. Якби у пацієнта була прогресуюча задишка без кашлю, спірометрія показала б нормальне співвідношення ОФВ1/ЖЄЛ, а на КТ були ознаки "бджолиних стільників", можна було б припустити ідіопатичний легеневий фіброз.
3. Якби пацієнт мав хронічні легеневі інфекції з дитинства, це міг би бути муковісцидоз.



13.

У пацієнтки віком 73 роки раптово виникли задишка, біль за грудниною. Із анамнезу відомо, що хворіє на тромбофлебіт поверхневих вен лівої нижньої кінцівки. На ЕКГ спостерігається: ЧСС - 130/хв, глибокі зубці S у I відведенні та Q у III стандартних відведеннях, підняття сегменту ST у III відведенні. За результатами ангіопульмонографії виявлено: обрив гілок середньої та нижньої гілок легеневої артерії. Який найімовірніший діагноз?

1. Пневмонія

2. Кардіогенний шок

3. Нестабільна стенокардія

4. Інфаркт міокарда

5. Тромбоемболія гілок легеневої артерії (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнтка 73 роки з раптовою задишкою та болем за грудниною, в анамнезі тромбофлебіт, що є фактором ризику венозного тромбозу та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Ключові діагностичні критерії:

1. ЕКГ:

- a. S1Q3T3-синдром (глибокий S у I, Q у III, підйом ST у III) → специфічний для ТЕЛА.
- b. Синусова тахікардія (ЧСС 130/хв) – найчастіший прояв ТЕЛА.

2. Ангіопульмонографія: обрив середньої та нижньої гілок легеневої артерії, що прямо вказує на тромб в судинах легень.

Правильна відповідь – Тромбоемболія гілок легеневої артерії (ТЕЛА).

Чому це правильна відповідь?

ТЕЛА – це раптове порушення кровотоку в легеневих артеріях через емболію (найчастіше тромбом із глибоких вен нижніх кінцівок).

Типові симптоми ТЕЛА:

- 1. Раптова задишка (через порушення оксигенації).
- 2. Біль у грудях (ішемія легеневої тканини).
- 3. Тахікардія, гіпотензія або нестабільна гемодинаміка.
- 4. S1Q3T3 на ЕКГ – специфічний, але не завжди присутній.
- 5. Виявлення тромбу в легеневих артеріях на ангіопульмонографії – золотий стандарт діагностики.

Чому інші варіанти неправильні?

1. *Пневмонія*

Вона розвивається поступово, а не раптово. Зазвичай супроводжується лихоманкою, вологими хрипами, змінами на рентгені. ЕКГ без змін, немає тромбу на ангіопульмонографії.

2. *Кардіогенний шок*

Супроводжується різким зниженням АТ, холодною шкірою, слабким наповненням пульсу. На ЕКГ можуть бути ознаки гострої ішемії, але немає S1Q3T3-синдрому. Відсутність легеневої емболії на ангіопульмонографії.

3. *Нестабільна стенокардія*

Виникає при фізичному навантаженні або емоційному стресі. На ЕКГ можуть бути депресія ST, інверсія T, але не S1Q3T3. Ангіопульмонографія не виявила б тромбів у легенях.

4. *Інфаркт міокарда*

Біль у грудях триває довше 20 хв, іррадіює в ліву руку, щелепу. Зміни на ЕКГ типові для інфаркту (ST↑ у кількох відведеннях, Q-зубці), але тут специфічний S1Q3T3-синдром. Тромби в коронарних артеріях, а не в легенях!

Щоб інші відповіді могли бути правильними, можна змінити умови:

1. Якщо б у пацієнтки був довготривалий біль у грудях із іррадіацією + ST↑ у передніх відведеннях, можна було б припустити інфаркт міокарда.
2. Якщо б на рентгені були інфільтрати, а не тромб у легенях, можна було б думати про пневмонію.
3. Якщо б АТ різко впав, а периферія була б холодна, можна було б думати про кардіогенний шок.



14.

Пацієнт віком 52 роки скаржиться на нестабільність артеріального тиску з підйомами до 150-160/100 мм рт. ст. Сімейний лікар призначив еналаприл 10 мг двічі на добу. На фоні регулярного прийому антигіпертензивної терапії не вдалося досягти цільових рівнів АТ, з'явився сухий кашель. Яку альтернативну схему антигіпертензивної терапії варто запропонувати пацієнту?

1. Комбінація діуретиків та антагоністів альдостерону
2. Комбінація клонідину та діуретиків

3. Комбінація БРА та діуретиків (вірна відповідь)

4. Комбінація БРА та інгібіторів АПФ
5. Комбінація beta-адреноблокатори та інгібіторів АПФ

Пояснення

Пацієнт 52 роки з артеріальною гіпертензією, яка погано контролюється еналаприлом (інгібітор АПФ), і має побічний ефект – сухий кашель.

Ключові моменти:

1. Інгібітори АПФ (еналаприл) можуть викликати сухий кашель у 5-20% пацієнтів через накопичення брадикініну.
2. Для таких пацієнтів альтернативою є блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), які мають подібний гіпотензивний ефект, але не викликають кашлю.

Правильна відповідь – Комбінація БРА та діуретиків.

Чому це правильна відповідь?

1. БРА (наприклад, лозартан, валсартан, телмісартан):
 - Мають подібний механізм дії з інгібіторами АПФ, але не впливають на брадикінін → відсутній кашель.
 - Так само знижують АТ та покращують прогноз.
2. Діуретики (тіазидні, наприклад, гідрохлортиазид, індапамід):
 - Ефективно доповнюють дію БРА, зменшуючи затримку рідини та судинний опір.
 - Використовуються в базових комбінаціях для лікування АГ.

Отже, БРА + діуретики – це оптимальна альтернатива інгібіторам АПФ для пацієнтів із гіпертонією, які мають кашель.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Комбінація діуретиків та антагоністів альдостерону

Антагоністи альдостерону (спіронолактон, еплеренон) використовують при резистентній гіпертензії або серцевій недостатності, але не як основну схему лікування.

2. Комбінація клонідину та діуретиків

Клонідин (центральный α_2 -агоніст) – застарілий препарат, рідко використовується через сильні побічні ефекти (седація, синдром відміни, ризик гіпертонічного кризу).

3. Комбінація БРА та інгібіторів АПФ

НЕ рекомендується через високий ризик гіперкаліємії, ниркової недостатності та гіпотензії. Не додає клінічної користі!

4. Комбінація β -адреноблокаторів та інгібіторів АПФ

Хороша комбінація при серцевій недостатності, ІХС, але не є оптимальною для лікування гіпертензії як першої лінії. Не усуне кашель, бо знову є інгібітор АПФ.

Щоб інші відповіді теж могли бути правильними, можна змінити умови:

1. Якщо б у пацієнта була резистентна гіпертензія, то варіант із антагоністами альдостерону міг би бути правильним.
2. Якщо б було порушення функції нирок, тоді клонідин міг би бути розглянутий як варіант.



15.

Пацієнт віком 45 років скаржиться на сухий кашель, біль у лівій половині грудної клітки з іррадіацією в лопатку, що підсилюються при нахилі тулуба вліво. Об'єктивно спостерігається: дихання поверхневе, ЧД - 28/хв, ліва половина грудної клітки відстає під час акту дихання. Аускультативно над легень вислуховується ослаблене везикулярне дихання, шум тертя плеври. Пульс - 102/хв, температура тіла - 37,3°C. Який найімовірніший діагноз?

1. Набряк легень

2. Сухий плеврит (вірна відповідь)

3. Міжреберна невралгія

4. Спонтанний пневмоторакс

5. Інфаркт міокарда

Пояснення

Пацієнт 45 років має сухий кашель, біль у лівій половині грудної клітки з іррадіацією в лопатку, який посилюється при нахилі тулуба вліво.

Ключові моменти:

1. Шум тертя плеври – характерний симптом сухого плевриту.
2. Поверхнєве дихання, відставання лівої половини грудної клітки при диханні – свідчать про залучення плеври.
3. Ослаблене везикулярне дихання – можливе при плевральному запаленні.
4. Підвищення температури (37,3°C) та тахікардія (пульс 102/хв) – можуть свідчити про запальний процес.

Правильна відповідь – Сухий плеврит.

Чому це правильна відповідь?

Сухий плеврит – це запалення плеври без значного випоту.

- Біль посилюється при русі та диханні через тертя плевральних листків.
- Шум тертя плеври – специфічний аускультативний симптом.

- Часто супроводжує пневмонію, туберкульоз, пухлини плеври, ревматичні захворювання.

Клінічна картина сухого плевриту повністю відповідає описаним симптомам у пацієнта.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Набряк легень

Характеризується вологими хрипами, клекотом, пінистим мокротинням. Відсутній біль у грудній клітці, шум тертя плеври.

2. Міжреберна невралгія

Біль також може посилюватися при русі, але немає шуму тертя плеври, кашлю, температури, ослабленого дихання.

3. Спонтанний пневмоторакс

Біль гострий, раптовий, супроводжується гучним (коробковим) перкуторним звуком, різким ослабленням або відсутністю дихання на ураженому боці. Шум тертя плеври не характерний.

4. Інфаркт міокарда

Може супроводжуватися болем у грудній клітці, але немає зв'язку з диханням і рухами. Не буде шуму тертя плеври. Не зазначено змін на ЕКГ, немає характерного іррадіювання болю (наприклад, у руку, щелепу).

Щоб інші відповіді теж могли бути правильними, можна змінити умови:

1. Якщо б був гострий раптовий біль без шуму тертя плеври → пневмоторакс.
2. Якщо б біль не залежав від дихання, не було б кашлю, але була б задишка → можливо, ІМ.
3. Якщо б була задишка, хрипи, вологе мокротиння → набряк легень.



16.

Пацієнтка віком 40 років скаржиться на втому, діарею та блювання. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 2-х тижнів. Об'єктивно спостерігається: петехії на нижніх кінцівках. За результатами аналізу крові виявлено: гематокрит - 0,25, тромбоцити - $10 \cdot 10^9/\text{л}$, підвищена лактатдегідрогеназа. У мазку периферичної крові спостерігається: шистоцити і підвищена кількість ретикулоцитів. Який найімовірніший діагноз?

1. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (відповідь з бази центра тестування)

2. Гемофілія

3. Множинна мієлома

4. Геморагічний васкуліт

5. Гемолітико-уремічний синдром (більш вірогідна відповідь)

Пояснення

Виходячи з наданої клінічної картини та результатів аналізів, найбільш імовірним діагнозом є **гемолітико-уремічний синдром (ГУС)**, а не **ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП)**, яка відмічена як вірна відповідь у базі центру тестування. Проте, давайте детально розберемо кожен варіант.

Аналіз клінічної картини та результатів аналізів:

1. *Скарги на втому, діарею та блювання:* Ці симптоми є неспецифічними та можуть супроводжувати різні захворювання, включаючи інфекції, запальні процеси та метаболічні порушення. Діарея та блювання особливо важливі, оскільки вони можуть бути продромальними симптомами для деяких захворювань, таких як ГУС.
2. *Хворіє протягом 2-х тижнів:* Вказує на відносно гострий початок захворювання.
3. *Петехії на нижніх кінцівках:* Петехії є ознакою тромбоцитопенії (зниження кількості тромбоцитів) або порушення функції тромбоцитів, що призводить до мікроскопічних крововиливів у шкіру.
4. *Гематокрит 0,25 (низький):* Вказує на анемію (нормальний гематокрит для жінок зазвичай 0,36-0,46).
5. *Тромбоцити $10 \cdot 10^9/\text{л}$ (дуже низькі):* Це виражена тромбоцитопенія (нормальний діапазон тромбоцитів $150\text{--}450 \cdot 10^9/\text{л}$). Такий низький рівень тромбоцитів підвищує ризик кровотеч.
6. *Підвищена лактатдегідрогеназа (ЛДГ):* Підвищення ЛДГ може свідчити про пошкодження тканин або гемоліз (руйнування еритроцитів).
7. *Шистоцити у мазку периферичної крові:* Шистоцити є фрагментами еритроцитів і є характерною ознакою мікроангіопатичної гемолітичної анемії (МАГА). МАГА виникає, коли еритроцити пошкоджуються, проходячи через дрібні кровоносні судини, де утворюються мікротромби.
8. *Підвищена кількість ретикулоцитів:* Ретикулоцити - це молоді еритроцити. Підвищена кількість ретикулоцитів вказує на те, що кістковий мозок намагається компенсувати анемію шляхом посиленого вироблення нових еритроцитів, що є ознакою гемолітичної анемії.

Щодо варіантів відповідей:

1. *Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП):* ІТП є аутоімунним захворюванням, що характеризується ізольованою тромбоцитопенією, викликаною антитілами до тромбоцитів. При ІТП спостерігається зниження кількості тромбоцитів, що може призвести до петехій, синців та інших кровотеч. Однак, типова ІТП не супроводжується мікроангіопатичною гемолітичною анемією (МАГА) і шистоцитами. Підвищення ретикулоцитів при ІТП не є типовим явищем, якщо тільки немає значної крововтрати. Тому, враховуючи наявність шистоцитів та ознак гемолізу, ІТП є малоімовірним діагнозом.
2. *Гемофілія:* Гемофілія є спадковим захворюванням, пов'язаним з дефіцитом факторів згортання крові. Гемофілія проявляється кровотечами, особливо в суглоби та м'язи (гемартрози, гематоми). Гемофілія не викликає тромбоцитопенію, МАГА або підвищення ЛДГ. Аналізи крові при гемофілії показують подовження часу згортання крові (наприклад, АЧТЧ), але кількість тромбоцитів та морфологія еритроцитів зазвичай в нормі. Гемофілія є абсолютно невідповідним діагнозом в даному випадку.
3. *Множинна мієлома:* Множинна мієлома - це злоякісне захворювання плазматичних клітин. Множинна мієлома може викликати анемію, іноді тромбоцитопенію на пізніх стадіях, а також підвищення ЛДГ через пухлинний процес. Проте, множинна мієлома не є типовою причиною МАГА та появи шистоцитів. Клінічна картина мієломи включає інші симптоми, такі як біль у кістках, гіперкальціємія, ниркова недостатність, парапротеїнемія. Множинна мієлома є дуже малоімовірною у даному випадку.
4. *Геморагічний васкуліт:* Геморагічний васкуліт (наприклад, васкуліт Шенлейна-Геноха) - це запалення кровоносних судин, яке може викликати петехії, пурпуру (висип), іноді біль у животі, біль у суглобах та ураження нирок. Деякі форми васкуліту можуть

супроводжуватися тромбоцитопенією, але МАГА з шистоцитами не є типовою ознакою васкуліту. Хоча васкуліт може викликати петехії, сукупність симптомів та аналізів більше вказує на інший діагноз.

5. **Гемолітико-уремічний синдром (ГУС):** ГУС є типом тромботичної мікроангіопатії (ТМА), що характеризується тріадою:

- Мікроангіопатична гемолітична анемія (МАГА): Шистоцити, низький гематокрит, підвищений ЛДГ, підвищені ретикулоцити.
- Тромбоцитопенія: Низька кількість тромбоцитів.
- Гостра ниркова недостатність: Хоча в описі не вказано прямо, але є типовою ознакою ГУС (можливо, ще не розвинулась на момент обстеження або не була включена в короткий опис).
- Часто (але не завжди) ГУС передує діарея, часто кров'яниста, викликана інфекцією *E. coli* O157:H7 (або іншими шига-токсин продукуючими *E. coli*). Інші причини ГУС (атиповий ГУС) можуть бути пов'язані з порушеннями системи комплементу.

Клінічна картина пацієнтки, включаючи діарею, блювання, петехії, анемію, тромбоцитопенію, шистоцити та підвищений ЛДГ, найбільш точно відповідає Гемолітико-уремічному синдрому (ГУС).

Чому ІТП може бути відмічена як "вірна відповідь" (хоча це мало ймовірно):

Можливо, тест є спрощеним або розрахованим на базовий рівень знань, де основний акцент робиться на наявність петехій та тромбоцитопенії. ІТП є класичною причиною тромбоцитопенічної пурпури, і в контексті простого питання, фокус міг бути на цьому. Однак, за наявності інформації про шистоцити та гемолітичну анемію, ІТП практично виключається.

Як би мало стояти питання, щоб інші відповіді були вірними:

1. Щоб відповідь "**Гемофілія**" була вірною: Питання мало б включати вказівку на чоловічу стать, ранній вік, гемартрози (крововиливи в суглоби), гематоми, відсутність петехій, нормальну кількість тромбоцитів та еритроцитів, і подовжений АЧТЧ. Наприклад:

Хлопчик віком 5 років поступив зі скаргами на біль та набряк правого колінного суглоба. З анамнезу відомо, що після незначної травми коліна з'явився набряк та обмеження рухів. В сімейному анамнезі є випадки кровотеч у родичів по чоловічій лінії. Об'єктивно: колінний суглоб набряклий, гарячий на дотик, рухи обмежені. Петехії відсутні. Аналіз крові: гемоглобін - 130 г/л, тромбоцити - $250 \cdot 10^9/\text{л}$, АЧТЧ подовжений.

2. Щоб відповідь "**Множинна мієлома**" була вірною: Питання мало б включати вказівку на старший вік, біль у кістках (особливо спини або ребер), втому, можливу ниркову недостатність, гіперкальціємію, підвищений рівень білка в крові. Аналізи можуть показати анемію, іноді тромбоцитопенію, парапротеїн. Шистоцити відсутні. Наприклад:

Пацієнт віком 65 років скаржиться на постійний біль в спині протягом останніх 3 місяців, виражену втому та слабкість. В анамнезі хронічна хвороба нирок. Об'єктивно: блідий, набряки на гомілкях. Аналіз крові: гемоглобін - 90 г/л, тромбоцити - $120 \cdot 10^9/\text{л}$, креатинін підвищений, кальцій сироватки підвищений. У загальному аналізі сечі - протеїнурія. В мазку периферичної крові - рулон монет.

3. Щоб відповідь "**Геморагічний васкуліт**" була вірною: Питання мало б включати вказівку на висипку, що пальпується (пальпована пурпура), біль у суглобах, біль у животі, можливе ураження нирок (гематурія, протеїнурія), часто дитячий вік (для васкуліту Шенлейна-Геноха). Аналізи можуть показати тромбоцитопенію в деяких випадках, але шистоцити не типові. Наприклад:

Дитина віком 7 років скаржиться на висипку на нижніх кінцівках та сідницях, біль у животі та біль в колінних суглобах, що з'явилися після перенесеної ГРВІ. Об'єктивно: на нижніх кінцівках та сідницях пальпована пурпура, набряклість колінних суглобів, живіт болючий при пальпації. Аналіз сечі: мікрогематурія, протеїнурія. Тромбоцити та гемоглобін в нормі.



17.

Пацієнтка віком 56 років скаржиться на неконтрольований артеріальний тиск. Із анамнезу відомо, що хворіє на артеріальну гіпертензію впродовж 12-ти років, антигіпертензивні ліки вживає нерегулярно. Хворіє на цукровий діабет 2-го типу, подагру, має ожиріння. Яку комбінацію антигіпертензивних препаратів необхідно призначити у цьому разі?

1. Вальсартан + Метопролол
2. Раміприл + Гідрохлортіазид
3. Амлодипін + Гідрохлортіазид

4. Вальсартан + Амлодипін (вірна відповідь)

5. Бісопролол + Індапамід

Пояснення

Пацієнтка 56 років має неконтрольовану артеріальну гіпертензію, а також цукровий діабет 2-го типу, подагру та ожиріння.

Ключові моменти для підбору антигіпертензивної терапії:

1. Цукровий діабет → бажано уникати бета-блокаторів як першої лінії (можуть маскувати гіпоглікемію).
2. Подагра → бажано уникати тіазидних діуретиків, оскільки вони можуть підвищувати рівень сечової кислоти.
3. Ожиріння → частіше спостерігається резистентність до інсуліну, тому перевагу віддають комбінаціям, що мають нефропротекторну дію.

Чому правильною відповіддю є "Вальсартан + Амлодипін"?

Вальсартан (БРА) + Амлодипін (БКК) – ефективна комбінація для пацієнтів із гіпертонією, діабетом та подагрою.

Блокатор рецепторів ангіотензину II (БРА) (вальсартан):

- Зменшує прогресування діабетичної нефропатії
- Не впливає на рівень сечової кислоти
- Знижує ризик серцево-судинних ускладнень
- Не викликає гіпоглікемії

Антагоніст кальцію (БКК) (амлодипін):

- Добре контролює артеріальний тиск
- Не впливає на рівень глюкози та сечової кислоти
- Покращує периферичний кровообіг

Ця комбінація рекомендована європейськими та американськими настановами для лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів із цукровим діабетом.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Вальсартан + Метопролол

Бета-блокатори (Метопролол) не є препаратами першої лінії при гіпертензії без серцевої недостатності або ІХС. Можуть маскувати гіпоглікемію у діабетиків.

2. Раміприл + Гідрохлортіазид

Гідрохлортіазид підвищує рівень сечової кислоти, що погіршить перебіг подагри. АЦЕ-інгібітор (Раміприл) є хорошим вибором, але комбінація з тіазидним діуретиком у пацієнта з подагрою – небажана.

3. Амлодипін + Гідрохлортіазид

Тіазидний діуретик знову підвищує рівень сечової кислоти, що робить цю комбінацію не найкращою. Якщо б не було подагри, це могла б бути альтернативна правильна відповідь.

4. Бісопролол + Індапамід

Бісопролол (бета-блокатор) не є першою лінією при гіпертензії без серцевої недостатності. Індапамід – тіазидоподібний діуретик, а отже, може сприяти гіперурикемії та загостренню подагри.

Якщо виключити подагру, тоді Амлодипін + Гідрохлортіазид теж була б правильною відповіддю.



18.

Пацієнт віком 38 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, біль у м'язах, суглобах, схуднення. Об'єктивно спостерігається: "мармурова" шкіра на кінцівках та тулубі, болючість м'язів під час пальпації, аускультативно вислуховуються сухі хрипи над легеньми, АТ - 160/100 мм рт. ст. Очне дно - злоякісна ретинопатія. За результатами загального аналізу крові виявлено: лейкоцитоз, еозинофілія, збільшення ШОЕ, підвищення рівня сечовини. Який найімовірніший діагноз?

1. Туберкульоз

2. Вузликовий поліартеріїт (вірна відповідь)

3. Системний червоний вовчак

4. Хронічний гломерулонефрит

5. СНІД

Пояснення

Пацієнт 38 років скаржиться на лихоманку, м'язовий і суглобовий біль, схуднення. Об'єктивно виявлено:

1. "Мармурову" шкіру (livedo reticularis)
2. Болючість м'язів
3. Гіпертензію (160/100 мм рт.ст.)
4. Злоякісну ретинопатію
5. Сухі хрипи над легеньми

Лабораторні зміни:

1. Лейкоцитоз, еозинофілія, підвищене ШОЕ
2. Підвищений рівень сечовини

Чому правильна відповідь – "Вузликовий поліартеріїт" (ВПА)?

Вузликовий поліартеріїт (polyarteritis nodosa, PAN) – це системний васкуліт середніх артерій, який уражає нирки, шкіру, м'язи, нервову систему, травний тракт та серце.

Основні діагностичні критерії ВПА:

1. Лихоманка невідомого генезу
2. М'язові та суглобові болі (міалгія, артралгія)

3. Гіпертензія через ураження ниркових судин
4. Лейкоцитоз, еозинофілія, підвищене ШОЕ
5. "Мармурова" шкіра (livedo reticularis)
6. Злоякісна ретинопатія
7. Підвищений рівень сечовини (ураження нирок)

Ключовим аргументом є поєднання неконтрольованої гіпертензії, ураження шкіри, нирок, лихоманки та еозинофілії.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Туберкульоз

У туберкульозі не характерна гіпертензія. Відсутній специфічний легеневий синдром (інфільтрати, кровохаркання, бактеріовиділення).

2. Системний червоний вовчак (СЧВ)

Хоча може спостерігатися міалгія, гіпертензія та лихоманка, тут немає АНА (антинуклеарних антитіл), ураження суглобів у вигляді артриту або типових "метеликоподібних" висипань.

3. Хронічний гломерулонефрит

Викликає гіпертензію та підвищення сечовини, але не супроводжується лихоманкою, еозинофілією та системними ураженнями судин.

4. СНІД

Лейкоцитоз і еозинофілія не характерні. Ураження шкіри в СНІДі має інший характер (наприклад, саркома Капоші, кандидоз)

Якщо хотіли б зробити правильними інші варіанти, потрібно змінити запитання:

1. Для СЧВ – додати артрит, антинуклеарні антитіла, нефротичний синдром
2. Для гломерулонефриту – додати протеїнурію, еритроцити в сечі
3. Для туберкульозу – додати позитивний тест Манту, легеневі ураження



19.

Пацієнт віком 56 років скаржиться на пекучий біль у грудях, що посилюється під час мінімальних навантажень та іррадіює в міжлопаткову ділянку. Об'єктивно спостерігається: рівень свідомості за шкалою AVPU - А, шкіра блідо-рожева, чиста. Аускультативно: ЧД - 22/хв, дихання симетричне, везикулярне, хрипів немає, серцеві тони часті, глухі. SpO₂ при диханні атмосферним повітрям - 94%. Пульс на периферійних артеріях слабкий, ритмічний, частота - 104/хв, АТ - 80/50 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. На ЕКГ виявлено: підйом сегмента S-T на 2 мм та поглиблення зубця Q у III, AVF, V₁–V₂ відведеннях. Який найімовірніший діагноз?

1. Тромбоемболія легеневої артерії
2. Гострий перетинковий інфаркт міокарда
3. Гострий коронарний синдром

4. Гострий інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка (вірна відповідь)

5. Гострий інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка

Пояснення

Пацієнт 56 років скаржиться на пекучий біль у грудях, що посилюється при мінімальних навантаженнях та іррадіює в міжлопаткову ділянку.

Об'єктивно:

1. Свідомість збережена
2. Глухі тони серця
3. Гіпотонія (АТ 80/50 мм рт. ст.)
4. Тахікардія (Пульс 104/хв)
5. Нормальна сатурація (SpO₂ 94%)
6. Немає патологічних змін у легенях

На ЕКГ:

1. Підйом сегмента ST на 2 мм
2. Глибокий зубець Q
3. Ураження у III, AVF, V1–V2 відведеннях

Чому правильна відповідь – "Гострий інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка"?

1. Локалізація інфаркту за відведеннями:
 - III, AVF – це нижня стінка лівого шлуночка
 - V1–V2 – може свідчити про залучення задньої стінки (відбиті зміни)
2. Типова клініка:
 - Пекучий біль у грудях з іррадіацією в міжлопаткову ділянку
 - Гіпотонія та тахікардія (можливе ураження правого шлуночка, який часто залучається при задньому інфаркті)
 - Глухі тони серця – можлива дисфункція міокарда

Чому інші варіанти неправильні?

1. *Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)*

Могла б пояснити біль та тахікардію, але немає задишки, важкої гіпоксії, розширення правих відділів серця на ЕКГ. Для ТЕЛА характерні правошлуночкові ознаки на ЕКГ (S1Q3T3).

2. *Гострий перетинковий інфаркт міокарда*

Перетинка (септум) відповідає V1–V4, але у нас є III, AVF, що свідчить про задню локалізацію.

3. *Гострий коронарний синдром (ГКС)*

ГКС – це попередній діагноз, який підтверджується або інфарктом, або нестабільною стенокардією. У нашому випадку є явні ЕКГ-ознаки інфаркту (ST ↑, Q).

4. *Гострий інфаркт передньої стінки ЛШ*

Передня стінка проявляється у V3–V4, а у нас уражені III, AVF, V1–V2

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити формулювання:

1. Якщо хочемо перетинковий ІМ → додати підйом ST у V1–V4
2. Якщо ТЕЛА → додати задишку, ціаноз, S1Q3T3 на ЕКГ
3. Якщо передній ІМ → ST-підйом у V3–V4



Пацієнт віком 57 років скаржиться на задишку, кровохаркання. Із анамнезу відомо, що 2 дні тому пацієнту проведено ендопротезування колінного суглоба. Об'єктивно спостерігається: стан середньої тяжкості, акроціаноз, тахіпное. Вени шиї набухлі. Пульс - 117/хв, АТ - 100/70 мм рт. ст. Температура тіла - 37,4°C. Аускультативно над легеньми вислуховуються вологі хрипи. На ЕКГ виявлено: *emph P"pulmonale"*, відхилення електричної осі серця вправо. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: деформація коренів, трикутнікоподібне ущільнення тканини легень праворуч. Який лікарський засіб необхідно першочергово призначити пацієнту?

1. Атенолол
2. Верапаміл
3. Лазікс
4. Дігосин

5. Стрептокіназа (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт 57 років, у якого 2 дні тому проведено ендопротезування колінного суглоба, скаржиться на задишку, кровохаркання.

Об'єктивно:

1. Акроціаноз, тахіпное
2. Набухлі вени шиї (ознака підвищеного тиску в правих відділах серця)
3. Тахікардія – 117/хв
4. Гіпотонія – 100/70 мм рт. ст.
5. Температура – 37,4°C
6. Вологі хрипи в легенях

Дані обстежень:

1. ЕКГ: ознаки "P pulmonale" (перевантаження правого передсердя), відхилення ЕОС вправо
2. Рентген: деформація коренів легень, трикутнікоподібне ущільнення праворуч

Чому правильна відповідь – "Стрептокіназа"?

Це типова клінічна картина гострої масивної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

1. Задишка + кровохаркання – типові для інфаркту легень, який виникає через емболію гілок легеневої артерії
2. Тахікардія, гіпотонія, набухлі вени шиї – свідчать про правошлуночкову недостатність через гостре перевантаження
3. P pulmonale, відхилення ЕОС вправо – класичні правошлуночкові зміни при ТЕЛА
4. Трикутнікоподібна інфільтрація в легенях (ознака Вестермарка) – свідчить про інфаркт-пневмонію

Лікування масивної ТЕЛА – тромболітична терапія. Стрептокіназа є одним із препаратів вибору для лізису тромбу в легеневій артерії.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Атенолол (*β-блокатор*)
 - Він знизив би ЧСС, але не усунув би тромб – основну причину проблеми
 - Не є першочерговим засобом при гострій ТЕЛА
2. Верапаміл (*блокатор кальцієвих каналів*)
 - Не має тромболітичного ефекту
 - Не допоможе при ТЕЛА
3. Лазікс (*фуросемід, діуретик*)
 - Може зменшити перевантаження правого шлуночка, але не усуне причину (тромб)

- Корисний при лівошлуночкової недостатності або набряку легень, але тут ситуація інша

4. *Дигоксин (кардіотонік, підсилює скорочення серця, знижує ЧСС)*

- Використовується при фібриляції пересердь та тріпотінні передвердь для зниження ЧСС. Раніше застосовувався (іноді можуть і зараз використати) при хронічній серцевій недостатності, щоб збільшити фракцію викиду, але навіть тут у нас гостра ситуація
- Не впливає на тромб

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити формулювання:

1. Якщо правильна відповідь – атенолол → потрібно додати "пацієнт має стабільну гемодинаміку, підтверджений малий тромб"
2. Якщо лазікс → потрібно додати "спостерігається набряк легень, застій у малому колі кровообігу"
3. Якщо дигоксин → слід змінити клінічну ситуацію на симптоми неконтрольованої надшлуночкової тахікардії або хоча б хронічної серцевої недостатності



21.

Із анамнезу відомо, що пацієнт віком 56 років 2 роки тому переніс інфаркт міокарда по передньо-перегородковій стінці лівого шлуночка, хворіє на цукровий діабет 2-го типу, гіпертонічну хворобу. Який цільовий рівень ХС ЛПНЩ необхідно досягти?

1. < 2,6 ммоль/л або зниження на 50% від висхідного рівня
2. < 1,8 ммоль/л або зниження на 50% від висхідного рівня
3. < 1,4 ммоль/л або зниження на 30% від висхідного рівня
4. < 1,8 ммоль/л або зниження на 30% від висхідного рівня

5. < 1,4 ммоль/л або зниження на 50% від висхідного рівня (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт 56 років, який переніс інфаркт міокарда по передньо-перегородковій стінці лівого шлуночка 2 роки тому, також має:

- Цукровий діабет 2-го типу
- Гіпертонічну хворобу

Це свідчить про дуже високий кардіоваскулярний ризик, відповідно до рекомендацій ESC/EAS (Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства з атеросклерозу).

Кардіоваскулярний ризик, зазвичай, оцінюється за шкалами SCORE, SCORE-2 та SCORE-2-OP. Але є загальні ознаки високого/дуже високого ризику:

Клінічні стани ДУЖЕ ВИСОКОГО серцево-судинного ризику:

1. Встановлені серцево-судинні захворювання (ССЗ):
 - Гострий коронарний синдром (ГКС): Інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія. Це стани, що вимагають негайної медичної допомоги та вказують на вже наявне серйозне ураження серцево-судинної системи.
 - Хронічна ішемічна хвороба серця (ІХС): Стабільна стенокардія, перенесений інфаркт міокарда в анамнезі, а також інші форми ІХС, що підтверджені обстеженнями (наприклад, коронарографія).
 - Інсульт або транзиторна ішемічна атака (ТІА): В анамнезі. Наявність в анамнезі інсульту або ТІА свідчить про вже існуюче ураження судин головного мозку та високий ризик повторних подій.

- Захворювання периферичних артерій (ЗПА): Клінічно значуще ураження артерій кінцівок, що може проявлятися переміжною кульгавістю, критичною ішемією кінцівок, або бути підтвердженим інструментально (наприклад, за допомогою щиколотко-плечового індексу <0,9).
 - Аневризма аорти: Діагностована аневризма аорти, особливо грудної або черевної локалізації, через ризик розриву та інших ускладнень.
2. Цукровий діабет (ЦД) з ураженням органів-мішеней або іншими факторами ризику:
 - Протеїнурією: Наявність білка в сечі, що свідчить про діабетичну нефропатію.
 - Ретинопатією: Діабетичне ураження сітківки ока.
 - Невропатією: Діабетичне ураження нервової системи.
 3. Або при наявності ≥ 3 основних факторів ризику: Куріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, сімейний анамнез ранніх ССЗ.
 4. Хронічна хвороба нирок (ХХН) зі швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) ≤ 30 мл/хв/1.73 м²: Виражене зниження функції нирок є незалежним фактором дуже високого серцево-судинного ризику.
 5. Сімейна гіперхолестеринемія (СГХС) з встановленими ССЗ або іншими факторами дуже високого ризику: наявність СГХС у поєднанні з іншими станами дуже високого ризику значно посилює загальний ризик.

Клінічні стани ВИСОКОГО серцево-судинного ризику:

1. Значно підвищені окремі фактори ризику:
 - Дуже високий рівень загального холестерину: > 8 ммоль/л (> 310 мг/дл) або ЛПНЩ-ХС: > 4.9 ммоль/л (> 190 мг/дл). Навіть за відсутності інших факторів ризику, такі високі рівні холестерину самі по собі створюють високий ризик.
 - Артеріальна гіпертензія 3 ступеня: Систолічний артеріальний тиск ≥ 180 мм рт.ст. або діастолічний артеріальний тиск ≥ 110 мм рт.ст. Високий артеріальний тиск, особливо неконтрольований, є потужним фактором ризику.
2. Цукровий діабет (ЦД) без ураження органів-мішеней, але тривалістю ≥ 10 років або наявністю додаткового фактора ризику:
 - Тривалість діабету ≥ 10 років: Тривалий анамнез діабету, навіть за відсутності явних ускладнень, підвищує ризик ССЗ.
 - Або наявність ≥ 1 додаткового фактора ризику: Куріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, сімейний анамнез ранніх ССЗ.
3. Хронічна хвороба нирок (ХХН) зі ШКФ 30-59 мл/хв/1.73 м² (ХХН 3 стадії): Помірне зниження функції нирок також підвищує серцево-судинний ризик, хоча і меншою мірою, ніж при більш вираженій ХХН.
4. Сімейна гіперхолестеринемія (СГХС) без інших факторів дуже високого ризику: наявність СГХС, навіть за відсутності інших виражених факторів ризику, все одно класифікує пацієнта як високого ризику через генетичну схильність до високого холестерину.

Цільовий рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) у таких пацієнтів $< 1,4$ ммоль/л або зниження на $\geq 50\%$ від вихідного рівня (якщо початковий рівень був $2,8$ ммоль/л або вище).

Чому інші варіанти неправильні?

1. $< 2,6$ ммоль/л або зниження на 50% від вихідного рівня

Такий рівень ХС ЛПНЩ рекомендований лише для помірного ризику, а не дуже високого.

2. $< 1,8$ ммоль/л або зниження на 50% від вихідного рівня

Ціль $< 1,8$ ммоль/л була актуальною для високого ризику, але для дуже високого ($< 1,4$ ммоль/л) вона вже застаріла.

3. $< 1,4$ ммоль/л або зниження на 30% від вихідного рівня

Зниження лише на 30% недостатньо – необхідно мінімум на 50% !

4. $< 1,8$ ммоль/л або зниження на 30% від вихідного рівня

Недостатньо жорсткі цілі для пацієнта з ІХС, цукровим діабетом та гіпертонією.



22.

Пацієнт віком 32 роки скаржиться на біль у животі, нудоту, блювання, головний біль, диплопію, туман перед очима. Із анамнезу відомо, що вживав алкоголь, який товариш приніс із заводу. Об'єктивно спостерігається: стан середньої тяжкості, температура тіла - $36,4^{\circ}\text{C}$, ЧД - 22/хв, пульс - 115/хв, АТ - 100/60 мм рт. ст. Під час пальпації живіт м'який, чутливий в епігастральній ділянці. На ЕКГ виявлено: синусова тахікардія. Який найімовірніший діагноз?

1. Черевний тиф

2. Отруєння метиловим спиртом (вірна відповідь)

3. Гострий панкреатит

4. Харчове отруєння

5. Виразкова хвороба

Пояснення

Пацієнт 32 роки, скаржиться на:

1. Біль у животі, нудоту, блювання
2. Головний біль, диплопію, туман перед очима

З анамнезу: вживав алкоголь невідомого походження, який приніс товариш із заводу – це ключова підказка!

Об'єктивно:

1. Стан середньої тяжкості
2. Стабільна температура ($36,4^{\circ}\text{C}$)
3. ЧД 22/хв, тахікардія (115/хв), АТ 100/60 мм рт. ст.
4. М'який живіт, чутливий в епігастрії
5. ЕКГ: синусова тахікардія

Висновок: Найімовірніше це отруєння метиловим спиртом.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Черевний тиф

Для тифу характерні поступове підвищення температури, висипка, брадикардія, токсикоз, розлади кишечника. В даному випадку немає лихоманки і немає характерної тифозної інтоксикації.

2. Гострий панкреатит

Панкреатит викликає сильний біль у животі (найчастіше оперізуючий), лейкоцитоз, підвищення амілази і ліпази, а також інтоксикацію. У пацієнта немає лихоманки, відсутні зміни в об'єктивному статусі, характерні для панкреатиту.

3. Харчове отруєння

Харчові токсикоінфекції супроводжуються гострим початком, багаторазовим блюванням, діареєю, високою температурою. У цього пацієнта немає проносу та гарячки, натомість є неврологічні симптоми (диплопія, туман перед очима).

4. Виразкова хвороба

Виразкова хвороба може викликати біль в епігастрії, проте не супроводжується диплопією та порушенням зору.

Ключові ознаки отруєння метиловим спиртом:

1. Розлади зору: "туман перед очима", диплопія, порушення акомодатії.
2. Метаболічний ацидоз – наслідок метаболізму метанолу до мурашиної кислоти.
3. Гастроінтестинальні симптоми: біль у животі, нудота, блювання.
4. Тахікардія, гіпотонія, гіпервентиляція (ЧД 22/хв – компенсаторна реакція на ацидоз).



23.

Пацієнт віком 46 років скаржиться на прискорене серцебиття, відчуття пульсації в скронях, почервоніння обличчя та підвищену пітливість, збільшення АТ до 150-160/100 мм рт. ст. Із анамнезу відомо, що симптоми прогресують упродовж останніх 6-ти місяців. Уперше підвищення АТ до 160/100 мм рт. ст. відбулося 1 рік тому після нервового стресу. Пацієнт курить протягом 15-ти років. Батько хворіє на артеріальну гіпертензію. За результатами аналізу крові: креатинін - 65 мкмоль/л, загальний холестерин - 4,1 ммоль/л, глюкоза натще - 4,8 ммоль/л, K^+ - 4,5 ммоль/л. На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС - 92/хв. Яку з комбінацій антигіпертензивних препаратів доцільно призначити пацієнтові?

1. Периндоприл, індапамід
2. Лозартан, гідрохлортіазид

3. Раміприл, бісопролол (вірна відповідь)

4. Амлодипін, вальсартан
5. Амлодипін, раміприл

Пояснення

Пацієнт 46 років, скаржиться на:

1. Прискорене серцебиття, пульсацію в скронях, почервоніння обличчя, пітливість
2. Підвищений АТ (150-160/100 мм рт. ст.)
3. Симптоми прогресують протягом 6 місяців
4. Підвищений ЧСС (92/хв, синусовий ритм на ЕКГ)

Фактори ризику:

1. Куріння 15 років
2. Сімейний анамнез гіпертензії (батько хворіє)

Важливі лабораторні показники:

1. Креатинін – 65 мкмоль/л (норма, нирки не уражені)
2. Холестерин – 4,1 ммоль/л (немає вираженого атеросклерозу)
3. Глюкоза – 4,8 ммоль/л (відсутній діабет)
4. Калій – 4,5 ммоль/л (немає гіпокаліємії, що виключає гіперальдостеронізм)

Висновок: Пацієнт має артеріальну гіпертензію (АГ) 1-2 ступеня, яка поступово прогресує. Відсутні ознаки вторинної гіпертензії (наприклад, феохромоцитомы, реноваскулярної гіпертензії).

Яку комбінацію антигіпертензивних препаратів обрати? **Правильна відповідь – Раміприл + Бісопролол.**

Чому ця комбінація?

1. Раміприл (інгібітор АПФ) – зменшує периферичний судинний опір, знижує АТ, запобігає ремоделюванню серця.
2. Бісопролол (β-блокатор) – знижує ЧСС, зменшує серцеве навантаження, нормалізує вегетативну регуляцію.

Пацієнт має тахікардію (ЧСС 92/хв), тому β-блокатор – оптимальний вибір.

Чому інші варіанти неправильні?

1. *Периндоприл + Індапамід*

Хороша стартова терапія антигіпертензивної терапії, проте враховуючи емоційну лабільність пацієнта при нервових ситуаціях та тахікардію, цей варіант не буде оптимальним, бо не впливає на ЧСС. Хоча ЧСС не є основним критерієм вибору терапії, але постійна тахікардія може призвести до гіпертрофії лівого шлуночка.

2. *Лозартан + Гідрохлортіазид*

Така ж ситуація, як і у варіанті 1.

3. *Амлодипін + Вальсартан*

Амлодипін (антагоніст кальцію) може спричиняти рефлексорну тахікардію, що недоречно при високій ЧСС. Вальсартан (БРА) – знижує тиск, але не впливає на ЧСС.

4. *Амлодипін + Раміприл*

Так, це гарна комбінація для гіпертонії, але знову ж таки, амлодипін не контролює ЧСС. У пацієнта тахікардія, тому β-блокатор є кращим варіантом.

Питання коректне, але варто було б додати ще один факт — "Частота серцевих скорочень стабільно висока (>90/хв) протягом останніх 6 місяців", щоб було ще очевидніше, що необхідний β-блокатор.

Якщо у запитанні вказати, що ЧСС <80/хв, то правильнішим був би варіант Амлодипін + Раміприл. Хоча б тоді тест був більш суперечливим у виборі оптимальної терапії.



24.

Пацієнт віком 34 роки скаржиться на печію після їди, що супроводжується відчуттям жару за грудниною. Стан погіршується в положенні лежачи. За результатами відеоезофагогастроуденоскопії (ВЕГДС): гіперемія слизової оболонки нижньої третини стравоходу. Взято біопсію. Діагностовано стравохід Барретта. На яких морфологічних ознаках під час патогістологічного дослідження біоптату ґрунтується цей діагноз?

1. Запальний детрит, слиз, набряк слизової оболонки, скупчення лейкоцитів
2. Переважають сполучнотканинні елементи, волокна над запальним детритом
3. Гостре катаральне запалення
4. Поодинокі атипові клітини серед запальних елементів

5. Метаплазія епітелію слизової оболонки стравоходу циліндричним, шлунковим та кишковим епітелієм (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт 34 роки, скарги на:

1. Печію після їди
2. Жар за грудниною
3. Погіршення в положенні лежачи

Результати ВЕГДС:

1. Гіперемія слизової оболонки нижньої третини стравоходу
2. Діагноз: стравохід Барретта
3. Взято біопсію

Ключовий момент: Стравохід Барретта – це передраковий стан, який розвивається через хронічну гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

Які морфологічні зміни при стравоході Барретта? Правильна відповідь – Метаплазія епітелію слизової оболонки стравоходу циліндричним, шлунковим та кишковим епітелієм.

Патогенез:

- У нормі стравохід вистелений багат шаровим плоским епітелієм.
- При хронічному кислотному рефлюксі відбувається метаплазія – заміна плоского епітелію на циліндричний, шлунковий або кишковий.
- Найнебезпечніша – кишкова метаплазія з келихоподібними клітинами, оскільки вона збільшує ризик аденокарциноми стравоходу.

Чому інші варіанти неправильні?

1. *Запальний детрит, слиз, набряк слизової оболонки, скупчення лейкоцитів*

Це ознаки запального процесу, наприклад, при рефлюкс-езофагіті, але не є діагностичними критеріями для стравоходу Барретта.

2. *Переважають сполучнотканинні елементи, волокна над запальним детритом*

Це характерно для фіброзних змін або рубцювання після хронічного запалення, але не для метаплазії.

3. *Гостре катаральне запалення*

Гостре запалення (набряк, почервоніння, ексудація) – ознака езофагіту, але не стравоходу Барретта.

4. *Поодинокі атипові клітини серед запальних елементів*

Це могло б вказувати на дисплазію або онкологічний процес, але стравохід Барретта ще не є раком.

Якби в запитанні йшлося про ускладнення стравоходу Барретта (дисплазія, рак), то варіант «Поодинокі атипові клітини серед запальних елементів» міг би бути вірним.



Пацієнтка після прийому антибіотика відчула виражену загальну слабкість, запаморочення, утруднене дихання. Об'єктивно: набряк повік, губ та язика, інспіраторно-експіраторна задишка, АТ - 85/65 мм рт. ст., пульс - 100/хв. Із якого лікарського засобу необхідно розпочати лікування?

1. Адреналіну (вірна відповідь)

2. Сальбутамолу
3. Гідрокортизону
4. Добутаміну
5. Лоратидину

Пояснення

Пацієнтка після прийому антибіотика розвинула гостру реакцію:

1. Загальна слабкість, запаморочення, утруднене дихання
2. Набряк повік, губ, язика (ангіоневротичний набряк)
3. Інспіраторно-експіраторна задишка (звуження дихальних шляхів)
4. Гіпотензія (АТ 85/65 мм рт. ст.)
5. Тахікардія (100/хв.)

Ключовий момент: Всі ці симптоми характерні для анафілаксії – важкої, потенційно летальної алергічної реакції.

Чому правильно вводити адреналін? Адреналін (епінефрин) – препарат вибору при анафілаксії, тому що він:

1. Швидко звужує судини → підвищує АТ
2. Розширює бронхи → усуває бронхоспазм
3. Зменшує набряк тканин → знижує набряк гортані
4. Гальмує викид гістаміну → зменшує алергічну реакцію

Доза та спосіб введення:

- 0,3–0,5 мг внутрішньом'язово (в/м) у передньобокову частину стегна.
- За потреби повторити кожні 5–15 хвилин

Адреналін – перший і найважливіший препарат при анафілаксії!

Чому інші варіанти неправильні?

1. Сальбутамол

Це β_2 -агоніст, що розширює бронхи, але не усуває гіпотензію та системний набряк. Його можна застосовувати як допоміжний засіб, але не в першу чергу.

2. Гідрокортизон

Глюкокортикоїди зменшують запалення та пригнічують алергічну реакцію, але діють повільно (ефект через 4-6 годин). Їх можна вводити після адреналіну, але не першочергово.

3. Добутамін

Кардіотонік, що застосовується при кардіогенному шоку, але не усуває бронхоспазм і набряк. При анафілаксії гіпотензія виникає через вазодилатацію, тому потрібен вазоконстриктор (адреналін), а не інотроп (добутамін).

4. Лоратадин

Антигістамінний препарат (H1-блокатор), що не впливає на гостру фазу анафілаксії. Його можна використовувати для профілактики або як доповнення після стабілізації стану.

Якщо питання стосувалося б комплексного лікування після адреналіну, то правильним був би варіант з додаванням глюкокортикоїдів та антигістамінних.



26.

Пацієнтка 35 років скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, запаморочення, бажання їсти крейду. В анамнезі: останні три роки менорагії. Об'єктивно: шкіра бліда, склери з блакитним відтінком, койлоніхії, сухість шкіри, АТ - 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 105/хв. У загальному аналізі крові: гемоглобін - 81 г/л, еритроцити - $4,05 \cdot 10^{12}/л$, середній об'єм еритроцита - 75 фл, середній вміст гемоглобіну в еритроциті - 16 пг, лейкоцити - $5,4 \cdot 10^9/л$, тромбоцити - $300 \cdot 10^9/л$, феритин - 2 нг/мл. Який найімовірніший діагноз?

1. Аутоімунна гемолітична анемія
2. Фолієводефіцитна анемія
3. В12-дефіцитна анемія
4. Апластична анемія

5. Залізодефіцитна анемія (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнтка має типові ознаки залізодефіцитної анемії (ЗДА):

1. Анемічний синдром → слабкість, втомлюваність, запаморочення
2. Сидеропенічний синдром → бажання їсти крейду, койлоніхії (ввігнуті нігті), сухість шкіри
3. Менорагії в анамнезі → хронічна крововтрата як основна причина ЗДА

Ключові лабораторні показники:

1. Гемоглобін – 81 г/л (анемія). Норма для жінок зазвичай вища за 120 г/л.
2. MCV – 75 фл (мікроцитоз). Норма зазвичай 80-100 фл.
3. MCH – 16 пг (гіпохромія). Норма зазвичай 27-33 пг.
4. Феритин – 2 нг/мл (вкрай низький рівень запасів заліза). Норма зазвичай >15 нг/мл.

Чому правильна відповідь – Залізодефіцитна анемія?

1. Мікроцитарна, гіпохромна анемія є характерною для дефіциту заліза
2. Феритин – основний маркер запасів заліза → його зниження підтверджує діагноз ЗДА
3. Менорагії → постійна крововтрата веде до виснаження запасів заліза

Чому інші варіанти неправильні?

1. Аутоімунна гемолітична анемія (АГА)

Характеризується нормо- або макроцитарною анемією, ретикулоцитозом, підвищеним непрямим білірубіном і ЛДГ. У нашому випадку немає жовтяниці, спленомегалії або ретикулоцитозу.

2. Фолієводефіцитна анемія

Вона макроцитарна (MCV > 100 фл), тоді як у пацієнтки мікроцитарна (MCV = 75 фл). Фолієводефіцитна анемія часто пов'язана із вагітністю, алкоголізмом, мальабсорбцією.

3. В12-дефіцитна анемія

Також макроцитарна (MCV > 100 фл). Супроводжується неврологічними порушеннями (парестезії, атаксія, ураження спинного мозку), яких у пацієнтки немає.

4. Апластична анемія

Характеризується панцитопенією (зниження гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів). У нашої пацієнтки лейкоцити та тромбоцити в нормі.

Щоб інші варіанти теж могли бути вірними, можна змінити лабораторні показники:

1. Для фолієводефіцитної або B₁₂-дефіцитної анемії → підвищити MCV > 100 фл
2. Для апластичної анемії → знизити лейкоцити та тромбоцити
3. Для гемолітичної анемії → додати жовтяницю, підвищення ЛДГ, ретикулоцитоз



27.

Пацієнт 52 роки скаржиться на різкий біль у правій половині грудної клітки, що посилюється під час дихання, сухий кашель, задишку. Симптоми з'явилися гостро 6 год тому. Об'єктивно: ціаноз губ, ЧД - 32/хв, пульс - 104/хв, АТ - 90/60 мм рт. ст. Праворуч в аксиллярній ділянці - вкорочення перкуторного звуку, жорстке дихання, шум тертя плеври. В аналізі крові: D-димер - 4487 нг/мл. Рентгенографія ОГК: трикутна тінь праворуч, верхівкою обернена до кореня легень. Який найімовірніший діагноз?

1. Тромбоемболія легеневої артерії (вірна відповідь)

2. Осумкований ексудативний плеврит

3. Туберкульоз легень

4. Інфаркт легені (!)

5. Рак легень

Пояснення

Пацієнт має гострий розвиток симптомів:

1. Різкий біль у грудній клітці, що посилюється при диханні (плевральний характер)
2. Задишка, ціаноз губ, тахіпное (ЧД 32/хв), тахікардія (104/хв), гіпотонія (90/60 мм рт. ст.)
3. Фізикальні зміни: вкорочення перкуторного звуку, шум тертя плеври
4. D-димер значно підвищений (4487 нг/мл) → це дуже чутливий, але неспецифічний маркер тромбозу
5. Рентген: трикутна тінь, верхівкою обернена до кореня (ознака Вестермарка, Гемптона)

Це класична картина тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) з розвитком інфаркту легень.

Чому правильна відповідь – Тромбоемболія легеневої артерії?

1. Гострий початок – симптоми виникли раптово, що характерно для ТЕЛА
2. Гостра гіпоксія → задишка, ціаноз
3. Біль плеврального характеру → часто пов'язаний з інфарктом легені при ТЕЛА
4. D-димер → значно підвищений, що свідчить про тромбоутворення
5. Рентген → трикутна тінь із верхівкою до кореня – типова для інфаркту легень при ТЕЛА

Чому інші варіанти неправильні?

1. Осумкований ексудативний плеврит

- Для плевриту характерний поступовий розвиток симптомів, а не раптовий.
- D-димер не підвищується так значно.
- На рентгені зазвичай горизонтальний рівень рідини.

2. Туберкульоз легень

- Симптоми розвиваються повільно (тривалий кашель, субфебрилітет, втрата ваги).
- На рентгені каверни, інфільтрати, кальцинати, а не трикутна тінь.

3. Інфаркт легені (Можливий варіант)

- Інфаркт легені часто є ускладненням ТЕЛА.
- Але сам по собі інфаркт не пояснює високий D-димер → причина емболія.
- Правильніше було б формулювати діагноз як "ТЕЛА з інфарктом легені", але тест вимагає первинного механізму – ТЕЛА.

4. Рак легень

- Процес хронічний, а не гострий.
- Немає вказівок на втрату ваги, кровохаркання, тривалу задишку.

Щоб інші варіанти були вірними, можна змінити деталі в анамнезі:

1. Для плевриту → додати гарячку, повільний розвиток симптомів
2. Для туберкульозу → додати тривалий кашель, втрата ваги, субфебрилітет
3. Для раку → описати хронічну прогресуючу задишку, гемоптитизис (кровохаркання)



28.

Пацієнт 65 років у реанімації після резекції шлунка, підвищилася температура тіла до 38°C, з'явився кашель, біль у правій половині грудної клітки. Об'єктивно: ЧД - 26/хв, праворуч нижче кута лопатки - дрібнопухирцеві хрипи. В аналізі крові: лейкоцити - $14 \cdot 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли - 8%, ШОЕ - 30 мм/год, СРБ - +++. Рентгенографія ОГК: інфільтративні зміни в нижній долі правої легені. У мокротинні виявлено *Pseudomonas aeruginosa*. Який найімовірніший діагноз?

1. Нозокоміальна пневмонія (вірна відповідь)

2. ХОЗЛ

3. Гострий бронхіт

4. Бронхіальна астма

5. Рак легень

Пояснення

Пацієнт 65 років знаходиться у реанімації після операції (резекція шлунка), що є важливим фактором ризику.

Основні симптоми:

1. Підвищення температури (38°C) → ознака інфекції
2. Кашель, біль у правій половині грудної клітки → респіраторні симптоми
3. ЧД 26/хв, хрипи в нижній долі правої легені → респіраторний дистрес
4. Лейкоцитоз ($14 \cdot 10^9/\text{л}$), нейтрофіліоз (8%), підвищене ШОЕ, СРБ+++ → виражений запальний процес
5. Рентгенографія: інфільтрація в нижній долі правої легені → типова ознака пневмонії
6. Виявлено *Pseudomonas aeruginosa* в мокротинні → госпітальна інфекція

Це класична картина нозокоміальної (госпітальної) пневмонії! Чому правильна відповідь – Нозокоміальна пневмонія?

1. Розвинулася після 48 годин перебування в стаціонарі (це головний критерій госпітальної пневмонії).
2. *Pseudomonas aeruginosa* – типовий збудник нозокоміальних інфекцій, особливо в пацієнтів у реанімації.
3. Рентгенологічні та клінічні ознаки пневмонії + лейкоцитоз, нейтрофіліоз, підвищений СРБ.
4. Операція, вік, тривале перебування в лікарні → сильні фактори ризику.

Чому інші варіанти неправильні?

1. *ХОЗЛ (хронічне обструктивне захворювання легень)*

Для ХОЗЛ характерні хронічний кашель, експіраторна задишка, куріння в анамнезі. Тут гострий початок + немає анамнезу ХОЗЛ.

2. *Гострий бронхіт*

Бронхіт не дає інфільтративних змін на рентгені! Гострий бронхіт зазвичай вірусний і не супроводжується бактеріальною флорою (*P. aeruginosa*).

3. *Бронхіальна астма*

Для астми характерні свистячі хрипи, оборотна бронхообструкція. Немає тригерів астми (алергія, навантаження), а є бактеріальна інфекція.

4. *Рак легень*

Рак має повільний розвиток (хронічний кашель, кровохаркання, прогресуюча задишка). Не пояснює лейкоцитоз, підвищення температури, гнійне мокротиння.

Щоб інші варіанти були вірними, можна змінити деталі в анамнезі:

1. Для ХОЗЛ → додати анамнез куріння 40 років, часті загострення.
2. Для бронхіту → змінити рентген (без інфільтрації), додати вірусні симптоми.
3. Для астми → додати епізоди обструкції, atopію.



29.

Пацієнт 40 років після переохолодження скаржиться на кашель із виділенням слизово-гнійного мокротиння, задишку, підвищення температури до 38,1°C, біль у грудній клітці. Об'єктивно: ЧД - 22/хв, SpO₂ - 97%, крепітація в нижніх відділах легень праворуч. В аналізі крові: лейкоцити - 11,5·10⁹/л, ШОЕ - 25 мм/год. Рентгенографія ОГК: праворуч в S7 - запальна інфільтрація легеневої тканини. Призначте антибактеріальну терапію.

1. Левофлоксацин
2. Гентаміцин
3. Ванкомицин

4. Амоксицилін (вірна відповідь)

5. Моксифлоксацин

Пояснення

Пацієнт 40 років після переохолодження (частий тригер пневмонії).

Основні симптоми:

1. Кашель із слизово-гнійним мокротинням → бактеріальна інфекція

2. Задишка, біль у грудній клітці → залучення плеври
3. Температура 38,1°C → помірна гарячка
4. ЧД 22/хв, SpO₂ 97% → немає важкої дихальної недостатності
5. Крепітація в нижніх відділах легень праворуч → локалізований запальний процес
6. Лейкоцити 11,5·10⁹/л, ШОЕ 25 мм/год → бактеріальне запалення, помірна реакція
7. Рентген: інфільтрація в S7 правої легені → типова картина позалікарняної пневмонії (ПЛП)

Це класична картина негоспітальної (позалікарняної) бактеріальної пневмонії легкого ступеня!

Чому правильна відповідь – Амоксицилін?

1. Позалікарняна пневмонія легкого ступеня у пацієнта без важкої коморбідності лікується β-лактамами або макролідами.
2. Амоксицилін – антибіотик першої лінії для лікування ПЛП (ефективний проти *Streptococcus pneumoniae*, основного збудника).
3. Відповідає сучасним настановам (IDSA/ATS, ERS, NICE).
4. Пацієнт може лікуватися амбулаторно, отже, не потрібні фторхінолони чи глікопептиди.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Левофлоксацин

Резервний препарат для ПЛП (фторхінолони використовують лише при алергії на β-лактами або у тяжких випадках). Немає показань для його призначення тут.

2. Гентаміцин

Аміноглікозиди неефективні проти *Streptococcus pneumoniae*! Використовуються для грамнегативних інфекцій (синьогнійна паличка, ентеробактерії).

3. Ванкоміцин

Призначають при MRSA-пневмонії (мультирезистентний збудник внутрішньолікарняних інфекцій), яка тут непідозрювана (немає важкого стану, лікарняного анамнезу).

4. Моксифлоксацин

Як і левофлоксацин, це фторхінолон, який використовується при алергії на β-лактами або у тяжких випадках. Не призначається рутинно для легкої позалікарняної пневмонії.

Щоб інші варіанти були вірними, потрібно змінити клінічний сценарій:

1. Левофлоксацин або моксифлоксацин → якщо у пацієнта алергія на β-лактами.
2. Ванкоміцин → якщо є MRSA-інфекція (тоді б був більш характерний анамнез; наприклад, госпіталізація в анамнезі, гнійне мокротиння, важкий стан).
3. Гентаміцин → як додатковий препарат при грамнегативній флорі (*Pseudomonas*, *Klebsiella*).



30.

Пацієнтка віком 28 років скаржиться на пекучий біль та відчуття переповнення в епігастральній ділянці, швидке насичення під час їжі, нудоту та відрижку, безсоння. Об'єктивно спостерігається: стан задовільний, ІМТ - 23,2 кг/м², шкіра та слизові оболонки звичайного кольору, язик обкладений білим нашаруванням. Живіт під час пальпації болючий в епігастральній ділянці. За результатами ФГДС діагностовано: явища еритематозної гастропатії, моторно-евакуаторну дисфункцію шлунка, незначну лімфоплазмоцитарну інфільтрацію в гастробіоптаті. Дихальний тест на *Helicobacter pylori* позитивний. Базальна рН-метрія шлунка - помірна гіперацидність. Лабораторні показники крові в межах норми. Який найімовірніший діагноз?

1. Дуодено-гастральний рефлюкс

2. НПЗП-асоційована гастропатія

3. Функціональна диспепсія (вірна відповідь)

4. Гастроезофагальна рефлюксна хвороба

5. Хронічний гастрит (!)

Пояснення

Функціональна диспепсія (ФД) – це клінічний діагноз, який встановлюється пацієнтам із хронічними або рецидивуючими симптомами з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), за відсутності органічних, системних або метаболічних захворювань, що могли б пояснити ці симптоми.

Римські критерії IV визначають функціональну диспепсію наявністю одного або декількох з наступних симптомів:

1. Неприємне відчуття переповнення після їжі.
2. Раннє насичення.
3. Біль в епігастрії або печіння в епігастрії.
4. Ці симптоми повинні бути присутніми принаймні 3 місяці з початку симптомів не менше 6 місяців тому, та не повинно бути ознак органічного захворювання (наприклад, виразкової хвороби, раку шлунка, жовчнокам'яної хвороби), що пояснюють ці симптоми.

Аналіз клінічного випадку та чому функціональна диспепсія є найімовірнішим діагнозом:

Симптоми пацієнтки: Пекучий біль та відчуття переповнення в епігастральній ділянці, швидке насичення, нудота, відрижка, безсоння – всі ці симптоми типові для диспепсії.

Об'єктивні дані:

1. Задовільний стан, нормальний ІМТ, нормальний колір шкіри та слизових – не вказують на системні захворювання.
2. Болючість при пальпації в епігастральній ділянці – підтверджує локалізацію проблеми у верхніх відділах ШКТ.
3. Язик обкладений білим нашаруванням – неспецифічна ознака, може бути при різних станах, зокрема при гастриті та диспепсії.

Результати обстежень:

1. ФГДС: Еритематозна гастропатія (почервоніння слизової оболонки шлунка), моторно-евакуаторна дисфункція шлунка (порушення скорочення та випорожнення шлунка), незначна лімфоплазмозитарна інфільтрація (запалення слизової оболонки, але не виражене і не специфічне). Ці результати підтверджують наявність гастриту, але не вказують на тяжку органічну патологію, таку як виразка або рак.
2. Дихальний тест на *Helicobacter pylori* позитивний: *H. pylori* часто асоціюється з гастритом та диспепсією. Його наявність може сприяти розвитку симптомів диспепсії, але не є виключною причиною. Ерадикація *H. pylori* може покращити симптоми у деяких пацієнтів з функціональною диспепсією.
3. Базальна рН-метрія шлунка - помірна гіперацидність: Підвищена кислотність може сприяти симптомам печіння та болю, але не є специфічною для функціональної диспепсії. Гіперацидність може спостерігатись і при інших станах, таких як ГЕРХ або виразкова хвороба.
4. Лабораторні показники крові в межах норми: Виключає багато системних захворювань.

Чому інші варіанти менш імовірні або не є найкращими діагнозами:

1. Дуодено-гастральний рефлюкс

Хоча дуодено-гастральний рефлюкс (ДГР) може спричиняти гастрит та подібні симптоми (печіння, біль, нудота, відрижка), в клінічній картині пацієнтки немає явних ознак, що

прямо вказують саме на ДГР. Зазвичай при ДГР більш виражена нудота, може бути блювання жовчю, а симптоми можуть посилюватися після вживання жирної їжі. ФГДС результат не описує ознак жовчі в шлунку, хоча еритематозна гастропатія може бути пов'язана з ДГР. Без додаткових даних (наприклад, результатів шлункової сцинтиграфії або білірубінометрії шлункового вмісту), цей діагноз менш імовірний, ніж функціональна диспепсія.

2. НПЗП-асоційована гастропатія

НПЗП-асоційована гастропатія є важливою причиною гастриту та виразок шлунка. Однак, у клінічному випадку немає вказівки на прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) в анамнезі пацієнтки. Без цієї інформації, цей діагноз є менш імовірним. Якщо б у питанні було зазначено про регулярний прийом НПЗП, цей варіант став би більш вагомим.

3. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)

Хоча печіння в епігастрії є одним із симптомів ГЕРХ, типовим симптомом ГЕРХ є печія за грудиною, а не в епігастрії. У питанні акцент робиться на пекучий біль в епігастральній ділянці. Відрижка може бути симптомом як ФД, так і ГЕРХ, але інші симптоми, такі як раннє насичення, нудота та відчуття переповнення, менш типові для класичної ГЕРХ. Безсоння може бути пов'язане з нічним рефлюксом при ГЕРХ, але воно також може бути пов'язане зі стресом та загальним дискомфортом при диспепсії. Щоб ГЕРХ стала більш імовірним діагнозом, в анамнезі пацієнтки мала б бути вказівка на печію за грудиною, кислу відрижку, посилення симптомів у горизонтальному положенні.

4. Хронічний гастрит

Хронічний гастрит – це морфологічний діагноз, що підтверджується результатами біопсії (лімфоплазмоцитарна інфільтрація). Функціональна диспепсія – це клінічний діагноз. Пацієнтка має хронічний гастрит (як підтверджується біопсією), але діагноз "хронічний гастрит" сам по собі не пояснює весь комплекс симптомів і не є остаточним клінічним діагнозом у цьому контексті. Хронічний гастрит може бути причиною функціональної диспепсії. В клінічній практиці зазвичай ставиться діагноз "функціональна диспепсія на фоні хронічного гастриту" або "гастрит, асоційований з *H. pylori*, що проявляється функціональною диспепсією". У даному контексті, варіант "хронічний гастрит" занадто загальний і не описує клінічну ситуацію так точно, як "функціональна диспепсія".

Чому відповідь "Функціональна диспепсія" відмічена як вірна, і чи є це вірно:

Так, у контексті представлених варіантів відповідей, "Функціональна диспепсія" є найбільш імовірним клінічним діагнозом. Вона найкраще пояснює сукупність симптомів та результатів обстежень. Інші варіанти або менш імовірні через відсутність відповідних анамнестичних даних (НПЗП-асоційована гастропатія), або менш точно описують клінічну картину (ГЕРХ, дуодено-гастральний рефлюкс), або є морфологічним діагнозом, а не клінічним (хронічний гастрит).

Питання є цілком коректним для оцінки клінічного мислення та диференційної діагностики. Формат тесту з вибором однієї правильної відповіді є стандартним.

Як би мало стояти питання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб варіант "Дуодено-гастральний рефлюкс" був вірним:

Потрібно було б додати в анамнез дані про жовчне блювання, посилення симптомів після жирної їжі, можливо, схуднення через порушення травлення та всмоктування. У результатах ФГДС можна було б зазначити ознаки жовчі в шлунку або біліарний рефлюкс-гастрит у заключенні гістологічного дослідження. Приклад зміни у тексті запитання: "...скаржиться на пекучий біль, нудоту, блювання жовчю вранці, відрижку, відчуття переповнення, що посилюється після вживання жирної їжі..."

2. Щоб варіант "НПЗП-асоційована гастропатія" був вірним:

Необхідно було б додати в анамнез інформацію про регулярний прийом НПЗП (наприклад, для лікування головного болю, болю в суглобах, менструального болю). Приклад зміни у тексті запитання: "...пацієнтка, яка тривалий час приймає ібупрофен від головного болю, скаржиться на пекучий біль...".

3. Щоб варіант "Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба" був вірним:

У клінічній картині потрібно було б акцентувати на печії за грудиною та кислій відрижці, посилення симптомів в горизонтальному положенні, можливо, нічний кашель або захриплість голосу. Приклад зміни у тексті запитання: "...скаржиться на печію за грудиною, кислу відрижку, що посилюються вночі та в положенні лежачи, пекучий біль в епігастрії, відрижку, безсоння...".

4. Варіант "Хронічний гастрит" як єдиний "вірний" діагноз був би менш коректним, оскільки це патоморфологічний діагноз. Але, щоб зробити його більш прийнятним як відповідь, питання мало б бути сформульоване інакше, наприклад, фокусуючись на патологічних змінах, а не на клінічному діагнозі. Приклад зміни у формулюванні питання: "Яке найбільш ймовірне патоморфологічне заключення, що відповідає результатам ФГДС та біопсії у даної пацієнтки?". У такому випадку "хронічний гастрит" був би більш прийнятною відповіддю, хоча і в цьому випадку "еритематозна гастропатія з незначною лімфоплазмоцитарною інфільтрацією" було б ще точніше, але серед запропонованих варіантів "хронічний гастрит" став би найближчим. Однак, у поточному формулюванні питання явно орієнтоване на клінічний діагноз, тому "Функціональна диспепсія" є найбільш вірною відповіддю.



31.

Пацієнт віком 68 років скаржиться на загруднинний біль, задишку та втрату свідомості, яка сталася вперше кілька днів тому. Аускультативно вислуховується грубий систолічний шум, найкраще - у II міжребер'ї праворуч, що проводиться на сонні артерії. Яка патологія, найімовірніше, спостерігається у пацієнта?

1. Аортальна недостатність
2. Мітральна недостатність

3. Аортальний стеноз (вірна відповідь)

4. Мітральний стеноз
5. Трикуспідальна недостатність

Пояснення

Пацієнт 68 років скаржиться на:

1. Загруднинний біль → може свідчити про ішемію міокарда або перевантаження серця
2. Задишку → можливий застій у малому колі кровообігу
3. Втрату свідомості (синкопе) → типовий симптом критичного аортального стенозу

Об'єктивні дані:

- Грубий систолічний шум у II міжребер'ї праворуч, що проводиться на сонні артерії

Це класична клінічна картина аортального стенозу. Чому правильна відповідь – аортальний стеноз?

Аортальний стеноз – це звуження аортального клапана, що перешкоджає вигнанню крові з лівого шлуночка в аорту.

Головні симптоми аортального стенозу (тріада):

1. Стенокардія – через збільшену потребу міокарда в кисні
2. Синкопе – через зменшене серцеве викидання (особливо при фізичному навантаженні)
3. Задишка – через застій у малому колі кровообігу

Типова аускультация:

1. Грубий систолічний шум в II міжребер'ї праворуч
2. Іррадіація шуму на сонні артерії
3. Ослаблений або відсутній II тон серця (при важкому стенозі)

Висновок: Це класична клінічна картина аортального стенозу!**Чому інші варіанти неправильні?**

1. *Аортальна недостатність*

Для аортальної недостатності характерний діастолічний шум, а не систолічний!
Типові симптоми – "танцююча" каротида, посилена пульсація, широка пульсова різниця (АТ 160/50 мм рт. ст.), яких тут немає.

2. *Мітральна недостатність*

Її систолічний шум вислуховується на верхівці серця і іррадіює в пахву, а не в сонні артерії.
Тут немає характерних проявів, таких як задишка при фізичному навантаженні, застій у легенях.

3. *Мітральний стеноз*

Це діастолічний шум (не систолічний!).
Характерний симптом – "мітральне обличчя" (рум'янець на щоках при загальній блідості), задишка, гучний I тон, "клацання відкриття" клапана.

4. *Трикуспідальна недостатність*

Вислуховується в ділянці мечоподібного відростка, посилюється на вдиху.
Часто супроводжується набряками, асцитом, підвищенням ЦВТ (немає в описі).

Щоб інші варіанти були вірними, потрібно змінити клінічний сценарій:

1. Аортальна недостатність → потрібно вказати діастолічний шум та пульсові феномени.
2. Мітральна недостатність → треба додати систолічний шум на верхівці з іррадіацією в пахву.
3. Мітральний стеноз → має бути діастолічний шум, гучний I тон, задишка, "митральний рум'янець".
4. Трикуспідальна недостатність → додати шум над мечоподібним відростком, ознаки правошлуночкової недостатності.

**32.**

Пацієнт віком 55 років скаржиться на нудоту, біль за грудниною та в епігастрії, страх смерті. Із анамнезу відомо, що біль за грудниною з'явився 3 год тому під час пробіжки, після прийому нітрогліцерну стан не покращився, з'явився головний біль. Близько 10-ти років хворіє на артеріальну гіпертензію, 8 місяців тому на фоні гіпертонічного кризу переніс інфаркт міокарда, проведено стентування лівої коронарної артерії, рекомендацій пацієнт не дотримується. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, волога, тахіпное, пульс - 104/хв, АТ - 105/82 мм рт. ст., температура тіла - 37,5°C. ІМТ - 33 кг/м². Аускультативно - тони серця послаблені, пресистолічний

ритм галопу. На ЕКГ: підйом сегмента S-T на 1,2 мм в II, III та aVF відведеннях, у I, aVL, V2-V5 відведеннях реципрокна депресія сегмента S-T. У загальному аналізі крові: нейтрофільний лейкоцитоз. Швидкий тест для визначення тропоніну I - позитивний. Який найімовірніший діагноз?

1. ІХС: Гострий повторний інфаркт передньої стінки

2. ІХС: Гострий повторний інфаркт нижньої стінки (вірна відповідь)

3. Гострий інфекційний міокардит

4. ІХС: Нестабільна стенокардія

5. Розшарування аневризми грудної аорти

Пояснення

Пацієнт 55 років з:

1. ІХС, артеріальною гіпертензією (10 років)
2. Перенесеним інфарктом міокарда (8 місяців тому, стентування ЛКА)
3. Недотриманням рекомендацій
4. Ожирінням (ІМТ 33 кг/м²)

Скарги:

1. Інтенсивний біль за грудниною та в епігастрії – почався під час фізичного навантаження
2. Біль не купірується нітрогліцерином – дуже підозріло на інфаркт!
3. Відчуття страху смерті, нудота – часті супутники гострого коронарного синдрому
4. Об'єктивно: тахікардія, ритм галопу → ознаки лівошлуночкової недостатності

Чому це інфаркт нижньої стінки? ЕКГ:

1. Підйом сегмента ST у II, III, aVF → інфаркт нижньої стінки
2. Реципрокна депресія ST у I, aVL, V2-V5 → підтверджує нижній інфаркт
3. Позитивний тест на тропонін I → гостре ушкодження міокарда

Чому правильна відповідь – інфаркт нижньої стінки?

1. ІХС, повторний інфаркт – пацієнт має в анамнезі інфаркт. Хоча термін «повторний» інфаркт має плутанину в пострадянській і європейській літературі, але терміну «повторний» більше відповідає «пізній рецидивуючий», який виникає після 28 діб після першого інфаркту. Також є «ранній рецидивуючий», який виникає в перші 28 діб.
2. Класичні симптоми ГІМ + характерні зміни на ЕКГ (ST ↑ у II, III, aVF, ST ↓ у I, aVL, V2-V5)
3. Позитивний тропонін I – маркер некрозу міокарда

Висновок: Гострий повторний інфаркт нижньої стінки.

Чому інші варіанти неправильні?

1. ІХС: Гострий повторний інфаркт передньої стінки

- ЕКГ-зміни не характерні для передньої локалізації.
- Для переднього інфаркту потрібен підйом ST у V1-V4, а його тут немає.

2. Гострий інфекційний міокардит

- Інфекційний міокардит зазвичай виникає після ГРВІ або іншої інфекції.
- ЕКГ дифузні зміни без реципрокних депресій, а тут класична картина інфаркту.
- Тропонін підвищений не через запалення, а через ішемічний некроз!

3. ІХС: Нестабільна стенокардія

- При нестабільній стенокардії НЕ БУДЕ підйому ST!
- Біль стенокардитичного характеру має купіруватися нітрогліцерином, а тут – ні.

4. Розшарування аневризми грудної аорти

- Немає типової іррадіації болю в спину між лопатками
- АТ не дуже високе (105/82 мм рт. ст.), тоді як при розшаруванні часто буває різниця між руками або гіпотонія з шоком
- ЕКГ-ознаки не характерні (при аневризмі ST-елементи змінюються не специфічно)

Щоб інші варіанти стали вірними, потрібно змінити умови:

1. Передній інфаркт – підйом ST у V1-V4
2. Міокардит – відсутність чітких змін ST, зв'язок із інфекцією
3. Стенокардія – біль має купіруватися нітрогліцерином, ST без стійких підйомів
4. Аневризма – типова іррадіація болю, різниця АТ між руками



33.

Пацієнт віком 57 років шпиталізовано з діагнозом: гіпертонічна хвороба. Об'єктивно спостерігається: гіперемія обличчя, ЧСС - 88/хв, АТ - 205/110 мм рт. ст. Який із нижченаведених лікарських засобів протипоказано застосовувати в цьому стані?

1. Доксазозин
2. Фуросемід

3. Добутамін (вірна відповідь)

4. Клонідин
5. Нітропрусид натрію

Пояснення

Пацієнт 57 років з гіпертонічною хворобою,

1. Кризовий перебіг (АТ 205/110 мм рт. ст.)
2. Гіперемія обличчя → типова ознака симпатикотонії
3. ЧСС 88/хв → немає вираженої тахікардії чи брадикардії

Мета лікування: контроль АТ і зниження ризику ускладнень

Чому правильна відповідь – добутамін?

1. Добутамін – β_1 -агоніст, який збільшує серцевий викид і підвищує артеріальний тиск!
2. Абсолютно протипоказаний при гіпертонічному кризі, оскільки може ще більше підняти АТ і погіршити стан пацієнта
3. Використовується при кардіогенному шоці або важкій серцевій недостатності, але не при гіпертонічному кризі!

Висновок: Добутамін протипоказаний у пацієнтів із високим АТ.

Чому інші варіанти НЕ є правильною відповіддю?

1. Доксазозин (α_1 -блокатор)

- Розширює судини та знижує АТ, тому може бути використаний у лікуванні гіпертонії.
- Хоча не є препаратом першої лінії при гіпертонічному кризі, його можна застосовувати.

2. Фуросемід (петльовий діуретик)

- Ефективний при кризах із набряками або серцевою недостатністю
- Зменшує ОЦК та АТ, але слід контролювати дегідратацію та електроліти

3. Клонідин (α_2 -агоніст)

- Знижує симпатичний тонус, зменшує АТ
- Використовується при гіпертонічних кризах, хоча потребує контролю через ризик брадикардії та седативного ефекту

4. Нітропрусид натрію (вазодилатор)

- Швидкодіюче зниження АТ – один із основних препаратів для лікування гіпертонічного кризу!
- Використовується в стаціонарі для керованого зниження тиску

Щоб інші варіанти були правильними, потрібно змінити умови:

1. Доксазозин – якщо додати ортостатичну гіпотензію
2. Фуросемід – якщо вказати гіповолемію
3. Клонідин – якщо додати виражену брадикардію
4. Нітропрусид натрію – якщо пацієнт із тяжкою печінковою недостатністю (ризик ціанідної токсичності)



34.

Пацієнтка віком 36 років скаржиться на біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в спину, що виникає через 40 хв після прийому їжі, схуднення, кашкоподібні випорожнення. Із анамнезу відомо, що пацієнтка прооперована з приводу жовчно-кам'яної хвороби. Об'єктивно спостерігається: стан середньої тяжкості, ІМТ - 17,2 кг/м², блідість шкіри та слизових оболонок. Живіт під час пальпації болючий у точці Дежардена та в зоні Шофара. За результатами лабораторних досліджень виявлено: вміст фекальної еластази-1 - 98 мкг/г, глюкоза крові - 7,2 ммоль/л, гемоглобін - 108 г/л. Який найімовірніший діагноз?

1. Пептична виразка шлунка
2. Синдром надмірного бактеріального росту

3. Хронічний панкреатит (вірна відповідь)

4. Хронічний ентерит
5. Глютенова ентеропатія

Пояснення

Пацієнтка 36 років,

1. Біль в епігастрії з іррадіацією в спину – характерна ознака ураження підшлункової залози
2. Виникає через 40 хв після їжі – ймовірна ферментативна недостатність
3. Схуднення, кашкоподібні випорожнення – ознаки мальабсорбції
4. Оперована з приводу жовчно-кам'яної хвороби – фактор ризику розвитку панкреатиту

Лабораторні показники:

- Фекальна еластаза-1: 98 мкг/г (↓ норма: >200 мкг/г) – екзокринна недостатність підшлункової
- Глюкоза 7,2 ммоль/л – можлива ендокринна недостатність підшлункової
- Гемоглобін 108 г/л – можливе порушення всмоктування заліза

Точки Дежардена та Шофара – локалізація болю при панкреатиті

Чому правильна відповідь – хронічний панкреатит?

1. Постхолецистектомічний панкреатит – часте ускладнення після видалення жовчного міхура
2. Біль в епігастрії з іррадіацією в спину – характерний симптом
3. Зменшення фекальної еластази-1 – ознака екзокринної недостатності підшлункової
4. Підвищення глюкози – можливе порушення ендокринної функції підшлункової
5. Схуднення та стеаторея – ознаки мальабсорбції через дефіцит панкреатичних ферментів

Висновок: клініка відповідає хронічному панкреатиту!

Чому інші варіанти невірні?

1. Пептична виразка шлунка

- Біль теж в епігастрії, але пов'язаний із прийомом їжі (ранній або пізній)
- Немає стеатореї та мальабсорбції
- Фекальна еластаза-1 не змінюється
- **Невідповідність:** немає ознак екзокринної недостатності!

2. Синдром надмірного бактеріального росту (СНБР)

Можливий після холецистектомії, але:

- Не викликає настільки виражену ферментативну недостатність
- Не супроводжується больовим синдромом у точці Дежардена
- **Невідповідність:** біль характерних точках та зниження еластази-1 не характерні!

3. Хронічний ентерит

- Характерна діарея, мальабсорбція, але:
- Немає болю в зоні проекції підшлункової залози
- Фекальна еластаза-1 не змінюється при ентериті
- **Невідповідність:** немає болю в підшлунковій та недостатності її ферментів!

4. Глютенова ентеропатія (целіакія)

- Можлива мальабсорбція, але:
- Потрібен фактор ризику – глютен у раціоні
- Немає типових болючих точок Дежардена та Шофара
- Целіакія не дає ферментативної недостатності підшлункової
- **Невідповідність:** симптоми більше характерні для панкреатиту!

Щоб інші варіанти були правильними, потрібно змінити умови:

1. Пептична виразка – якщо додати дані ФГДС із виразкою
2. СНБР – якщо додати ознаки здуття, тест на водневий видих
3. Ентерит – якщо немає болю в точках Дежардена та Шофара, але є зміни в біопсії тонкого кишківника
4. Целіакія – якщо додати анти-трансглютаміназні антитіла



35.

Пацієнт віком 36 років скаржиться на періодичні (1 раз на 4-5 місяців) напади сильного головного болю з прискореним серцевиттям, біль у ділянці серця та животі, відчуття тривоги та страху. Після нападів виникає пітливість, збільшене сечовиділення. Між нападами почувається здоровим.

Об'єктивно під час нападу спостерігається: шкіра бліда, холодна, волога, пульс - 130/хв, АТ - 260/160 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз?

1. Первинний гіперальдостеронізм
2. Синдром Іценко-Кушинга

3. Феохромоцитома (вірна відповідь)

4. Гіпертонічна хвороба
5. Тиреотоксикоз

Пояснення

Пацієнт 36 років,

1. Епізодичні (1 раз на 4-5 місяців) напади – ознака пароксизмального процесу
2. Сильний головний біль, тахікардія, біль у серці та животі, тривога, страх – адренергічний криз
3. Після нападів – пітливість, поліурія – наслідок викиду катехоламінів
4. Під час нападу: бліда, холодна, волога шкіра, ЧСС 130/хв, АТ 260/160 мм рт. ст.

Різкі підйоми АТ та тахікардія без постійної гіпертонії – характерні для феохромоцитом

Чому правильна відповідь – феохромоцитома?

Феохромоцитома – це пухлина наднирників, яка секретує катехоламіни (адреналін, норадреналін).

Типова клініка:

1. Приступоподібний перебіг
2. Різкі підйоми АТ (сistolічний тиск може перевищувати 250 мм рт. ст.)
3. Тахікардія, головний біль, пітливість, відчуття тривоги
4. Поліурія після нападу (ефект катехоламінів на нирки)
5. Блідість шкіри під час нападу (вазоконстрикція через норадреналін)

Висновок: клінічна картина типова для феохромоцитом!

Чому інші варіанти невірні?

1. *Первинний гіперальдостеронізм (синдром Конна)*

- Викликає стійку АГ, а не пароксизми
- Не супроводжується вираженими нападами тахікардії, головного болю та пітливості
- Характерна гіпокаліємія, слабкість, м'язові судоми
- **Невідповідність:** немає стійкої гіпертензії та гіпокаліємії!

2. *Синдром Іценко-Кушинга*

- Хронічна, а не нападopodobна гіпертонія
- Типова "кушингоїдна" зовнішність (повнота обличчя, ожиріння тулуба, атрофія м'язів, гіперглікемія)
- Немає виражених пароксизмів гіпертензії з поліурією
- **Невідповідність:** хронічний перебіг, а не гострі напади!

3. *Гіпертонічна хвороба*

- Підвищення тиску постійне, а не епізодичне
- Немає виражених вегетативних кризів (пітливість, поліурія, страх)
- Типові гіпертонічні кризи зазвичай супроводжуються іншими ускладненнями (набряк легень, неврологічні симптоми)

- **Невідповідність:** у пацієнта пароксизмальна АГ, а не стійка!

4. Тиреотоксикоз

Може бути тахікардія, тривога, пітливість, але:

- Гіпертензія при тиреотоксикозі помірна і стійка, без гіпертонічних кризів
- Є інші симптоми: схуднення, тремор, екзофтальм
- **Невідповідність:** відсутні класичні прояви тиреотоксикозу!

Щоб інші варіанти стали правильними, потрібно змінити умови:

1. Гіперальдостеронізм – якщо додати хронічну гіпертензію + гіпокаліємію
2. Іценко-Кушинг – якщо додати ожиріння, місяцеподібне обличчя, гіперглікемію
3. Гіпертонічна хвороба – якщо зробити АГ постійною
4. Тиреотоксикоз – якщо додати схуднення, тремор, екзофтальм



36.

Пацієнт віком 55 років скаржиться на задишку. Із анамнезу відомо, що хворіє на ХОЗЛ, постійно застосовує тіотропію бромід інгаляційно 1 раз на добу. Яку корекцію лікування необхідно зробити пацієнту?

1. Еуфілін в/в
2. **Інгаляційний холінолітик тривалої дії, beta_2-агоніст тривалої дії (вірна відповідь)**
3. Інгаляційний кортикостероїд, beta_2-агоніст тривалої дії
4. Інгаляційний beta_2-агоніст короткої дії
5. Інгаляційний кортикостероїд

Пояснення

Пацієнт 55 років

1. Хворіє на ХОЗЛ
2. Приймає тільки тіотропію бромід (LAMA – інгаляційний холінолітик тривалої дії)
3. Скарга на задишку

Отже, поточна терапія недостатня, і потрібно її розширити!

Чому правильна відповідь – "Інгаляційний холінолітик тривалої дії, beta_2-агоніст тривалої дії"?

Основний принцип лікування ХОЗЛ – комбінована бронходилатація, якщо один препарат не дає достатнього ефекту.

Тіотропію бромід (LAMA) – покращує бронходилатацію, але якщо симптоми зберігаються, додають β2-агоніст тривалої дії (LABA) – формотерол, індакатерол, сальметерол

Чому саме ця комбінація?

1. LAMA + LABA – найефективніша комбінація для контролю симптомів ХОЗЛ (GOLD 2023)
2. Зменшує задишку, покращує функцію легень та якість життя
3. Краще, ніж монотерапія LAMA або LABA

Висновок: Пацієнту потрібна комбінована бронходилатація – LAMA + LABA!

Чому інші варіанти невірні?

1. Еуфілін в/в

- Теофілін (еуфілін) зараз майже не використовується через побічні ефекти та низьку ефективність
- Ризик аритмій, судом, інтоксикації
- **Невідповідність:** не рекомендований у сучасних схемах лікування ХОЗЛ!

2. Інгаляційний кортикостероїд, beta_2-агоніст тривалої дії (ICS + LABA)

- ICS призначають тільки при частих загостреннях або при еозинофілії (>300 клітин/мкл)
- Пацієнт не має ознак загострень або астматичного компонента
- **Невідповідність:** кортикостероїди без потреби підвищують ризик інфекцій!

3. Інгаляційний beta_2-агоніст короткої дії (SABA, наприклад, сальбутамол)

- SABA використовують тільки як симптоматичну терапію (рятивний засіб), а не для постійного лікування
- **Невідповідність:** пацієнту потрібно постійне лікування, а не короточасний ефект!

4. Інгаляційний кортикостероїд (ICS)

- ICS як монотерапія НЕ застосовується при ХОЗЛ!
- Використовується тільки в комбінаціях і лише за показаннями (еозинофілія, часті загострення)
- **Невідповідність:** пацієнту потрібна бронходилатація, а не ICS!

Щоб інші варіанти стали правильними, потрібно змінити умови:

1. Еуфілін – якщо пацієнт у стані важкого загострення ХОЗЛ
2. ICS + LABA – якщо пацієнт мав часті загострення або високий рівень еозинофілії
3. SABA – якщо питання про екстрене полегшення стану



37.

У пацієнтки віком 56 років на 9-ий день після проведеної операції з приводу пухлини матки раптово з'явилася сильна задишка, біль у грудній клітці, кашель з виділенням рожевого мокротиння, прискорене серцебиття, запаморочення. Об'єктивно спостерігається: шкіра ціанотичного кольору, пульс - 130/хв, АТ - 85/50 мм рт. ст., ЧД - 34/хв, SpO₂ - 91%. Аускультативно - акцент II тону над легеневою артерією, у легенях вислуховуються сухі розсіяні хрипи, праворуч шум тертя плеври. На ЕКГ виявлено: синусова тахікардія, відхилення осі серця вправо, негативні зубці Т та елевация сегменту S-T в III стандартному відведенні та V1-V2. На рентгенограмі ОГК: клиноподібне затемнення з правого боку. Яке дослідження необхідно виконати для підтвердження діагнозу?

1. КТ-ангіографія (вірна відповідь)

2. ЕхоКГ

3. Коронарографія

4. Визначення рівня D- димеру

5. Визначення тропоніну

Пояснення

Пацієнтка 56 років, після операції з приводу пухлини матки

1. Раптовий розвиток сильної задишки, болю в грудній клітці, кашлю з рожевим мокротинням
2. Об'єктивно: ціаноз, тахікардія (130/хв), гіпотонія (АТ 85/50), тахіпное (ЧД 34/хв), SpO₂ - 91%
3. Аускультативно: акцент II тону над легеневою артерією, шум тертя плеври
4. ЕКГ: S1Q3T3 (відхилення осі серця вправо, негативні Т у III відведенні, ST зміни у V1-V2)
5. Рентген: клиноподібне затемнення (ознака Вестермарка, інфаркт легені)

Підозрюємо: Тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА)!

Чому правильна відповідь – КТ-ангіографія?

1. КТ-ангіографія (КТА) – "золотий стандарт" для візуалізації тромбоемболів у легеневих артеріях.
2. Дозволяє безпосередньо побачити тромби у легеневих судинах.
3. Найкращий метод для швидкої діагностики ТЕЛА у гемодинамічно стабільних пацієнтів.

Висновок: КТА є найбільш точним методом підтвердження діагнозу ТЕЛА!

Чому інші варіанти невірні?

1. *ЕхоКГ*

- Виявляє перевантаження правих відділів серця, що характерно для ТЕЛА.
- Але не дозволяє безпосередньо побачити тромби в легеневих артеріях.
- **Невідповідність:** використовується для оцінки тяжкості ТЕЛА, а не для остаточної діагностики.

2. *Коронарографія*

- Проводиться при підозрі на гострий коронарний синдром (ГКС).
- У пацієнтки немає типових ангінозних болів, змін ЕКГ, характерних для ГКС.
- **Невідповідність:** у неї не інфаркт, а ТЕЛА!

3. *Визначення рівня D-димеру*

- Висока чутливість, але низька специфічність – підвищується при будь-яких станах, що супроводжуються тромбозом або запаленням.
- Використовується для виключення ТЕЛА у пацієнтів низького ризику, але не для підтвердження у високого ризику!
- **Невідповідність:** пацієнтка має високу імовірність ТЕЛА, тому потрібно не D-димер, а КТА!

4. *Визначення тропоніну*

- Може бути підвищений при масивній ТЕЛА через перевантаження правого шлуночка.
- Але не є діагностичним тестом для ТЕЛА – не дозволяє виявити тромби!
- **Невідповідність:** допоміжний тест для оцінки тяжкості ТЕЛА, але не для діагностики!

Щоб інші варіанти стали правильними, потрібно змінити умови:

1. ЕхоКГ – якщо питання стосується оцінки тяжкості ТЕЛА
2. D-димер – якщо пацієнтка мала б легкі симптоми і була б у групі низького ризику
3. Коронарографія – якщо б було питання про диференціацію з ГКС
4. Тропонін – якщо питання було б про прогноз і важкість ТЕЛА



Пацієнт віком 45 років скаржиться на періодичний тупий біль у правому нижньому квадранті живота, субфебрильну температуру, загальну слабкість, періодичний біль у суглобах. Із анамнезу відомо, що хворіє близько трьох років, була апендектомія. Об'єктивно спостерігається: живіт помірно здутий, під час глибокої пальпації у правій здухвинній ділянці визначається болюче утворення в проекції термінального відділу здухвинної кишки. За результатами відеокOLONоскопії виявлено: стовщення складок слизової оболонки, шипоподібні вирости в клубово-сліпокишковому відділі, вогнища гіперемії, клубово-сліпокишковий отвір звужений. Який найімовірніший діагноз?

1. Туберкульоз кишечника
2. Хвороба Уіппла
3. Неспецифічний виразковий коліт
4. Хронічний ентероколіт, фаза загострення

5. Хвороба Крона (вірна відповідь)

Пояснення

Ключові симптоми:

1. Періодичний тупий біль у правому нижньому квадранті живота
2. Субфебрильна температура, загальна слабкість
3. Періодичний біль у суглобах (артралгії)
4. Анамнез: хворіє ~3 роки, апендектомія в минулому
5. Пальпаторно: болюче утворення в правій здухвинній ділянці

ВідеокOLONоскопія:

1. Стовщення складок слизової
2. Шипоподібні вирости
3. Гіперемія
4. Звуження клубово-сліпокишкового отвору

Найімовірніший діагноз: Хвороба Крона

Чому правильна відповідь – Хвороба Крона?

1. Хронічний перебіг із періодами загострення та ремісії – типовий для Хвороби Крона.
2. Локалізація: термінальний відділ здухвинної кишки – найчастіше уражується при ХК.
3. Типові ендоскопічні зміни: "бруківчаста мостова", стеноз, гранульоми.
4. Позакишкові прояви: артралгії (суглобові болі) – часті при ХК.
5. Історія апендектомії: Хвороба Крона інколи імітує апендицит.

Висновок: Ендоскопічна картина, клініка та анамнез підтверджують Хворобу Крона!

Чому інші варіанти невірні?

1. Туберкульоз кишечника

- Також вражає клубово-сліпокишковий відділ, може спричинити стеноз.
- Але відсутні казеозні некрози, множинні виразки, мезентеріальні кальцифікати.
- Діагностика: ПЛР, біопсія на мікобактерії – у даному випадку не згадуються.
- **Невідповідність:** при туберкульозі були б некрози, множинні виразки та мікобактерії в біопаті.

2. Хвороба Уіппла

- Викликає синдром мальабсорбції, втрату ваги, стеаторею.
- Часто супроводжується ураженням ЦНС та серця.
- Діагноз підтверджується PAS-позитивними макрофагами.
- **Невідповідність:** у пацієнта немає мальабсорбції, неврологічних симптомів.

3. Неспецифічний виразковий коліт (НВК)

- Уражає переважно товсту кишку (ректосигмоїдний відділ).
- Симетричне ураження без чітких меж (на відміну від ХК, де є сегментарність).
- Основний симптом – кривавий пронос, якого у пацієнта немає.
- **Невідповідність:** уражена не товста кишка, відсутній кривавий пронос.

4. Хронічний ентероколіт (загострення)

- Має легший перебіг, без стенозування.
- Немає специфічних ендоскопічних змін.
- **Невідповідність:** ендоскопія виявляє структурні зміни, що не типові для ентероколіту.

Щоб інші відповіді були вірними, треба змінити формулювання:

1. Якщо б у біоптаті були мікобактерії → туберкульоз кишечника
2. Якщо б був синдром мальабсорбції та PAS-позитивні макрофаги → Хвороба Уіппла
3. Якщо б була суцільна поразка товстої кишки з кривавим проносом → НВК



39.

Пацієнт віком 19 років скаржиться на пекучий біль за грудниною, часом в епігастрії, що виникає після вживання гострої їжі, печію, відрижку кислим. Із анамнезу відомо, що курить, хронічних захворювань немає. Об'єктивно спостерігається: стан задовільний. Відхилень від норми не виявлено. Загальні аналізи крові та сечі в нормі. Який наступний діагностичний крок?

1. Stool-тест

2. Копрограма

3. Тест з інгібітором протонної помпи (вірна відповідь)

4. Езофагогастродуоденоскопія

5. Ультрасонографія органів черевної порожнини

Пояснення

Ключові симптоми:

1. Пекучий біль за грудниною та в епігастрії
2. Виникає після вживання гострої їжі
3. Печія, відрижка кислим
4. Молодий вік (19 років), куріння
5. Об'єктивно – без змін, загальні аналізи в нормі

Найімовірніший діагноз: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)

Чому правильна відповідь – тест з інгібітором протонної помпи (ІПП)?

1. ГЕРХ – клінічний діагноз: У молодих пацієнтів із типовими симптомами можна обійтися без інструментальних досліджень на початковому етапі.
2. Тест з ІПП (омепразол 20 мг/добу або інші ІПП) протягом 2 тижнів – діагностично-лікувальний підхід.
3. Якщо симптоми зникають → діагноз ГЕРХ підтверджено.
4. Якщо симптоми зберігаються → тоді потрібна езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС).

Висновок: У пацієнта немає червоних прапорців (анемія, дисфагія, втрата ваги, криваве блювання), тому можна почати з ІПП-тесту!

Чому інші варіанти невірні?

1. Stool-тест

- Використовується для діагностики *Helicobacter pylori*.
- *H. pylori* може спричинити гастрит або виразкову хворобу, але не є основною причиною ГЕРХ.
- **Невідповідність:** Stool-тест не потрібен для первинної діагностики ГЕРХ.

2. Копрограма

- Використовується для оцінки мальабсорбції, панкреатичної недостатності або кишкових запалень.
- **Невідповідність:** пацієнт не має діареї, стеатореї чи підозри на кишкові патології.

3. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС)

- Показана, якщо є “червоні прапорці”: дисфагія, анемія, кровотечі, втрата ваги, резистентність до лікування ІПП.
- У молодих пацієнтів без ускладнень ГЕРХ ЕГДС не є першочерговим методом.
- **Невідповідність:** немає ознак ускладнень або “червоних прапорців”.

4. Ультрасонографія органів черевної порожнини

- Використовується для оцінки жовчного міхура, печінки, підшлункової.
- **Невідповідність:** неінформативна для діагностики ГЕРХ.

Щоб інші відповіді могли бути вірними, треба змінити формулювання:

1. Якщо б у пацієнта була анемія, втрата ваги, стійкі симптоми → потрібна ЕГДС.
2. Якщо б були підозри на *H. pylori* (наприклад, диспепсія) → Stool-тест міг би бути корисним.



40.

Пацієнт віком 49 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,8°C, озноб, біль у м'язах. В анамнезі: мітральна вада серця, комісуротомія 3 роки тому. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки вологі, блідо-рожеві. Аускультативно над легеньми дихання везикулярне, тони серця ритмічні прискорені, систолічний шум над верхівкою, акцент II тону над аортою. Яка профілактична тактика ведення пацієнта з гострою респіраторною вірусною інфекцією в цьому разі?

1. Призначити імуномодулюючу терапію
2. Призначити ацетилсаліцилову кислоту

3. Призначити антибіотикотерапію (вірна відповідь)

4. Призначити імуносупресори
5. Призначити протівірусні препарати

Пояснення

Ключові моменти:

1. Лихоманка (37,8°C), озноб, міалгія → схоже на ГРВІ
2. В анамнезі – мітральна вада серця + комісуротомія (операція на клапані)
3. Аускультативно: систолічний шум над верхівкою (залишкові зміни після операції?)

4. Головний ризик – інфекційний ендокардит (ІЕ)!

Основна загроза: У пацієнта з ураженням клапана будь-яка інфекція (навіть вірусна) може ускладнитися бактеріальним ендокардитом.

Чому правильна відповідь – антибіотикотерапія?

1. Пацієнт у групі високого ризику розвитку інфекційного ендокардиту (ІЕ) через перенесену комісуротомію. Особливо, якщо ураження клапана було через ревматичну лихоманку, при якій в принципі необхідно проводити профілактику рецидивів бензатинбензилпеніциліном до 30-річного віку і до 5-ти років після розвитку останнього рецидиву хвороби.
2. ГРВІ може створити передумови для бактеріальної суперінфекції (наприклад, вторинної пневмонії або бактеріального ендокардиту).
3. Профілактика антибіотиками показана за наявності структурного ураження серця (особливо після операції на клапані).
4. Найчастіші збудники ІЕ – стрептококи, стафілококи, ентерококи, тому антибіотики обираються відповідно до цього спектра (наприклад, амоксицилін або цефалоспорини).

Висновок: У цього пацієнта навіть банальна ГРВІ може запустити бактеріальне ураження клапанів, тому профілактична антибіотикотерапія виправдана.

Чому інші відповіді невірні?

1. Імуномодуюча терапія

- Імуномодулятори (інтерферони, ехінація, поліоксидоній тощо) не мають доведеної ефективності при ГРВІ.
- **Невідповідність:** не впливають на ризик бактеріальних ускладнень.

2. Ацетилсаліцилова кислота (АСК)

- Використовується як жарознижувальний засіб і може бути корисна при гарячці.
- АЛЕ: вона не впливає на профілактику інфекційного ендокардиту.
- **Невідповідність:** не знижує ризик бактеріальних ускладнень.

3. Імуносупресори

- Категорично протипоказані! Вони підвищують ризик інфекцій.
- **Невідповідність:** можуть призвести до розвитку бактеріальних ускладнень.

4. Протівірусні препарати

- Можуть бути показані, якщо це грип і пацієнт належить до групи ризику (ослаблений імунітет, тяжкий перебіг).
- АЛЕ: вони не запобігають бактеріальним ускладненням, а саме вони тут головна небезпека.
- **Невідповідність:** не попереджають бактеріальний ендокардит.

Щоб інші відповіді могли бути вірними, треба змінити формулювання:

1. Якщо б у пацієнта не було структурного ураження серця, антибіотики були б непотрібні.
2. Якщо б у нього була тяжка вірусна інфекція (наприклад, грип) → потрібні протівірусні препарати.
3. Якщо б у нього була виражена гарячка ($>38,5^{\circ}\text{C}$) → АСК мала б сенс як симптоматичний засіб.

Якби питання звучало так:

"Яка профілактична тактика ведення пацієнта з ГРВІ при високому ризику інфекційного ендокардиту?"

Тоді відповідь "антибіотикотерапія" була б ще більш обґрунтованою.



41.

Пацієнт віком 49 років скаржиться на виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до $38,9^{\circ}\text{C}$, утруднене часте дихання, набряклість на шії, під пахвами. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, волога, збільшені шийні та аксиллярні лімфатичні вузли до 2-3 см, м'якоеластичні, неболючі, рухомі. За результатами загального аналізу крові виявлено: еритроцити - $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 86 г/л, КП - 0,83, тромбоцити - $140 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцити - $42 \cdot 10^9/\text{л}$, еозинофіли - 3%, сегментоядерні нейтрофіли - 12%, лімфоцити - 85%. На рентгенограмі ОГК: тотальне затемнення правої легені до 2-го міжребер'я. Яку невідкладну допомогу необхідно надати пацієнтові?

1. Плевральну пункцію (вірна відповідь)

2. Трансфузію еритромаси
3. Лейкоцитоферез
4. Штучну вентиляцію легень
5. В/в введення антибіотиків широкого спектра дії

Пояснення

Ключові моменти:

1. Фебрильна температура ($38,9^{\circ}\text{C}$), виражена слабкість → інфекція чи гематологічний процес
2. Генералізована лімфаденопатія (шийні, аксиллярні вузли 2–3 см, безболісні, м'якоеластичні) → підозра на гематологічне захворювання (лейкоз, лімфома)
3. Загальний аналіз крові:
 - Анемія (Hb 86 г/л) та тромбоцитопенія ($140 \times 10^9/\text{л}$) → можливий гемобластоз
 - Високий лейкоцитоз ($42 \times 10^9/\text{л}$), 85% лімфоцитів → ймовірний хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ) або лімфома з лейкомізацією
4. Рентген ОГК: тотальне затемнення правої легені → підозра на плевральний випіт
5. Утруднене часте дихання → можливий гідроторакс

Чому правильна відповідь – плевральна пункція?

Тотальне затемнення легені на рентгенограмі + утруднене дихання → найімовірніше, значний плевральний випіт (тотальний гідроторакс).

Плевральний випіт може бути:

1. Трансудатом (при онкопроцесі, серцевій недостатності)
2. Ексудатом (при запаленні, пухлинному ураженні плеври)

Невідкладна допомога при масивному випоті – плевральна пункція для діагностики та полегшення дихання.

Гідроторакс може бути ускладненням лейкозу, лімфоми, масивної лімфаденопатії.

Висновок: Плевральна пункція – єдиний метод, що негайно покращить стан пацієнта (зменшить задишку) та допоможе в діагностиці.

Чому інші відповіді невірні?

1. Трансфузія еритромаси

- Анемія є, але Hb 86 г/л не є критичним показником для термінового переливання.
- Також трансфузія не вирішить проблему дихальної недостатності.
- **Невідповідність:** анемія не є основною загрозою зараз.

2. Лейкоцитоз

- Використовується при бластному кризі ($>100 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитів) або при лейкостазі (нейрологічні, легеневі симптоми).
- У цього пацієнта лейкоцитоз помірний ($42 \times 10^9/\text{л}$), а головна проблема – плевральний випіт.
- **Невідповідність:** немає екстремального лейкоцитозу чи лейкостазу.

3. Штучна вентиляція легень (ШВЛ)

- ШВЛ потрібна при дихальній недостатності III ступеня (порушення свідомості, $\text{SpO}_2 < 85\%$ на кисні).
- Пацієнт дихає самостійно, немає даних про критичну гіпоксію.
- **Невідповідність:** немає показань до інтубації.

4. В/в введення антибіотиків

- Антибіотики можуть знадобитися, якщо буде доведено інфекцію (пневмонію, сепсис).
- АЛЕ: головна проблема тут – лімфопроліферативне захворювання та плевральний випіт, а не бактеріальна інфекція.
- **Невідповідність:** первинно потрібна пункція, а не антибіотики.

Якби зазначили "перкусія: тупість у правій легені, аускультативно: ослаблене дихання", відповідь "плевральна пункція" була б ще очевиднішою.

Якби $\text{SpO}_2 < 85\%$, можна було б розглянути ШВЛ як варіант.



42.

У пацієнта віком 42 роки через 2 дні після проведеної комп'ютерної томографії ОЧП із контрастуванням з'явилася нудота, блювання, головний біль, загальна слабкість, зниження добового діурезу до 300 мл. За результатами біохімічного аналізу крові виявлено: креатинін - 550 мкмоль/л, сечовина - 36 ммоль/л, K^+ - 6,0 ммоль/л. УЗД нирок без особливостей. Яке лікування необхідно призначити пацієнту?

1. Призначити протиблювотні препарати
2. Стимуляцію діурезу

3. Замісну ниркову терапію (вірна відповідь)

4. Призначити сорбенти
5. Призначити нефропротектори

Пояснення

Ключові моменти:

1. В анамнезі: КТ з контрастуванням → ризик контраст-індукованої нефропатії (КІН)
2. Через 2 дні після дослідження → типовий латентний період для КІН
3. Симптоми: нудота, блювання, головний біль, слабкість → ураження нирок, інтоксикація
4. Олігурія (добовий діурез 300 мл) → гостра ниркова недостатність (ГНН)
5. Біохімія:
 - Креатинін – 550 мкмоль/л (норма до 115) → важка ниркова недостатність
 - Сечовина – 36 ммоль/л (норма до 8) → азотемія
 - Калій – 6,0 ммоль/л (норма до 5,2) → гіперкаліємія (ризик аритмій)
6. УЗД нирок без особливостей → гостре ураження (не хронічна патологія, не обструкція)

Чому правильна відповідь – замісна ниркова терапія (ЗНТ)?

1. Діагноз: **контраст-індукована гостра ниркова недостатність (ГНН)** із тяжкою азотемією та гіперкаліємією.
2. Гіперкаліємія ($>6,0$ ммоль/л) → високий ризик аритмій
3. Азотемія (сечовина >30 ммоль/л, креатинін >500 мкмоль/л) → необхідність очищення крові
4. Олігурія (<400 мл/добу) → неможливість природного виведення токсинів

Висновок: Пацієнту потрібна замісна ниркова терапія (гемодіаліз або гемофільтрація) для виведення токсинів і корекції гіперкаліємії.

Чому інші відповіді невірні?

1. Призначити протиблювотні препарати

- Блювання – наслідок уремії, а не окрема патологія.
- Симптоматична терапія не усуне причину (ниркову недостатність).
- **Невідповідність:** не вирішує основну проблему – гостру азотемію.

2. Стимуляція діурезу

- Пацієнт у фазі олігурії ГНН, стимуляція діурезу (фуросемід) неефективна на цьому етапі.
- Високий ризик гіперкаліємічних аритмій, які потребують негайного лікування.
- **Невідповідність:** форсований діурез не зупинить прогресуючу ниркову недостатність.

3. Призначити сорбенти

- Сорбенти (активоване вугілля, ентеросгель) можуть трохи знизити рівень сечовини, але не ефективні при тяжкій уремії.
- Головна проблема – відсутність нормального виведення через нирки.
- **Невідповідність:** не вирішує гіперкаліємію та олігурію.

4. Призначити нефропротектори

- Нефропротектори (наприклад, інгібітори АПФ) використовують для хронічної ниркової недостатності (ХНН), а не при гострій ГНН.
- У фазі олігурії вони можуть навіть погіршити ситуацію.
- **Невідповідність:** ГНН потребує невідкладного діалізу, а не профілактики.



43.

Пацієнт віком 35 років скаржиться на напади задишки в нічний час протягом 4-х місяців. В анамнезі: алергічні реакції на продукти харчування (мед, банани). Після проби з бронходилататором на спірографії виявлено приріст ОФВ1 - 16%. Який найімовірніший діагноз?

1. Бронхіальна астма (вірна відповідь)

2. Пневмонія

3. ХОЗЛ

4. Хронічний бронхіт

5. Гострий бронхіт

Пояснення

Ключові моменти:

1. Напади задишки вночі протягом 4 місяців → можлива бронхіальна астма (БА)
2. Алергічний анамнез → підвищує ймовірність atopічного варіанту БА
3. Реакція на пробу з бронходилататором: приріст ОФВ1 $\geq 12\%$ → облігаторний діагностичний критерій БА

Чому правильна відповідь – бронхіальна астма (БА)?

Діагностичні критерії БА:

1. Епізодична задишка (особливо вночі) – типовий прояв
2. Алергічний фон (гіперчутливість до алергенів)
3. Оборотна бронхообструкція – приріст ОФВ1 $\geq 12\%$ (в даному випадку 16%) після бронходилататора

Висновок: Бронхіальна астма – найбільш ймовірний діагноз.

Чому інші відповіді невірні?

1. *Пневмонія*

- Не відповідає клініці: пневмонія супроводжується лихоманкою, кашлем із мокротинням, інтоксикацією, а не нічною задишкою.
- **Невідповідність:** немає гострого запального процесу.

2. *Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)*

- ХОЗЛ частіше у курців ≥ 40 років (а тут молодий пацієнт).
- ОФВ1 незворотно знижений, тоді як при БА – оборотна бронхообструкція.
- **Невідповідність:** вік, анамнез, оборотність обструкції.

3. *Хронічний бронхіт*

- Діагностичний критерій хронічного бронхіту: кашель ≥ 3 місяців на рік протягом 2 років.
- Не супроводжується нічними нападами задишки.
- **Невідповідність:** немає постійного кашлю, є нічна задишка.

4. *Гострий бронхіт*

- Гострий бронхіт – тимчасове запальне ураження бронхів (часто вірусне).
- Триває до 3 тижнів, а тут 4 місяці симптоматики.
- **Невідповідність:** тривалий перебіг, відсутність гострого процесу.



44.

Пацієнт віком 30 років скаржиться на печію, кислий присмак у роті, підвищене слиновиділення, осиплість голосу. Об'єктивно спостерігається: ІМТ - 36 кг/м² За результатами ФЕГДС виявлено: ерозії слизової оболонки стравоходу до 3 мм, що обмежені однією складкою. Який найімовірніший діагноз?

1. Рак стравоходу
2. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ступінь D
3. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ступінь C

4. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ступінь А (вірна відповідь)

5. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ступінь В

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги: печія, кислий присмак у роті, підвищене слиновиділення, осиплість голосу → типові симптоми ГЕРХ
2. Фактор ризику: ІМТ 36 кг/м² (ожиріння), що збільшує внутрішньочеревний тиск та сприяє рефлюксу
3. ФЕГДС: ерозії до 3 мм, обмежені однією складкою → відповідає Лос-Анджелеській класифікації ГЕРХ, ступінь А

Чому правильна відповідь – ГЕРХ, ступінь А?

Лос-Анджелеська класифікація рефлюкс-езофагіту:

- Ступінь А: ≤ 5 ізольованих ерозій, розмір ≤ 5 мм, обмежені однією складкою
- Ступінь В: ≥ 1 ерозія > 5 мм, але не зливається між складками
- Ступінь С: ерозії зливаються, але займають $< 75\%$ кола стравоходу
- Ступінь D: ерозії зливаються, займаючи $\geq 75\%$ кола

Висновок: ФЕГДС-картина (≤ 3 мм, в межах однієї складки) ідеально відповідає ступеню А

Чому інші відповіді невірні?

1. Рак стравоходу

- Для раку характерні дисфагія, різка втрата ваги, анемія.
- ФЕГДС не виявила пухлинних утворень.
- **Невідповідність:** немає дисфагії, немає пухлини на ФЕГДС.

2. ГЕРХ, ступінь D

- Ступінь D – це важке ураження ($\geq 75\%$ кола стравоходу), тут лише локальні ерозії.
- **Невідповідність:** надто легке ураження для ступеня D.

3. ГЕРХ, ступінь C

- Ступінь C – це злиття ерозій, що займають $< 75\%$ окружності.
- Тут ізольовані ерозії, тому це не ступінь C.
- **Невідповідність:** немає злиття ерозій.

4. ГЕРХ, ступінь B

- Ураження > 5 мм, але не зливається між складками.
- Тут ерозії ≤ 3 мм.
- **Невідповідність:** ерозії надто малі для ступеня B.



45.

Пацієнт віком 55 років скаржиться на загальну слабкість, набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно спостерігається: склери іктеричні, на шкірі судинні зірочки та пальмарна еритема. В аналізі крові: еритроцити - $3,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін - 112 г/л, лейкоцити - $3,6 \cdot 10^9/л$, тромбоцити - $110 \cdot 10^9/л$, альбуміни - 30 г/л, АСТ - 65 Од/л, АЛТ - 105 Од/л, МНО - 1,5. Сумарні антитіла до вірусу гепатиту С позитивні. За результатами ФГДС виявлено: варикозно-розширені вени стравоходу середнього

розміру без ознак кровотечі. Який препарат показаний пацієнту для профілактики кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу?

1. Блокатори кальцієвих каналів
2. Селективні beta-адреноблокатори
3. Синтетичні пептиди
4. Інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту

5. Неселективні beta-адреноблокатори (вірна відповідь)

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги: загальна слабкість, набряки нижніх кінцівок → ознаки хронічного захворювання печінки
2. Об'єктивно: іктеричність склер, судинні зірочки, пальмарна еритема → ознаки портальної гіпертензії та цирозу печінки
3. Лабораторні зміни:
 - Цитопенія (↓ лейкоцити, ↓ тромбоцити) → ознака портальної гіпертензії
 - Гіпоальбумінемія (30 г/л) → порушення синтетичної функції печінки
 - Підвищення трансаміназ (АСТ, АЛТ) → активний запальний процес
 - МНО 1,5 → субклінічна коагулопатія (ознака печінкової недостатності)
 - Сумарні антитіла до HCV + → гепатит С як причина цирозу
4. ФГДС: варикозно-розширені вени стравоходу середнього розміру без кровотечі → високий ризик кровотечі

Чому правильна відповідь – неселективні β-адреноблокатори?

- Портальна гіпертензія – основний механізм формування варикозного розширення вен стравоходу.
- Неселективні β-адреноблокатори (наприклад, пропранолол, надолол) знижують портальний тиск двома механізмами:
 1. Блокада β1-рецепторів → ↓ серцевий викид → ↓ приплив крові у ворітну вену
 2. Блокада β2-рецепторів → вазоконстрикція вісцеральних судин → ↓ портальний кровотік
- Доведено, що β-адреноблокатори знижують ризик кровотечі на 50%.

Висновок: Неселективні β-адреноблокатори – препарати першої лінії для профілактики кровотечі з варикозних вен стравоходу.

Чому інші відповіді невірні?

1. Блокатори кальцієвих каналів

- Не знижують портальний тиск ефективно.
- Не використовуються для профілактики кровотечі при портальній гіпертензії.
- **Невідповідність:** не впливають на портальний тиск.

2. Селективні β-адреноблокатори

- Блокують лише β1-рецептори → ↓ серцевий викид, але не зменшують кровотік у ворітній вені.
- **Невідповідність:** менше впливають на портальну гіпертензію, ніж неселективні.

3. Синтетичні пептиди

- В асоціації з терліпресином використовуються для зупинки кровотечі, а не для профілактики.

- **Невідповідність:** застосовуються при активній кровотечі, а не профілактично.

4. Інгібітори АПФ

- Можуть навіть погіршити портальну гіпертензію, викликаючи системну вазодилатацію та компенсаторне збільшення портального кровотоку.
- **Невідповідність:** можуть бути шкідливими при цирозі.



46.

Пацієнт віком 62 роки скаржиться на появу рани в ділянці правої стопи. Із анамнезу відомо, що травми кінцівки не було, використовував антибактеріальну мазь місцево без клінічного ефекту, протягом 15-ти років хворіє на цукровий діабет 2-го типу, приймає метформін 2000 мг 1 раз на добу, курить упродовж 20-ти років. Об'єктивно спостерігається: у ділянці правої стопи візуалізується виразка розміром 1 см, пульс на гомілці та тильній стороні стопи визначається, температура тіла - 37,2°C, АТ - 135/85 мм рт. ст., пульс - 69/хв. Що з нижченаведеного найімовірніше спричинило розвиток виразки в пацієнта?

1. Куріння
2. Сенсорна нейропатія (вірна відповідь)
3. Венозна недостатність
4. Облітеруючий атеросклероз периферичних артерій
5. Бактеріальна інфекція

Пояснення

Розберемо випадок:

Пацієнт 62 років з тривалим анамнезом цукрового діабету 2 типу (15 років), курінням (20 років) та відсутністю травми в анамнезі скаржиться на виразку стопи. Клінічні дані включають неефективність місцевої антибактеріальної мазі, наявність виразки 1 см, пульс на стопі збережений, субфебрильна температура (37,2°C), нормальний артеріальний тиск та пульс.

Тепер пройдемося по варіантам:

1. **Куріння:** Куріння є фактором ризику для багатьох судинних захворювань, включаючи захворювання периферичних артерій, але безпосередньо не є першопричиною виразки стопи. Куріння погіршує кровопостачання та загоєння ран, але зазвичай не є первинним фактором утворення виразки, особливо на тлі діабету.
2. **Сенсорна нейропатія (вірна відповідь):** Це найбільш імовірна причина в даному клінічному випадку. Цукровий діабет є основною причиною периферичної нейропатії, зокрема сенсорної. Сенсорна нейропатія призводить до втрати чутливості в стопах. Пацієнт з нейропатією може не відчувати незначну травму, тиск від незручного взуття, або стороннє тіло у взутті. Постійний тиск чи мікротравми на тлі втрати чутливості, особливо у пацієнтів з діабетом, можуть швидко призвести до утворення виразки. Відсутність болю на початкових етапах сприяє прогресуванню процесу, і пацієнт звертається за допомогою вже при наявності виразки.
3. **Венозна недостатність:** Венозна недостатність частіше призводить до виразок в ділянці гомілкостопу, вище кісточок, а не на стопі. Хоча венозна недостатність може бути супутньою патологією, вона менш імовірна як первинна причина виразки на стопі у пацієнта з діабетом та збереженим пульсом на стопі. Венозні виразки часто мають інші характеристики (наприклад, набряк, екзема, варикозне розширення вен), які не описані в цьому випадку.

4. **Облітеруючий атеросклероз периферичних артерій:** Атеросклероз периферичних артерій є важливим фактором ризику у пацієнтів з діабетом, і він може призвести до ішемічних виразок. Однак, у цьому випадку пульс на гомілці та тильній стороні стопи визначається. Хоча наявність пульсу не виключає периферичний атеросклероз повністю (особливо якщо уражені дрібні судини), це робить його менш імовірним як основну причину. Ішемічні виразки часто болючі, мають "пробитий" вигляд, розташовані на пальцях або в ділянці п'яти, і можуть супроводжуватися ознаками ішемії (блідість, холодність кінцівки). Крім того, розвиток виразки саме через облітеруючий атеросклероз зазвичай є більш поступовим процесом, хоча діабетики схильні до швидкого прогресування уражень.
5. **Бактеріальна інфекція:** Бактеріальна інфекція є вторинним ускладненням, а не першопричиною виразки. Інфекція часто приєднується до вже існуючої виразки, спричиненої іншою причиною (наприклад, нейропатією). Використання антибактеріальної мазі без ефекту в анамнезі може вказувати на те, що первинною проблемою була не інфекція, або інфекція є глибшою/стійкою до місцевого лікування. Підвищення температури до 37,2°C може бути ознакою запальної реакції, включаючи інфекцію, але це не є специфічним і може бути реакцією на саму виразку.

Пояснення чому сенсорна нейропатія є найбільш вірною відповіддю:

Враховуючи анамнез пацієнта (цукровий діабет 2 типу, тривалість діабету, відсутність травми), клінічну картину (виразка стопи, збережений пульс, неефективність місцевої антибактеріальної мазі), сенсорна нейропатія є найбільш імовірною первинною причиною розвитку виразки. Діабетична нейропатія є дуже поширеним ускладненням діабету і є провідною причиною діабетичних виразок стопи.

Чи коректний тест?

Тест є коректним, оскільки в контексті наданої інформації сенсорна нейропатія є найбільш імовірною причиною. Інші варіанти є менш вірогідними як первинні причини, хоча деякі з них (куріння, атеросклероз) є важливими факторами ризику та можуть ускладнювати ситуацію.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді були вірними?

1. Щоб куріння стало основною відповіддю, питання мало б бути сфокусоване на факторах ризику розвитку виразки у загальній популяції, не акцентуючи на діабеті. Наприклад: *"Який з наведених факторів найбільше сприяє сповільненню загоєння рани стопи?"*. Але навіть у такому випадку, куріння буде фактором, що ускладнює перебіг, а не першопричиною виразки.
2. Щоб венозна недостатність стала більш вірною відповіддю, потрібно було б змінити локалізацію виразки та додати інші ознаки венозної недостатності. Наприклад: *"Пацієнт 62 років скаржиться на появу рани в ділянці медіальної кісточки правої гомілки. ... Об'єктивно спостерігається: в ділянці медіальної кісточки правої гомілки візуалізується виразка розміром 1 см, набряк гомілки, видимі розширені вени. Пульс на стопі визначається..."*.
3. Щоб облітеруючий атеросклероз периферичних артерій став більш вірною відповіддю, потрібно було б змінити об'єктивні дані, вказавши на ознаки ішемії та можливо, послаблений або відсутній пульс. Наприклад: *"Пацієнт 62 років скаржиться на появу болючої рани на кінчику першого пальця правої стопи. ... Об'єктивно спостерігається: на кінчику першого пальця правої стопи візуалізується виразка розміром 1 см, пульс на стопі послаблений, стопа холодна на дотик, бліда. Температура тіла - 37,2°C..."*.
4. Щоб бактеріальна інфекція стала більш вірною відповіддю, потрібно було б змінити анамнез та клінічну картину, вказавши на ознаки гострого запалення та первинну інфекцію без явних передумов для нейропатії або ішемії. Наприклад: *"Пацієнт 62 років скаржиться на появу рани в ділянці правої стопи після незначної подряпини. Протягом 3 днів відзначає почервоніння, набряк та посилення болю в ділянці рани. ... Об'єктивно спостерігається: в ділянці правої стопи візуалізується ранова поверхня з ознаками гнійного*

запалення, почервоніння та набряк навколо рани, місцеве підвищення температури шкіри. Температура тіла - 38,5°C...". В такому випадку, первинна бактеріальна інфекція, що розвинулась після травми, могла б бути більш імовірною причиною, хоча у діабетиків все одно потрібно розглядати нейропатію як фактор ризику, що сприяє інфікуванню та ускладнює перебіг.



47.

Пацієнт віком 56 років скаржиться на періодичні відчуття перебоїв у роботі серця, що турбують упродовж 4-х місяців. В анамнезі: інфаркт міокарда рік тому. Об'єктивно спостерігається: ЧСС - 100/хв, АТ - 130/90 мм рт. ст. На ЕКГ виявлено: поліморфні шлуночкові екстрасистолі. Який антиаритмічний препарат доцільно призначити пацієнту?

1. Флекаїнід

2. Етацизин

3. Аміодарон (вірна відповідь)

4. Пропафенон

5. Верапаміл

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги: перебої в роботі серця → порушення ритму
2. Анамнез: ІМ рік тому → пацієнт у групі ризику життєзагрозливих аритмій
3. Об'єктивно: ЧСС 100/хв, АТ 130/90 мм рт. ст. → стабільний стан
4. ЕКГ: поліморфні шлуночкові екстрасистолі

Поліморфні ШЕ свідчать про ризик небезпечних аритмій, включаючи шлуночкову тахікардію.

Чому правильна відповідь – аміодарон?

Аміодарон – препарат вибору при шлуночкових аритміях у пацієнтів з ІМ в анамнезі.

Він належить до III класу антиаритмічних засобів (за класифікацією Vaughan-Williams) і діє через:

1. Блокаду калієвих каналів → подовжує рефрактерний період
2. Часткову β-адреноблокаду → знижує ризик фібриляції шлуночків
3. Блокаду Na⁺ і Ca²⁺ каналів → додатковий антиаритмічний ефект
4. НЕ підвищує ризик раптової серцевої смерті у пацієнтів після ІМ (на відміну від антиаритміків класу I).

Висновок: Аміодарон – найбільш безпечний і ефективний варіант для лікування шлуночкових аритмій у пацієнта з постінфарктним кардіосклерозом.

Чому інші відповіді невірні?

1. Флекаїнід (IC клас)

- Потужний блокатор натрієвих каналів, але заборонений при ІМ у анамнезі через промарсітронний ефект (збільшує ризик фатальних аритмій).
- **Невідповідність:** підвищує смертність у постінфарктних пацієнтів (CAST-trial).

2. Етацизин (IC клас)

- Подібний до флекаїніду, викликає виражену депресію провідності, що може провокувати асистолію або фібриляцію шлуночків у хворих після ІМ.

- **Невідповідність:** підвищує ризик раптової серцевої смерті.

3. Пропафенон (IC клас)

- Має β -адреноблокуючу активність, проте все одно входить до групи препаратів, які підвищують смертність після ІМ.
- **Невідповідність:** може викликати тяжкі шлуночкові аритмії.

4. Верапаміл (IV клас, блокатор кальцієвих каналів)

- Не діє на шлуночкові аритмії, застосовується при надшлуночкових аритміях (наприклад, АВ-реципрокна тахікардія, фібриляція передсердь).
- **Невідповідність:** неефективний при шлуночкових екстрасистолах.



48.

Пацієнт віком 62 роки скаржиться на сильний головний біль, нудоту, прискорене серцебиття, колючий біль у ділянці серця, задишку, кашель із виділенням великої кількості вологого мокротиння. Із анамнезу відомо, що впродовж 3-х років хворіє на артеріальну гіпертензію. Об'єктивно спостерігається: пульс - 120/хв, АТ - 220/110 мм рт. ст. Аускультативно - тони серця глухі, над легенями вислуховуються вологі різнокаліберні хрипи. Який найімовірніший діагноз?

1. Гіпертензивний криз, ускладнений гострою серцевою недостатністю (вірна відповідь)

2. Пневмонія

3. Стенокардія

4. Гіпертензивний криз, ускладнений гострою енцефалопатією

5. Інфаркт міокарда

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги: головний біль, нудота, тахікардія, біль у серці, задишка, вологий кашель
2. Гіпертензія в анамнезі (3 роки)
3. Об'єктивно:
 - АТ 220/110 мм рт. ст. → гіпертензивний криз
 - Пульс 120/хв → тахікардія
 - Глухі тони серця → ознака серцевої недостатності
 - Вологі різнокаліберні хрипи → застій у легенях

Головний діагностичний момент → на тлі високого АТ у пацієнта ознаки гострої лівошлуночкової недостатності (застій у легенях, глухі тони серця).

Чому правильна відповідь – гіпертензивний криз, ускладнений гострою серцевою недостатністю?

1. Гіпертензивний криз – це раптове значне підвищення АТ, яке призводить до ураження органів-мішеней.
2. Гостра серцева недостатність проявляється застоєм у малому колі кровообігу → кашель із мокротинням, вологі хрипи, задишка.
3. Глухі тони серця свідчать про слабкість міокарда.
4. Високий АТ + гостра лівошлуночкова недостатність → ускладнений гіпертензивний криз.

Висновок: це типовий випадок ускладненого гіпертензивного кризу з розвитком гострої лівошлуночкової недостатності.

Чому інші відповіді невірні?

1. Пневмонія

Може викликати кашель і задишку, але:

- Немає гарячки, лейкоцитозу, притуплення перкуторного звуку
- Хрипи при пневмонії локалізовані, а тут вони дифузні
- **Невідповідність:** хрипи пов'язані з застоєм крові, а не з інфекцією.

2. Стенокардія

Може пояснити біль у серці, але:

- Стенокардія не викликає вологих хрипів і кашлю.
- АТ 220/110 мм рт. ст. не є типовим для стенокардії.
- **Невідповідність:** немає класичних стенокардичних болів (стискаючий біль за грудиною, що проходить після нітрогліцерину).

3. Гіпертензивний криз, ускладнений гострою енцефалопатією

Можливий при дуже високому АТ, але:

- Пацієнт не має неврологічних симптомів (сплутаність свідомості, судоми, порушення зору).
- **Невідповідність:** клініка вказує на застій у легенях, а не на ураження мозку.

4. Інфаркт міокарда

Може викликати біль у серці і серцеву недостатність, але:

- Біль не описаний як типовий для ІМ (стискаючий, іррадіює в ліву руку/щелепу).
- Немає змін ЕКГ і підвищених кардіомаркерів.
- **Невідповідність:** головна причина симптомів – гіпертензивний криз, а не ішемія міокарда.



49.

Пацієнтка віком 35 років скаржиться на загальну слабкість і збільшення в розмірах живота, які вона ні з чим не пов'язує. Із анамнезу відомо, що до лікарів не зверталася, 5 років тому загинула рідна сестра у віці 33 роки від цирозу печінки невідомого ґенезу. Об'єктивно спостерігається: тремор і емоційна лабільність. Маркери вірусних гепатитів негативні. Під час проведення УЗД внутрішніх органів виявлено: печінка зернистої структури, нормальних розмірів, ознаки портальної гіпертензії, вільна рідина - 3,5 л. Встановлено діагноз: ідіопатичний цироз печінки, портальна гіпертензія, асцит. Яку патологію необхідно виключити в першу чергу?

1. Первинний біліарний цироз

2. Хворобу Гантінгтона

3. Хворобу Вільсона (вірна відповідь)

4. Гепато-целюлярну карциному

5. Токсико-аліментарний цироз печінки

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги: загальна слабкість, збільшення живота (асцит).

2. Анамнез:

- Сестра померла від цирозу у віці 33 років → підозра на спадкову патологію.
- Відсутність звернень до лікарів (можлива недіагностована вроджена хвороба).

3. Об'єктивно:

- Тремор, емоційна лабільність → ураження ЦНС (нейропсихічні симптоми).
- Печінка зерниста, ознаки портальної гіпертензії, асцит → цироз печінки.
- Вірусні гепатити виключені.

Головний діагностичний момент → молода пацієнтка, сімейний анамнез цирозу, неврологічні симптоми.

Чому правильна відповідь – хвороба Вільсона?

Хвороба Вільсона – це аутосомно-рецесивне порушення метаболізму міді через дефект гена АТР7В, що призводить до її накопичення в печінці та мозку.

Типові симптоми:

1. Печінкові: цироз із портальною гіпертензією та асцитом.
2. Неврологічні: тремор, емоційна лабільність (ознаки ураження базальних гангліїв).
3. Сімейний анамнез: смерть сестри у молодому віці від цирозу.

Висновок: типова клініка для хвороби Вільсона.

Що робити далі?

Офтальмологічне обстеження → кільця Кайзера-Флейшера.

Зниження рівня церулоплазміну та підвищення екскреції міді в сечі.

Чому інші відповіді невірні?

1. Первинний біліарний цироз

- Характерний для жінок віком 40-60 років, пов'язаний із аутоімунним ураженням жовчних проток.
- Типові свербіж, підвищення лужної фосфатази та анти-Мітохондріальні антитіла (АМА+).
- **Невідповідність:** немає свербіжу, АМА-негативний статус, цироз розвинувся у молодому віці.

2. Хвороба Гантінгтона

- Це нейродегенеративне захворювання, яке проявляється хореею, когнітивними порушеннями, але не цирозом печінки.
- **Невідповідність:** немає хореї, а цироз не характерний.

3. Гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК)

- Частіше виникає на тлі вже наявного цирозу (наприклад, вірусного або алкогольного).
- Не дає неврологічних симптомів!
- **Невідповідність:** цироз первинний, а не вторинний на тлі пухлини.

4. Токсико-аліментарний цироз

- Виникає через тривале зловживання алкоголем, ожиріння або лікарське ураження печінки.
- Сімейний анамнез нехарактерний.
- **Невідповідність:** пацієнтка не має вказівок на алкоголь або інші токсичні фактори.



50.

Пацієнт віком 45 років скаржиться на парестезії в нижніх кінцівках, зниження апетиту та смакових відчуттів, загальну слабкість, задишку під час фізичного навантаження, швидку втомлюваність. В анамнезі: резекція шлунка 8 років тому. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда з лимонним відтінком, язик - гладкий, глянцекий з атрофією сосочків, АТ - 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 100/хв. За результатами загального аналізу крові виявлено: гемоглобін - 82 г/л, еритроцити - $2,72 \cdot 10^{12}/л$, середній об'єм еритроцита - 110 фл, середній вміст гемоглобіну в еритроциті - 37 пг, лейкоцити - $4,1 \cdot 10^9/л$, тромбоцити - $155 \cdot 10^9/л$. У мієлограмі спостерігається: мегалобластний тип кровотворення. Який найімовірніший діагноз?

1. Залізодефіцитна анемія
2. Аутоімунна гемолітична анемія
- 3. В₁₂-дефіцитна анемія (вірна відповідь)**
4. Апластична анемія
5. Фолієводефіцитна анемія

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги:
 - Парестезії в ногах → ураження нервової системи.
 - Загальна слабкість, задишка, втомлюваність → анемічний синдром.
 - Зниження апетиту, порушення смаку.
2. Анамнез:
 - Резекція шлунка 8 років тому → зниження секреції внутрішнього фактора Касла → порушення всмоктування вітаміну В₁₂.
3. Об'єктивно:
 - Бліда шкіра з лимонним відтінком → типовий симптом В₁₂-дефіцитної анемії.
 - Гладкий "лакований" язик з атрофією сосочків → глосит Гунтера.
 - ЧСС 100/хв → компенсаторна тахікардія.
4. Гематологічні показники:
 - Гемоглобін 82 г/л, еритроцити $2,72 \cdot 10^{12}/л$ → анемія.
 - MCV = 110 фл, MCH = 37 пг → макроцитарна, гіперхромна анемія.
 - Лейкопенія ($4,1 \cdot 10^9/л$) і тромбоцитопенія ($155 \cdot 10^9/л$) → можливий панцитопенічний синдром.
5. Мієлограма: мегалобластний тип кровотворення → характерний для В₁₂- або фолієводефіцитної анемії.

Головний діагностичний момент → поєднання мегалобластної анемії, неврологічних симптомів і анамнезу резекції шлунка.

Чому правильна відповідь – В₁₂-дефіцитна анемія?

1. Вітамін В₁₂ потрібен для синтезу ДНК і мієліну.
2. Його дефіцит → мегалобластна анемія + ураження нервової системи.
3. Причина у пацієнта: відсутність секреції внутрішнього фактора Касла після резекції шлунка → порушення всмоктування В₁₂.

Типові прояви:

1. Анемія макроцитарна, гіперхромна (MCV > 100 фл, MCH підвищений).
2. Глосит Гунтера, парестезії, слабкість, "лімонна" блідість.
3. Мегалобластний тип кровотворення.

Висновок: У пацієнта типова клініка В₁₂-дефіцитної анемії через резекцію шлунка.

Чому інші відповіді невірні?

1. Залізодефіцитна анемія

- Головний критерій – мікроцитоз (MCV < 80 фл) і гіпохромія.
- В нашому випадку MCV = 110 фл → макроцитарна анемія!
- **Невідповідність:** немає мікроцитозу та гіпохромії.

2. Аутоімунна гемолітична анемія

- Характеризується ретикулоцитозом, підвищеним білірубіном, позитивним тестом Кумбса.
- Немає мегалобластного кровотворення!
- **Невідповідність:** немає ретикулоцитозу та ознак гемолізу.

3. Апластична анемія

- Панцитопенія з апластичним (не мегалобластним!) типом кровотворення.
- Відсутність неврологічних симптомів.
- **Невідповідність:** немає апластичного кровотворення.

4. Фолієводефіцитна анемія

- Також мегалобластна, але без неврологічних симптомів!
- Резекція шлунка більше впливає на B₁₂, ніж на фолієву кислоту.
- **Невідповідність:** є неврологічні симптоми.



51.

Пацієнт віком 38 років скаржиться на біль у суглобах, м'язах, появу висипу на шкірі, підвищення температури тіла до 37,5°C, слабкість. Із анамнезу відомо, що пацієнт проходить курс протитуберкульозної терапії. Об'єктивно спостерігається: на шкірі обличчя та тулуба візуалізується макулопапульозний висип. За результатами аналізу крові виявлено: ШОЕ - 40 мм/год, СРБ - +++, лейкопенія, тромбоцитопенія, LE-клітини - негативні. Встановлено попередній діагноз: медикаментозний вовчак. Яке дослідження необхідно провести, щоб підтвердити діагноз?

1. Визначення антитіл до Sm-ядерного антигену

2. Визначення антитіл до нативної ДНК

3. Визначення антитіл до гістону (вірна відповідь)

4. Визначення антифосфоліпідних антитіл

5. Визначення антинуклеарних антитіл

Пояснення

Ключові моменти:

1. Скарги:

- Біль у суглобах, м'язах → артралгії, міалгії.
- Висип на шкірі → макулопапульозний характер.
- Підвищення температури → помірний запальний синдром.
- Загальна слабкість.

2. Анамнез:

- Прийом протитуберкульозної терапії (найімовірніше, ізоніазид, рифампіцин, етамбутол) → ризик медикаментозного вовчака.
3. Об'єктивно:
 - Висип макулопапульозний (типовий для медикаментозного вовчака).
 4. Лабораторні зміни:
 - ШОЕ 40 мм/год, СРБ +++ → запалення.
 - Лейкопенія, тромбоцитопенія → можливий аутоімунний процес.
 - LE-клітини негативні → не виключає медикаментозний вовчак (бо LE-тест не завжди позитивний).

Ключовий момент → пацієнт отримує протитуберкульозні препарати, які можуть викликати медикаментозний вовчак.

Чому правильна відповідь – "Визначення антитіл до гістону"?

1. Медикаментозний вовчак (DILE, drug-induced lupus erythematosus) – це аутоімунна реакція, спричинена ліками, що імітує системний червоний вовчак (СЧВ), але зазвичай менш тяжка і рідко уражає нирки та ЦНС.
2. Найбільш специфічні антитіла для DILE – антитіла до гістону (виявляються у 95% випадків).

Найчастіші причини DILE:

1. Ізоніазид (протитуберкульозний препарат).
2. Гідралазин (антигіпертензивний засіб).
3. Прокаїнамід (антиаритмічний препарат).
4. Фенітоїн, рифампіцин, метилдопа.

Висновок: Тест на антитіла до гістону є найчутливішим та найспецифічнішим для медикаментозного вовчака.

Чому інші відповіді невірні?

1. *Визначення антитіл до Sm-ядерного антигену*

- Антитіла до Sm (Smith) специфічні для СЧВ, але дуже рідко зустрічаються при медикаментозному вовчаку.
- **Невідповідність:** Sm-антитіла не є маркером DILE.

2. *Визначення антитіл до нативної ДНК*

- Антитіла до нативної ДНК (dsDNA) характерні для СЧВ і асоційовані з ураженням нирок (вовчаковий нефрит).
- При медикаментозному вовчаку зазвичай відсутні.
- **Невідповідність:** медикаментозний вовчак рідко супроводжується вовчаковим нефритом.

3. *Визначення антифосфоліпідних антитіл*

- Антифосфоліпідні антитіла (АПА) виявляються при антифосфоліпідному синдромі (АФС) і СЧВ, але не є маркером медикаментозного вовчака.
- **Невідповідність:** немає ознак АФС (тромбозів, невиношування вагітності тощо).

4. *Визначення антинуклеарних антитіл (ANA)*

- ANA виявляються при медикаментозному вовчаку у 80-90% випадків, але вони неспецифічні і також зустрічаються при інших аутоімунних захворюваннях.
- Антитіла до гістону – більш специфічні!
- **Невідповідність:** ANA не дають підтвердження DILE, тільки свідчать про аутоімунний процес.



52.

Пацієнт віком 36 років на 3-й день лікування в стаціонарі з приводу нижньодольової пневмонії відзначає на фоні інтенсивної антибіотикотерапії наростання загальної слабкості, задишки, серцебиття, зменшення виділення сечі. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середньої тяжкості, шкіра блідого кольору, волога на дотик, температура тіла - 37,2°C, ЧСС - 115/хв, АТ - 85/65 мм рт. ст., ЧД - 24/хв, серцеві тони ритмічні, приглушені. Під час аускультації легень зліва на фоні ослабленого дихання вислуховується велика кількість різнокаліберних хрипів. На ЕКГ виявлено: зниження зубців Т в V1-V6. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

1. Ексудативний плеврит
2. Ексудативний перикардит
3. набряк легень
4. Тромбоемболія гілок легеневої артерії

5. Септичний шок (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічні дані:

1. Пацієнт 36 років, лікується від нижньодольової пневмонії.
2. На 3-й день лікування відзначається загальна слабкість, задишка, серцебиття та зменшення виділення сечі.
3. Об'єктивно: бліда, волога шкіра, температура 37,2 °C (без високої лихоманки), тахікардія (115/хв), гіпотензія (АТ 85/65 мм рт.ст.), частота дихання – 24/хв, приглушені серцеві тони, аускультація легень – численні хрипи, ЕКГ – депресія зубців Т у прекардіальних відведеннях V1–V6.

Чому "септичний шок"?

1. *Системна гіпотензія та тахікардія.* Низький артеріальний тиск і високий пульс вказують на порушення гемодинаміки, що характерно для шокowego стану, зокрема септичного шоку.
2. *Порушення перфузії органів.* Зменшення виділення сечі свідчить про недостатню перфузію нирок, що часто зустрічається при септичному шоку.
3. *Клінічний контекст.* На фоні пневмонії – відомого джерела сепсису – розвиток даної клінічної картини є типовим для переходу інфекції у системний запальний процес із судинною дилатацією та порушенням мікроциркуляції.
4. *ЕКГ зміни.* Депресія зубців Т може бути ознакою септичного кардіоміопатії, тобто зниження функції серця в умовах сепсису.

Чому інші варіанти менш ймовірні

1. *Ексудативний плеврит:* Такий стан міг би проявлятися больовими синдромами в грудній клітці, але не пояснює системні ознаки гіпотензії, тахікардії та ниркової недостатності.
2. *Ексудативний перикардит:* Хоча приглушені серцеві тони можуть нагадувати про перикардіальний випіт (який при великих об'ємах може призвести до тампонади), класичні клінічні ознаки (наприклад, дистенція яремних вен, електрична альтернація на ЕКГ) відсутні.
3. *Набряк легень:* Він може супроводжуватися задишкою та хрипами, але при кардіогенному набряку легень зазвичай спостерігається підвищення артеріального тиску, а не гіпотензія.
4. *Тромбоемболія гілок легеневої артерії:* Хоча може викликати раптове погіршення дихання та тахікардію, типова клінічна картина (раптовий початок, болі в грудній клітці, можлива

гіпоксемія) тут не описана, а ЕКГ зміни у тромбоемболії частіше характеризуються паттерном S1Q3T3 або синусовою тахікардією.

Отже, клінічна картина найкраще узгоджується з розвитком септичного шоку.

Якщо б бажали зробити інші відповіді теж "вірними", у тексті запитання необхідно було б додати уточнення, які типові ознаки характерні для відповідних ускладнень

1. *Для ексудативного плевриту:* опис локального болю в грудній клітці, плеврального тертя, асиметрія дихальних звуків з однієї сторони та дані ультразвукового дослідження (наявність рідини в плевральній порожнині).
2. *Для ексудативного перикардиту:* згадка про характерний біль у грудній клітці, дистенцію яремних вен, наявність перикардіального випоту (як на ехокардіографії), а також специфічні ЕКГ зміни (наприклад, електрична альтернація, дифузне підвищення сегменту ST на ранній стадії).
3. *Для набряку легень:* опис кашлю з пінистою мокротою, рентгенологічні ознаки легочного набряку, а також підвищення центрального венозного тиску при кардіогенному походженні.
4. *Для тромбоемболії легеневої артерії:* інформація про раптовий розвиток гострих симптомів (гостра задишка, біль у грудній клітці), наявність ризикових факторів для тромбоемболії (імобілізація, післяопераційний період) та характерні ЕКГ зміни (наприклад, S1Q3T3).



53.

У пацієнта віком 35 років раптово під час кашлю виник різкий біль у грудній ділянці ліворуч. Із анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на хронічне обструктивне захворювання легень. Об'єктивно спостерігається: дифузний ціаноз, перкуторно над легеньми - тимпанічний звук, аускультативно вислуховується відсутність дихальних шумів над лівою половиною грудної клітки. Зміщення правої межі серця до середньоключичної лінії. Який найімовірніший діагноз?

1. Тромбоемболія легеневої артерії
2. Ексудативний плеврит
3. Інфаркт міокарда

4. Спонтанний пневмоторакс (вірна відповідь)

5. Набряк легень

Пояснення

У даному випадку клінічна картина характерна для спонтанного пневмотораксу.

Аргументи на користь спонтанного пневмотораксу

1. *Раптовість болю:* Виникнення різкого болю в грудній клітці під час кашлю свідчить про раптове порушення цілісності легеневої тканини або субплевральних буль, що типово для спонтанного пневмотораксу, особливо у хворих на ХОЗЛ.
2. *Аускультация та перкусія:* Відсутність дихальних шумів над лівою половиною грудної клітки та тимпанічний звук при перкусії є класичними знахідками при накопиченні повітря в плевральній порожнині.
3. *Ціаноз та зміщення серцевих структур:* Дифузний ціаноз свідчить про порушення газообміну, а зміщення правої межі серця до середньоключичної лінії вказує на зсув середостіння, що може виникнути при значному об'ємі повітря в плевральній порожнині.

Чому інші варіанти менш імовірні

1. *Тромбоемболія легеневої артерії*: Хоча може супроводжуватися раптовою задишкою та болем, вона не пояснює тимпанічного звуку при перкусії чи відсутності дихальних шумів на одній половині грудної клітки.
2. *Ексудативний плеврит*: Зазвичай супроводжується болем, посиленням при вдиху, і може давати приглушені або змінені дихальні шуми, але тимпанічний звук не є типовим.
3. *Інфаркт міокарда*: Типові симптоми інфаркту (тістовий характер болю, радіюча зміна на ЕКГ, класичні ризикові фактори) тут відсутні.
4. *Набряк легень*: Зазвичай проявляється як сухий кашель, рентгенологічні ознаки легочного набряку та характерні додаткові шуми (крекоти), а не відсутність дихальних шумів і тимпанічний звук.

Що мало б бути в тексті запитання для обґрунтування інших відповідей

1. *Для тромбоемболії легеневої артерії*: Варто було б зазначити раптову задишку, біль у грудній клітці з елементами невизначеності, наявність предислокаційних факторів (наприклад, після тривалого перебування в стані нерухомості) або характерний патерн S1Q3T3 на ЕКГ.
2. *Для ексудативного плевриту*: Потрібно було б описати наявність плеврального тертя, болю при диханні з посиленням болю під час кашлю, а також дані ультразвукового дослідження, що свідчать про накопичення ексудату в плевральній порожнині.
3. *Для інфаркту міокарда*: Запитання мало б містити інформацію про ішемічний характер болю, характерну іррадіацію болю, зміни ЕКГ (наприклад, ST-сегмент підйом або опускання) та інші кардіологічні знахідки.
4. *Для набряку легень*: Було б доцільно вказати на появу сухого кашлю з пінистою мокротою, хрипи за рахунок рідинного накопичення, рентгенологічні ознаки легочного набряку та підвищення центрального венозного тиску.



54.

Пацієнт віком 39 років скаржиться на задишку, біль у правій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 38,2°C, кашель. Із анамнезу відомо, що хворіє понад тиждень, скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно спостерігається: легкий акроціаноз губ, пульс - ритмічний, 92/хв, АТ - 130/75 мм рт. ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно справа нижче кута лопатки прослуховується тупий звук. У цій ділянці дихання відсутнє. Який найімовірніший діагноз?

1. Абсцес легені
2. Плеврит (вірна відповідь)
3. Ателектаз легені
4. ТЕЛА
5. Позагоспітальна пневмонія

Пояснення

Клінічні симптоми:

- Пацієнт скаржиться на біль у правій грудній клітці, задишку, кашель та підвищення температури до 38,2°C. Ці ознаки можуть виникати при запаленні плеври, яке часто супроводжується болем, що посилюється при глибокому вдиху та кашлі.

Фізикальне обстеження:

- Перкуторний огляд: Прослуховується тупий звук у правій ділянці нижче кута лопатки, що свідчить про наявність рідини (ексуда чи емпійного накопичення) у плевральній порожнині.
- Аускультация: Відсутність дихальних шумів у цій зоні підтверджує, що рідина замінила нормальне повітряне наповнення легеневої тканини.
- Дихальний рух: Відставання правої половини грудної клітки в акті дихання свідчить про обмеження її рухливості, що характерно для плевового процесу.

Анамнез:

- Тривалість хвороби понад тиждень із асоціацією зі переохолодженням може вказувати на початкове запалення легеневого паренхіми, яке ускладнилося запальним процесом у плевральній оболонці.

Чому інші варіанти менш вірогідні

1. *Абсцес легені*: Зазвичай супроводжується високо піднятими температурами, продуктивним кашлем з гнійною мокротою та характерним зображенням на рентгені. Фізичне обстеження при абсцесі частіше демонструє зональну консолидацію, а не чітке відсутність дихальних шумів із тупим звуком перкусії.
2. *Ателектаз легені*: Може призводити до приглушення дихальних шумів і асиметрії рухів грудної клітки, але часто супроводжується змінами у рентгенограмі, що вказують на зменшення об'єму легеневого паренхіми. Також температура рідко підвищується настільки, як при інфекційному процесі.
3. *ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії)*: Хоча може викликати біль у грудній клітці та задишку, типові клінічні знахідки при ЕКГ, пульсові зміни та відсутність дихальних шумів з тупим звуком перкусії не відповідають класичній картині тромбоемболії.
4. *Позагоспітальна пневмонія*: Пневмонія також може викликати схожі симптоми, але при пневмонії зазвичай вислуховуються хрипи, а не відсутність дихання.

Як би мало бути сформульовано питання для врахування інших відповідей

1. *Для абсцесу легені у запитанні варто було б зазначити:*
 - Високі спикальні температури та налічення продуктивного кашлю з гнійною, іноді з неприємним запахом мокротою.
 - Рентгенологічні знахідки із зоничною консолидацією та можливими пустулами.
2. *Для ателектазу легені було б корисно додати:*
 - Наявність predisponуючих факторів (наприклад, післяопераційний період, обструкція бронхів).
 - Зменшення об'єму легеневого поля на рентгенограмі із зміщенням структур до ураженої зони.
3. *Для тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) запитання мало б містити:*
 - Раптовий початок гострої задишки, біль у грудній клітці з елементами невизначеності, наявність факторів ризику (імобілізація, гіперкоагуляційний стан).
 - Специфічні ЕКГ зміни або дані ехокардіографії.
4. *Для позагоспітальної пневмонії слід було додати інформацію про наявність хрипів при аускультатії.*



Пацієнт віком 18 років скаржиться на набряклість та біль у колінних, ліктьових суглобах, прискорене серцебиття, підвищення температури тіла до 38°C. Із анамнезу відомо, що два тижні тому переніс респіраторно-вірусне захворювання. Об'єктивно спостерігається: набряклість колінних і ліктьових суглобів, пульс - 94/хв, поперечник серця - 14 см, аускультативно - ослаблення I тону, систолічний шум на верхівці. В аналізі крові: лейкоцити - $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 22 мм/год. В аналізі сечі: білок - 0,033 г/л, лейкоцити - 6-8 в полі зору. На ЕКГ виявлено: синусова тахікардія, інтервал PQ - 0,24. Який найімовірніший діагноз?

1. Подагра
2. Ревматоїдний артрит
3. Хвороба Рейтера

4. Гостра ревматична гарячка (вірна відповідь)

5. Остеоартроз

Пояснення

Чому гостра ревматична гарячка (ГРГ) є найімовірнішим діагнозом у цьому випадку:

1. Перенесена респіраторна вірусна інфекція в анамнезі: Це ключовий момент. ГРГ є ускладненням інфекції, викликаній бета-гемолітичним стрептококом групи А. Хоча в анамнезі згадується респіраторно-вірусне захворювання, важливо уточнити, чи не було це стрептококовою інфекцією (наприклад, ангіною або фарингітом). Часто пацієнти можуть не пам'ятати або не надавати значення ангіні, вважаючи її "простудою". Враховуючи час – два тижні до появи симптомів – це типовий термін для розвитку ГРГ після стрептококової інфекції.
2. Клінічні ознаки:
 - Поліартрит: Набряклість та біль у колінних та ліктьових суглобах – це типовий прояв мігруючого поліартриту при ГРГ. Хоча тут описано ураження лише двох груп суглобів, це все одно вкладається в картину ревматичного ураження суглобів.
 - Лихоманка: Підвищення температури до 38°C також є частим симптомом ГРГ.
 - Кардит: Прискорене серцебиття (тахікардія), ослаблення I тону, систолічний шум на верхівці, збільшення поперечника серця (14 см) – все це вказує на кардит, запалення серця, яке є одним із головних проявів ГРГ. Інтервал PQ 0,24 на ЕКГ (подовження інтервалу PQ) також підтверджує ураження серцевого м'яза та порушення атріовентрикулярної провідності, що характерно для ревматичного кардиту.
3. Лабораторні дані:
 - Підвищення ШОЕ (22 мм/год) та лейкоцитоз ($9,1 \cdot 10^9/\text{л}$): Вказують на запальний процес в організмі, що підтримує діагноз ГРГ.
 - Протеїнурія (0,033 г/л) та лейкоцитурія (6-8 в полі зору) в аналізі сечі: Хоча ці зміни не є основними діагностичними критеріями ГРГ, легка протеїнурія та лейкоцитурія можуть спостерігатися при ревматичному процесі, особливо при ураженні нирок (хоча ревматичний гломерулонефрит не є типовим проявом ГРГ, але легкі зміни можуть бути).

Чому інші відповіді менш імовірні або невірні

1. *Подагра*:
 - Типові ознаки подагри: Гострий напад артрити, зазвичай в одному суглобі (часто великий палець стопи), сильний біль, почервоніння, набряк, гаряча на дотик шкіра над суглобом. Підвищений рівень сечової кислоти в крові є ключовим діагностичним критерієм.
 - Не співпадає з клінічною картиною: Поліартрит (ураження багатьох суглобів), лихоманка, кардит, анамнез респіраторної інфекції не типові для подагри. Подагра частіше виникає у чоловіків старшого віку і пов'язана з факторами ризику, такими як дієта, багата пуринами, та вживання алкоголю.

2. Ревматоїдний артрит (РА):

- Типові ознаки РА: Хронічне запальне захворювання суглобів, симетричний поліартрит (часто дрібних суглобів кистей та стоп), ранкова скутість, хронічний перебіг. Можливі позасуглобові прояви, але кардит не є типовим і настільки вираженим на початку захворювання, як при ГРГ.
- Не співпадає з клінічною картиною: Гострий початок після перенесеної вірусної інфекції, виражений кардит з шумом та змінами на ЕКГ, більш характерні для ГРГ, ніж для дебюту РА. РА зазвичай розвивається більш поступово. Хоча ШОЕ та лейкоцитоз підвищені при обох захворюваннях, зв'язок із попередньою інфекцією і гострий початок більше вказують на ГРГ.

3. Хвороба Рейтера (Реактивний артрит):

- Типові ознаки хвороби Рейтера: Тріада: артрит, уретрит, кон'юнктивіт. Реактивний артрит розвивається після інфекції (часто урогенітальної або кишкової). Артрит зазвичай асиметричний, олігоартикулярний, переважно нижніх кінцівок.
- Не співпадає з клінічною картиною: У питанні не згадано про уретрит або кон'юнктивіт. Хоча реактивний артрит може розвинути після респіраторної інфекції (хоча рідше, ніж після урогенітальної або кишкової), кардит не є типовим проявом і не настільки виражений, як при ГРГ. Ураження колінних та ліктьових суглобів хоч і можливе, але не є типовим саме по собі для реактивного артриту.

4. Остеоартроз:

- Типові ознаки остеоартрозу: Дегенеративне захворювання суглобів, пов'язане зі зношуванням хряща. Біль у суглобах, що посилюється при навантаженні та зменшується у спокої, скутість після періоду спокою ("стартовий біль"), хрускіт у суглобах.
- Не співпадає з клінічною картиною: Остеоартроз зазвичай розвивається поступово, пов'язаний із віком, травмами або надмірним навантаженням на суглоби. Лихоманка, запальні зміни в аналізах крові (підвищення ШОЕ, лейкоцитоз), кардит, гострий початок після інфекції абсолютно не типові для остеоартрозу. 18-річний вік є занадто молодим для типового первинного остеоартрозу, хоча травматичний остеоартроз можливий, але анамнез травми відсутній.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь була "Подагра":

- В анамнезі мав би бути опис гострого нападу болю в одному суглобі (наприклад, великому пальці стопи).
- Відсутність лихоманки або легка субфебрильна температура.
- В аналізах крові обов'язково потрібно було б вказати рівень сечової кислоти – підвищений.
- Можливо, опис почервоніння, набряку та підвищення місцевої температури в ураженому суглобі.
- Фраза про перенесену респіраторно-вірусну інфекцію була б нерелевантною.

2. Щоб відповідь була "Ревматоїдний артрит":

- Початок симптомів мав би бути більш поступовим, не гострим після інфекції.
- Опис симетричного ураження суглобів, можливо з акцентом на дрібні суглоби кистей та стоп.
- Опис ранкової скутості.
- Можливо, анамнез наявності РА у родині.
- Кардит або зміни на ЕКГ були б менш вираженими або відсутні на початку захворювання.
- Важливо було б наголосити на хронічному характері захворювання, а не на гострому початку після інфекції.

3. Щоб відповідь була "Хвороба Рейтера":

- В анамнезі мала б бути згадка про нещодавню урогенітальну або кишкову інфекцію (хоча респіраторна теж можлива, але менш типова).
- Потрібно було б додати симптоми уретриту (наприклад, дизурія, виділення з уретри) та/або кон'юнктивіту (почервоніння очей, слъозотеча).
- Артрит міг би бути асиметричним, олігоартикулярним, переважно нижніх кінцівок.
- Кардит та зміни на ЕКГ були б нетиповими або менш вираженими.

4. Щоб відповідь була "Остеоартроз":

- Пацієнт мав би бути старшого віку.
- Симптоми розвивалися б поступово, без гострого початку після інфекції.
- Опис болю, що посилюється при навантаженні та зменшується в спокої.
- Скутість після періоду спокою.
- Відсутність лихоманки, запальних змін в аналізах крові, кардиту.
- В анамнезі могли б бути згадки про травми суглобів або надмірне навантаження.



56.

Пацієнт віком 59 років проходить плановий медичний огляд. Із анамнезу відомо, що протягом останніх п'яти років його турбують періодичні напади сильного болю в лівій стопі, у ділянці великого пальця, які супроводжуються набряком та почервонінням І плеснефалангового суглоба, шкіра над ним стає бузково-багряного відтінку, гарячою на дотик. Напади виникають після вживання м'ясної їжі та алкоголю 5-6 разів на рік, тривають від 3-х до 10-ти днів. Хворіє на артеріальну гіпертензію. Об'єктивно спостерігається: АТ - 160/90 мм рт. ст., ЧСС = пульс - 72/хв. Концентрація сечової кислоти в сироватці крові становить 640 мкмоль/л (норма - 210-420 мкмоль/л). Який антигіпертензивний препарат протипоказаний пацієнту?

1. Амлодипін
2. Раміприл
3. Валсартан
4. Бісопролол

5. Гідрохлортіазид (вірна відповідь)

Пояснення

Пацієнт має класичні прояви подагричного артрити, зумовленого підвищеним рівнем сечової кислоти в крові (гіперурикемією). Напади провокуються вживанням м'яса та алкоголю. Також у нього артеріальна гіпертензія (160/90 мм рт. ст.), що потребує підбору антигіпертензивної терапії.

Чому гідрохлортіазид протипоказаний?

Гідрохлортіазид належить до тiazидних діуретиків, які:

1. Зменшують ниркову екскрецію сечової кислоти, що може призводити до її накопичення в організмі.
2. Підвищують ризик нападів подагри, особливо у пацієнтів із вже наявною гіперурикемією.

Тому гідрохлортіазид є протипоказаним для цього пацієнта, оскільки може погіршити перебіг подагри та провокувати напади.

Інших варіанти:

1. Амлодипін – антагоніст кальцію, не впливає на рівень сечової кислоти. Безпечний.
2. Раміприл – інгібітор АПФ, може незначно підвищувати рівень сечової кислоти, але не вважається фактором ризику подагри. Безпечний.

3. Валсартан – блокатор рецепторів ангіотензину II (БРА), навпаки, сприяє виведенню сечової кислоти. Бажаний вибір.
4. Бісопролол – бета-блокатор, не має суттєвого впливу на обмін сечової кислоти. Безпечний.

Якби у запитанні вказали, що необхідно вибрати найкращий варіант, тоді правильною відповіддю був би валсартан, оскільки він не лише безпечний, а й може сприяти виведенню сечової кислоти.



57.

Пацієнт віком 65 років протягом року лікується в сімейного лікаря з приводу подагричного артриту. В анамнезі: інфаркт міокарда. Лікар вирішив призначити лікарський засіб, що пригнічує синтез сечової кислоти. Який із нижченаведених лікарських засобів доцільно призначити пацієнту?

1. Фебуксостат (теж може бути вірною відповіддю)

2. Колхіцин

3. Диклофенак

4. Алопуринол (вірна відповідь за базою на центрі тестування)

5. Лезінурад

Пояснення

У питанні чітко зазначено, що лікар хоче призначити лікарський засіб, який пригнічує синтез сечової кислоти. З перелічених варіантів лікарських засобів, лише алопуринол та фебуксостат належать до групи препаратів, що знижують продукцію сечової кислоти. Вони є інгібіторами ксантиноксидази – ферменту, який бере участь у синтезі сечової кислоти.

Чому алопуринол є доцільним вибором в даному випадку:

1. Механізм дії відповідає завданню: Алопуринол безпосередньо пригнічує синтез сечової кислоти, що є ключовою метою в довготривалому лікуванні подагричного артриту та гіперурикемії.
2. Клінічні рекомендації: Алопуринол є препаратом першої лінії для лікування гіперурикемії та подагри, згідно з багатьма клінічними настановами.
3. Хронічне лікування: Пацієнт лікується від подагричного артриту вже рік, що свідчить про хронічний характер захворювання. В такому випадку призначення препарату, що впливає на рівень сечової кислоти є обґрунтованим для довготривалого контролю захворювання та запобігання майбутнім загостренням.
4. Наявність інфаркту міокарда в анамнезі: В анамнезі пацієнта є інфаркт міокарда. Важливо враховувати потенційні взаємодії та протипоказання лікарських засобів, особливо НПЗП (нестероїдних протизапальних препаратів) при серцево-судинних захворюваннях. Алопуринол, як правило, вважається безпечним у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, якщо дотримуватися відповідних запобіжних заходів та корекції дози, за необхідності, особливо при наявності ниркової недостатності, яка часто зустрічається у пацієнтів похилого віку.

Чому інші варіанти менш доцільні або недоцільні в контексті запитання:

1. Фебуксостат: Фебуксостат також є інгібітором ксантиноксидази та ефективно знижує рівень сечової кислоти. Фебуксостат є також доцільним варіантом для лікування гіперурикемії та подагри, і в деяких ситуаціях може бути навіть кращим варіантом, ніж алопуринол (наприклад, при непереносимості алопуринолу або недостатній ефективності алопуринолу). **В контексті питання, фебуксостат також можна вважати вірною**

Відповіддю. Проте, традиційно, алопуринол є більш часто використовуваним препаратом першої лінії, особливо враховуючи анамнез пацієнта та загальну клінічну практику. Можливо, в тестах відповідь "Алопуринол" відмічена як єдино вірна, орієнтуючись на типові підходи до лікування та класифікацію препаратів першої лінії.

2. Колхіцин: Колхіцин використовується для лікування гострих нападів подагричного артриту. Він зменшує запалення, але не впливає на рівень сечової кислоти. В питанні не йдеться про гострий напад, а про призначення препарату для пацієнта, який вже рік лікується від подагри. Тому колхіцин не є препаратом вибору для пригнічення синтезу сечової кислоти в даній ситуації.
3. Диклофенак: Диклофенак - це нестероїдний протизапальний препарат (НПЗП). НПЗП використовуються для симптоматичного лікування гострих нападів подагри, для зменшення болю та запалення. Як і колхіцин, диклофенак не впливає на рівень сечової кислоти. Більш того, НПЗП слід використовувати з обережністю у пацієнтів з інфарктом міокарда в анамнезі через підвищений ризик серцево-судинних ускладнень. Таким чином, диклофенак не є доцільним вибором для пригнічення синтезу сечової кислоти, а також потенційно небезпечний через серцево-судинний анамнез пацієнта.
4. Лезінурад: Лезінурад є інгібітором транспортера уратів 1 (URAT1). Він діє шляхом збільшення виведення сечової кислоти нирками, а не пригніченням її синтезу. Лезінурад використовується в комбінації з інгібіторами ксантиноксидази (такими як алопуринол або фебуксостат) у пацієнтів, які не досягають цільового рівня сечової кислоти при монотерапії інгібітором ксантиноксидази. В даному питанні йдеться про первинне призначення препарату, що пригнічує синтез, а не про комбіновану терапію для посилення виведення. Тому лезінурад не є доцільним вибором як монотерапія для пригнічення синтезу сечової кислоти у цьому випадку.

Чи є тест коректним?

Питання є в цілому коректним, оскільки алопуринол дійсно є доцільним препаратом першої лінії, що пригнічує синтез сечової кислоти, і є логічним вибором в описуваній клінічній ситуації.

Однак, як зазначено вище, фебуксостат також є вірним варіантом. Щоб зробити питання більш коректним у контексті єдиної правильної відповіді, можна було б додати деякі нюанси, що б підкреслили переваги алопуринолу або навпаки, зробили фебуксостат більш виправданим. Наприклад, якщо б у питанні загадали саме за 1-у лінію терапії, то алопуринол був би більш вірним, бо саме він є класичною 1-ою лінією, а не фебуксостат.

Як би мало стояти питання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб Колхіцин або Диклофенак були вірними відповідями: Питання мало б описувати гострий напад подагричного артриту. Наприклад:
"Пацієнт віком 65 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на раптовий гострий біль, почервоніння та набряк у великому пальці правої стопи, що виникли вночі. В анамнезі: подагричний артрит та інфаркт міокарда. Який з нижченаведених лікарських засобів доцільно призначити для полегшення гострого нападу?"

В такому випадку, колхіцин або диклофенак (з обережністю через анамнез) були б обґрунтованими варіантами для симптоматичного лікування гострого нападу.

2. Щоб Фебуксостат був єдино вірною або більш пріоритетною відповіддю: Питання могло б містити інформацію про неефективність або непереносимість алопуринолу, або вказувати на ситуації, де фебуксостат має переваги, наприклад:
"Пацієнт віком 65 років протягом року лікується алопуринолом з приводу подагричного артриту, проте цільовий рівень сечової кислоти не досягнуто. В анамнезі: інфаркт міокарда. Який з нижченаведених лікарських засобів, що пригнічує синтез сечової кислоти, доцільно розглянути як альтернативу або препарат другої лінії?"

Або:

"Пацієнт віком 65 років, в анамнезі – алергічна реакція на алопуринол, потребує призначення препарату, що пригнічує синтез сечової кислоти для лікування подагричного артриту. Також в анамнезі: інфаркт міокарда. Який з нижченаведених лікарських засобів доцільно призначити пацієнту?"

В таких модифікованих питаннях, фебуксостат міг би стати більш обґрунтованим або навіть єдиним вірним варіантом.

3. Щоб Лезінурад був вірною відповіддю: Питання мало б описувати ситуацію, де монотерапія інгібітором ксантиноксидази є недостатньою для досягнення цільового рівня сечової кислоти, і потрібне посилення урикозуричного ефекту:

"Пацієнт віком 65 років протягом року лікується алопуринолом у максимальній переносимій дозі з приводу подагричного артриту. Проте, рівень сечової кислоти залишається вище цільового. В анамнезі: інфаркт міокарда. Який з нижченаведених лікарських засобів доцільно додати до терапії алопуринолом для покращення контролю рівня сечової кислоти?"

В цьому випадку, лезінурад, як препарат, що посилює виведення сечової кислоти та використовується в комбінації з інгібіторами ксантиноксидази, міг би стати доцільною відповіддю.



58.

Пацієнтка віком 39 років скаржиться на виражену м'язову слабкість, що заважає їй самостійно підвестися зі стільця, підняти руки, голову з подушки. Об'єктивно спостерігається: навколо очей еритема утворює "окуляри" з ліловим відтінком, периорбітальний набряк, осиплість голосу. На розгинальних поверхнях суглобів пальців - пурпурно-червона еритема. Який найімовірніший діагноз?

1. Дерматоміозит (вірна відповідь)

2. Міастенія
3. Системний червоний вовчак
4. Системна склеродермія
5. Онкопатологія

Пояснення

Дерматоміозит — це системне аутоімунне захворювання з ураженням м'язів та шкіри, яке належить до групи запальних міопатій. Його ключові прояви:

1. М'язова слабкість (проксимальна, симетрична, прогресуюча) — пацієнтці важко підніматися зі стільця, піднімати руки, голову з подушки.
2. Дерматологічні прояви:
 - Геліотропний висип — еритема навколо очей із ліловим відтінком (так звані "окуляри").
 - Периорбітальний набряк.
 - Осиплість голосу через ураження м'язів гортані.
 - Пурпурно-червона еритема на розгинальних поверхнях суглобів пальців (папули Готтрона).

Чому інші відповіді неправильні?

1. Міастенія – викликає м'язову слабкість, але вона флюктууюча, посилюється до вечора, полегшується після відпочинку. Висипу немає.
2. Системний червоний вовчак (СЧВ) – може викликати висип ("метелик"), але він розташований на щоках і носі, немає слабкості проксимальних м'язів.
3. Системна склеродермія – характерні фіброзні зміни шкіри, синдром Рейно, але немає проксимальної м'язової слабкості.
4. Онкопатологія – деякі пухлини можуть викликати паранеопластичні міопатії, схожі на дерматоміозит, але відсутність інших онкологічних симптомів робить цей варіант менш імовірним на даний момент.

Якщо потрібно, щоб інші відповіді теж були правильними, можна змінити умови питання:

1. Для міастенії: слід додати, що слабкість варіюється протягом дня, немає шкірних проявів.
2. Для СЧВ: зазначити "метеликоподібний висип" і додати інші системні прояви вовчака (артрит, ураження нирок, серозит).
3. Для склеродермії: підкреслити ущільнення шкіри, синдром Рейно.
4. Для онкопатології: додати втрату ваги, пухлинні симптоми або лабораторні ознаки паранеопластичного процесу.



59.

У пацієнта віком 56 років після емоційного навантаження раптово з'явилося відчуття стиснення та болю за грудниною, потім приєдналося відчуття прискореного серцебиття. Об'єктивно спостерігається: загальний стан тяжкий, шкірні покриви бліді, помірний акроціаноз губ, кінчиків пальців рук. Аускультативно - тони серця ослаблені, ритмічні, тахікардія. АТ - 90/60 мм рт. ст. На ЕКГ виявлено: ритм правильний, ЧСС - 190/хв, реєструються широкі QRS-комплекси, зубець Р відсутній. Яке порушення ритму розвинулося в пацієнта?

1. Пароксизм шлуночкової тахікардії (вірна відповідь)

2. Політопні шлуночкові екстрасистоли
3. Пароксизм суправентрикулярної тахікардії
4. Пароксизм миготливої аритмії
5. Фібриляція шлуночків

Пояснення

Діагноз: пароксизм шлуночкової тахікардії (ШТ)

Аргументи на користь шлуночкової тахікардії:

1. ЧСС 190/хв – частота серцевих скорочень характерна для тахікардії.
2. Широкі QRS-комплекси – найважливіший критерій шлуночкової тахікардії, оскільки при суправентрикулярних тахікардіях (СВТ) QRS-комплекс зазвичай вузький (≤ 120 мс), якщо не відбувається аберрантного проведення.
3. Відсутність зубців Р – відображає дисоціацію між передсердями і шлуночками, що характерно для ШТ.
4. Гемодинамічні порушення – артеріальна гіпотензія (90/60 мм рт. ст.), блідість, акроціаноз, тахікардія. Це свідчить про зниження серцевого викиду, що характерно для нестабільної ШТ.

Таким чином, правильний діагноз – пароксизмальна шлуночкова тахікардія.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Політопні шлуночкові екстрасистоли – вони зазвичай не викликають стабільної тахікардії з ЧСС 190/хв. В ЕКГ-картині були б окремі позачергові комплекси з різними морфологіями, а не стійка тахікардія.
2. Пароксизм суправентрикулярної тахікардії (СВТ) – для неї характерні вузькі QRS-комплекси (якщо немає аберрантного проведення). В даному випадку комплекси широкі, що не відповідає СВТ.
3. Пароксизм миготливої аритмії – при фібриляції передсердь ритм нерегулярний (абсолютна аритмія), тоді як у нашому випадку ритм правильний.
4. Фібриляція шлуночків – це хаотична електрична активність, яка не дає регулярного ритму. На ЕКГ не буде правильних комплексів, лише нерегулярні хвилі.

Якщо в тестовому питанні змінити умови, можна зробити так, щоб інші відповіді також стали правильними:

1. Якщо вказати, що QRS вузькі, то правильною відповіддю була б пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія.
2. Якщо додати, що ритм абсолютно нерегулярний, тоді б можна було говорити про пароксизм миготливої аритмії.
3. Якщо б на ЕКГ було хаотичне мерехтіння без комплексів QRS, то це відповідало б фібриляції шлуночків.
4. Якщо вказати, що на ЕКГ є окремі екстрасистоли різної форми, а не стійка тахікардія, тоді б політопні шлуночкові екстрасистоли теж могли бути правильною відповіддю.



60.

Пацієнт віком 65 років скаржиться на порушення ковтання твердої їжі, періодичний тупий за груднинний біль, що посилюється при ковтанні, слинотечу. Із анамнезу відомо, що хворіє впродовж 7-ми місяців. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри і слизових оболонок, пацієнт астеничний, язик вологий, обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, болючий в епігастрії. Яке обстеження необхідно призначити для верифікації діагнозу?

1. Ехокардіографію

2. ЕКГ

3. ЕГДС (теж може бути, враховуючи наявність «червоних прапорців» для призначення ФГДС)

4. Рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка (вірна відповідь, яка вказана на сайті центру тестування)

5. Прицільну біопсію

Пояснення

Пацієнт 65 років скаржиться на:

1. Дисфагію твердої їжі: Проблеми з ковтанням саме твердої їжі вказують на механічну перешкоду або порушення моторики стравоходу, що прогресує.
2. Періодичний тупий за груднинний біль, що посилюється при ковтанні: Цей симптом також підсилює підозру на проблеми зі стравоходом, біль може бути пов'язаний з проходженням їжі через звуження або запалення.
3. Слинотечу: Рефлекторна реакція на подразнення стравоходу, утруднене ковтання.
4. Тривалість симптомів 7 місяців: Хронічний характер скарг, що потребує уважного обстеження для виключення серйозної патології, зокрема онкологічної.

5. Об'єктивно: блідість шкіри і слизових, астения: Неспецифічні симптоми, можуть вказувати на хронічне захворювання, можливу анемію, виснаження.
6. Язик вологий, обкладений білим на шаруванням: Неспецифічно, може бути ознакою запалення шлунково-кишкового тракту або інших загальних станів.
7. Живіт м'який, болючий в епігастрії: Болючість в епігастрії може вказувати на проблеми зі шлунком, нижньою частиною стравоходу або дванадцятипалою кишкою.

Рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка – вірна відповідь. Чому?

1. Візуалізація структури: Рентгенологічне дослідження з контрастом (зазвичай барієм) дозволяє оцінити анатомічну структуру стравоходу та шлунка. Воно може виявити:
2. Стриктри (звуження) стравоходу: Це найчастіша причина дисфагії для твердої їжі. Рентген чітко покаже місце та ступінь звуження.
3. Пухлини стравоходу або шлунка: Рентген може виявити об'ємні утворення, хоча і не завжди з високою точністю на ранніх стадіях.
4. Грижі стравохідного отвору діафрагми: Можуть сприяти рефлюксу та езофагіту, хоча не є прямою причиною дисфагії твердою їжею.
5. Порушення моторики стравоходу (ахалазія кардії, дифузний спазм стравоходу): Рентгеноскопія з барієм у динаміці може виявити затримку контрасту у стравоході, розширення стравоходу при ахалазії.
6. Неінвазивність та доступність: Рентгенологічне дослідження є відносно неінвазивним, швидким та доступним методом діагностики в більшості медичних закладів. Це робить його зручним для первинної оцінки.
7. Первинна діагностика дисфагії: При скаргах на дисфагію, особливо для твердої їжі, рентген є логічним першим кроком для виключення грубих структурних змін.

Пояснення, чому інші варіанти відповідей є менш пріоритетними на першому етапі верифікації діагнозу (але можуть бути важливими на наступних етапах):

1. Ехокардіографія та ЕКГ

- Серцево-судинна система: Ехокардіографія та ЕКГ досліджують серце. Хоча серцеві захворювання можуть іноді викликати нетипові болі в грудній клітці, вони не є типовими причинами дисфагії, особливо для твердої їжі, та болю, що посилюється при ковтанні.
- Непрямий зв'язок: У пацієнта 65 років важливо виключити серцеву патологію в рамках загального обстеження, особливо при наявності за груднинного болю. Проте, ці дослідження не допоможуть безпосередньо верифікувати причину дисфагії та болю, пов'язаного з ковтанням.
- Можливість диференційної діагностики: Якщо після рентгенологічного дослідження причина дисфагії не буде чіткою, і залишатиметься підозра на нетиповий характер болю в грудній клітці, ЕКГ та ехокардіографія можуть бути призначені для виключення кардіальних проблем, що імітують стравохідні.

2. ЕГДС (Езофагогастродуоденоскопія)

- Висока діагностична цінність, але інвазивність: ЕГДС - це ендоскопічне дослідження, що дозволяє безпосередньо оглянути слизову оболонку стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, взяти біопсію. Це "золотий стандарт" діагностики багатьох захворювань верхніх відділів ШКТ, включаючи рак стравоходу та шлунка, езофагіти, виразки тощо.
- Інвазивність та вартість: ЕГДС є більш інвазивною процедурою, ніж рентген, та потребує спеціальної підготовки пацієнта та відповідного обладнання. Зазвичай, ЕГДС призначають після рентгену у випадках:
- Неінформативності рентгенологічного дослідження: Якщо рентген не виявив очевидних структурних змін, але симптоми зберігаються.
- Виявлення рентгенологічних ознак, що потребують уточнення: Наприклад, при підозрі на пухлину, стриктуру, для взяття біопсії та гістологічного дослідження.

- Необхідності оцінки слизової оболонки: Для виявлення езофагіту, гастриту, виразок, які можуть не бути видимі на рентгені.
- В контексті первинного обстеження: Хоча ЕГДС є дуже інформативною, рентгенологічне дослідження часто є більш логічним першим кроком через його неінвазивність та здатність виявити основні структурні причини дисфагії. ЕГДС буде наступним кроком для уточнення діагнозу, особливо при підозрі на органічну патологію.

3. Прицільна біопсія

- Біопсія - це метод отримання матеріалу для гістологічного дослідження, а не первинний метод візуалізації для верифікації діагнозу в цілому.
- Біопсія проводиться під час ЕГДС або іншої візуалізації (наприклад, під контролем КТ при деяких пухлинах). Призначати біопсію як первинний метод без попередньої візуалізації не є правильним діагностичним підходом.
- Мета біопсії: Біопсія необхідна для верифікації гістологічного діагнозу, наприклад, для підтвердження злоякісності пухлини, діагностики езофагіту Барретта, целиакії тощо. Але це етап, що слідує за візуалізаційними методами дослідження.

Чи коректне питання і відповідь?

В цілому, так, питання і відповідь є коректними в контексті визначення першочергового обстеження для верифікації діагнозу у пацієнта з описаними симптомами. Рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка є обґрунтованим першим кроком для виключення структурних причин дисфагії. Хоча при виявленні структурних причин дисфагії, наступним кроком буде ФГДС з біопсією.

Як би мало стояти питання, щоб інші відповіді теж були вірними?

1. Щоб відповідь "ЕГДС" була вірною: Питання могло б бути сформульоване так:

*"Пацієнт 65 років... Яке **найбільш інформативне** обстеження необхідно призначити для верифікації гістологічного діагнозу та детальної оцінки слизової оболонки стравоходу та шлунка?"*

Або:

"Пацієнт 65 років... Рентгенологічне дослідження виявило підозрілу стриктуру стравоходу. Яке подальше обстеження є необхідним для уточнення діагнозу та отримання біопсії?"

2. Щоб відповіді "ЕКГ" або "Ехокардіографія" були вірними: Питання мало б акцентувати увагу на серцевих симптомах або диференційній діагностиці, хоча в цьому клінічному випадку це менш логічно:

"Пацієнт 65 років... скаржиться на загруднинний біль з незвичним характером, що іррадіює в ліву руку, задишку, а також відмічає епізоди утрудненого ковтання. Яке першочергове обстеження необхідно призначити для виключення серцевої патології?"

3. Щоб відповідь "Прицільна біопсія" була вірною (хоча це менш коректно як окрема відповідь): Питання могло б бути сформульоване після проведення ЕГДС:

"Пацієнт 65 років... Після проведення ЕГДС виявлено підозріле утворення в стравоході. Який наступний крок є необхідним для гістологічної верифікації діагнозу?" (У цьому випадку більш коректною відповіддю була б "Біопсія під час ЕГДС").



Пацієнт віком 65 років скаржиться на періодичні запаморочення. За результатами ЕКГ виявлено: ритм синусовий нерегулярний, частота скорочень шлуночків - 48/хв, передсердь - 72/хв, Р - 0,11 с, PQ - 0,16 с, однакової тривалості в усіх комплексах PQRS, QRS - 0,12 с, QT - 0,52 с. Після кожного третього зубця Р відсутній комплекс QRS. Яка тактика ведення пацієнта?

1. Обстеження у невролога
2. Динамічне спостереження
3. Призначити краплі Зеленіна
4. Проведення тредміл-тесту

5. Вирішення питання про імплантацію ЕКС (вірна відповідь)

Пояснення

Розбір ЕКГ:

- Синусовий ритм нерегулярний
- Частота скорочень шлуночків — 48/хв, передсердь — 72/хв

Це вказує на наявність атріовентрикулярної (АВ) блокади.

- Після кожного третього зубця Р відсутній комплекс QRS

Це характерно для АВ-блокади II ступеня, типу Мобітц II.

- Подовжений інтервал QT (0,52 с)
- Це підвищує ризик аритмій типу "пірует".

Пояснення правильної відповіді

Вирішення питання про імплантацію ЕКС (електрокардіостимулятора).

АВ-блокада II ступеня, типу Мобітц II — це серйозне порушення провідності, яке може прогресувати до повної АВ-блокади та асистолії. Оскільки частота шлуночків менше 50/хв, а пацієнт має симптоми (запаморочення), це є показанням до імплантації постійного кардіостимулятора (ЕКС).

Чому інші варіанти неправильні?

1. Обстеження у невролога. Запаморочення тут зумовлені брадикардією і порушенням провідності серця, а не неврологічною патологією.
2. Динамічне спостереження. Це небезпечно! При Мобітц II є високий ризик прогресії до повної блокади.
3. Призначити краплі Зеленіна. Вони мають холінолітичний ефект, можуть дещо збільшити ЧСС, але не вирішують проблему провідності.
4. Проведення тредміл-тесту. Протипоказано при виражених порушеннях ритму, тим більше при брадикардії.



62.

Яку шкалу необхідно використати для оцінки прогнозу в пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST?

1. SCORE 2
2. HAS-BLED
3. ASCVD

4. GRACE (вірна відповідь)

5. ARC HBR

Пояснення

Запитання: "Яку шкалу необхідно використати для оцінки прогнозу в пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST (NSTEMI)?"

Відповідь: GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events).

Чому відповідь GRACE правильна?

Шкала GRACE призначена для оцінки госпітальної та 6-місячної смертності у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС), включаючи NSTEMI. Вона використовується для стратифікації ризику та визначення подальшої тактики лікування.

Основні параметри шкали GRACE:

1. Вік
2. Частота серцевих скорочень
3. Систолічний артеріальний тиск
4. Креатинін крові
5. Клас серцевої недостатності за Killip
6. Кардіальний арест при надходженні
7. Відхилення сегмента ST
8. Підвищення рівня тропоніну

Чим вищий бал за GRACE, тим вищий ризик смертності, що впливає на вибір інвазивної стратегії лікування (коронарографія, ангіопластика).

Чому інші варіанти неправильні?

1. SCORE 2. Оцінює ризик довгострокових серцево-судинних подій (інфаркт, інсульт) у загальній популяції, а не в гострому періоді ГКС.
2. HAS-BLED. Використовується для оцінки ризику кровотеч у пацієнтів, які отримують антикоагулянтну терапію при фібриляції передсердь, а не для прогнозу при NSTEMI.
3. ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Calculator). Використовується для оцінки ризику серцево-судинних подій у загальній популяції, а не для пацієнтів із гострим коронарним синдромом.
4. ARC HBR (Academic Research Consortium High Bleeding Risk). Оцінює ризик кровотеч у пацієнтів, які проходять через чергову коронарну реваскуляризацію, а не прогноз при інфаркті міокарда.



63.

Пацієнтка віком 44 роки скаржиться на періодичне нападopodobне підвищення артеріального тиску, що супроводжуються головним болем, почуттям страху, холодним потом, парестезіями, болем у ділянці серця, підвищенням АТ. Із анамнезу відомо, що напади виникають 1 раз на тиждень упродовж останніх 3-х років, проходять самостійно. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середньої тяжкості, ажитована, шкіра рожева, гіпергідроз. АТ - 260/140 мм рт. ст., пульс - 100/хв. Аускультативно - І тон над верхівкою ослаблений, акцент ІІ тону над аортою. В аналізі крові: лейкоцитоз, ПІ - 96%, глюкоза - 9,9 ммоль/л. Ваніліл-мигдалева проба - позитивна. На КТ виявлено: у проекції лівого наднирника візуалізується утворення щільної консистенції розміром 6х9 мм. Який найімовірніший діагноз?

1. Гіпертонічний криз ІІ ступеня
2. Гіпертонічний криз І ступеня

3. Реноваскулярна АГ (кризовий перебіг)

4. Симпатоадреналовий криз

5. Феохромоцитома (вірна відповідь)

Пояснення

Найбільш імовірний діагноз у даної пацієнтки – феохромоцитома.

Обґрунтування

Феохромоцитома – це гормонально-активна пухлина хромафінних клітин наднирників (або парагангліїв), що секретує катехоламіни (адреналін, норадреналін, дофамін). Надлишок цих гормонів викликає періодичні напади (пароксизми) гіпертонії з характерними симптомами:

Основні симптоми:

1. Раптові напади підвищення артеріального тиску, що супроводжуються тахікардією, головним болем, пітливістю, страхом.
2. Парестезії, біль у ділянці серця – можуть бути наслідком вазоспазму або ефекту катехоламінів.
3. Гіпергідроз, ажитація – характерні для гіперактивності симпатичної нервової системи.
4. Гіперглікемія (9,9 ммоль/л) – катехоламіни сприяють розщепленню глікогену та зниженню секреції інсуліну.
5. Позитивна ваніліл-мигдалева проба (в анілілмигдалева кислота – це кінцевий продукт метаболізму катехоламінів адреналіну та норадреналіну, що виділяється з сечею) – вказує на підвищений рівень метаболітів катехоламінів у сечі.
6. Дані КТ: пухлина в ділянці наднирника.

Таким чином, клінічні прояви, лабораторні дані та візуалізація утворення в наднирнику підтверджують діагноз феохромоцитом.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Гіпертонічний криз II ступеня

- Гіпертонічний криз – це гостре значне підвищення АТ, але зазвичай воно не є нападоподібним і не супроводжується класичним тріадним синдромом феохромоцитом (гіпертонія + тахікардія + пітливість).
- У нашому випадку напади тривають 3 роки – це свідчить про пухлинну природу процесу, а не про звичайний криз.

2. Гіпертонічний криз I ступеня

- Аналогічно попередньому пункту, у пацієнтки не просто кризова гіпертонія, а симптоматична АГ, спричинена пухлиною.

3. Реноваскулярна артеріальна гіпертензія (кризовий перебіг)

- У цьому випадку основна причина – звуження ниркових артерій (наприклад, при фібром'язовій дисплазії або атеросклерозі).
- Вона не супроводжується підвищенням катехоламінів та класичними симптомами симпатоадреналової активації (пітливість, страх, гіперглікемія).

4. Симпатоадреналовий криз

- Симпатоадреналові кризи можуть бути наслідком панічних атак або дисфункції вегетативної нервової системи.
- Однак, вони не мають органічної причини, тоді як у нашому випадку є пухлина наднирника.

Якби питання мало містити варіанти, які також можуть бути вірними, потрібно було б змінити опис клінічного випадку:

1. Гіпертонічний криз міг би бути вірним, якщо б не було епізодичності підйомів тиску, пухлини на КТ та гіперглікемії.
2. Реноваскулярна АГ була б можливою, якби КТ виявила стеноз ниркової артерії, а не утворення в наднирнику.
3. Симпатоадреналовий криз можна було б припустити, якби не було змін у біохімічних аналізах (ваніліл-мигдалевої проби) та пухлини на КТ.



64.

Пацієнтка віком 58 років скаржиться на біль у грудній клітці. Під час огляду пацієнтка втратила свідомість. На ЕКГ спостерігається: асистолія. Яку невідкладну допомогу необхідно надати пацієнтці?

1. Виконати прекардіальний удар

2. Розпочати серцево-легеневу реанімацію (вірна відповідь)

3. Провести дефібриляцію

4. Оцінити дихання

5. Забезпечити внутрішньовенний доступ

Пояснення

Асистолія – це стан повної електричної тиші в серці, коли немає ніякої організованої активності міокарда. У цьому випадку серце не скорочується і кровообіг припиняється.

Невідкладні дії при асистолії:

1. негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію (СЛР) – компресії грудної клітки та штучна вентиляція легень.
2. Забезпечити внутрішньовенний або внутрішньокістковий доступ для введення адреналіну.
3. Адміністрація адреналіну (1 мг кожні 3–5 хвилин).
4. Виявлення та усунення можливих причин зупинки серця (H's & T's – гіпоксія, гіповолемія, гіпер-/гіпокаліємія, тромбоз, тампонада серця тощо).
5. Забезпечення ефективності СЛР – контроль капнографії, якості компресій.

Чому інші варіанти неправильні?

1. Прекардіальний удар – застосовується лише при спостереженні свіжої фібриляції шлуночків або безпульсової шлуночкової тахікардії у відсутності дефібрилятора. У випадку асистолії він неефективний.
2. Проведення дефібриляції – дефібриляція потрібна при фібриляції шлуночків (ФШ) або безпульсовій шлуночковій тахікардії (БШТ). При асистолії дефібриляція не застосовується, оскільки серце вже не має електричної активності.
3. Оцінити дихання – це важливий крок, але при виявленні асистолії вже очевидно, що пацієнт не дихає або дихає агонально. На цьому етапі потрібно негайно починати СЛР.
4. Забезпечити внутрішньовенний доступ – це необхідний крок у процесі реанімації, але він не є першочерговим. Головне – негайно розпочати СЛР.

Якби питання було сформульоване інакше, інші варіанти могли б бути вірними:

1. Якщо б у запитанні вказувалося «пацієнтка втратила свідомість, але ритм не визначено», тоді правильною відповіддю могло б бути «Оцінити дихання».
2. Якщо б ЕКГ показала фібриляцію шлуночків або безпульсову шлуночкову тахікардію, тоді вірним було б «Провести дефібриляцію».
3. Якщо б стан пацієнтки був незрозумілим, але була підозра на зупинку серця, можна було б почати з оцінки стану (дихання, пульсу, свідомості) перед прийняттям рішення про СЛР.



65.

Пацієнтка віком 45 років скаржиться на інтенсивний біль у дрібних суглобах кистей (проксимальних міжфалангових, п'ястково-фалангових), а також у колінних суглобах. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 3-х років. Об'єктивно спостерігається: суглоби кистей деформовані, пальпація їх болюча, ульнарна девіація кистей. В аналізі крові: ШОЕ - 42 мм/год, лейкоцити - $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$, сечова кислота - 0,35 ммоль/л. За результатами рентгенографії кистей виявлено: поодинокі ерозії проксимальних міжфалангових суглобів обох кистей. Який найімовірніший діагноз?

1. Псоріатичний артрит
2. Реактивний артрит

3. Ревматоїдний артрит (вірна відповідь)

4. Первинний остеоартрит
5. Подагричний артрит

Пояснення

Найімовірнішим діагнозом у цієї пацієнтки є ревматоїдний артрит (РА).

Ключові ознаки, що вказують на РА:

1. Дрібні суглоби кистей уражені симетрично (проксимальні міжфалангові, п'ястково-фалангові)
2. Тривалий перебіг (3 роки)
3. Запальний характер болю (інтенсивний, не пов'язаний із фізичним навантаженням)
4. Суглобова деформація (ульнарна девіація кистей)
5. Ерозії на рентгенографії (характерна ознака РА)
6. Запальні маркери підвищені (ШОЕ 42 мм/год, лейкоцитоз)

Чому інші варіанти малоімовірні?

1. Псоріатичний артрит. Ураження часто асиметричне, характерні дактиліти ("сосископодібні пальці"), ентезити, зміни нігтів, а також псоріаз у анамнезі (про нього вказівок немає).
2. Реактивний артрит. Частіше уражаються великі суглоби нижніх кінцівок, розвивається після інфекції (про неї вказівок немає).
3. Первинний остеоартрит. Характерне ураження дистальних міжфалангових суглобів (вузлики Гебердена), а не проксимальних. Немає запальних змін у крові.
4. Подагричний артрит. Частіше уражується 1-й плюснефаланговий суглоб, характерні раптові напади, гіперурикемія (а тут рівень сечової кислоти нормальний).

Недолік цього тесту: не вказано ревматоїдний фактор (РФ) і анти-CCP антитіла, які є важливими діагностичними критеріями РА.

Якби тест мав включати інші відповіді як правильні, слід було б додати:

1. Для псоріатичного артрити – наявність псоріазу
2. Для реактивного артрити – нещодавню інфекцію
3. Для подагричного артрити – гіперурикемію та класичні локалізації уражень
4. Для остеоартрити – ураження дистальних міжфалангових суглобів



66.

Пацієнтці віком 32 роки, з терміном вагітності 24 тижні, діагностовано артеріальну гіпертензію. Об'єктивно спостерігається: АТ - 160/100 мм рт. ст., пульс - 89/хв. Який лікарський засіб протипоказаний для лікування артеріальної гіпертензії у вагітних?

1. Лабетолол

2. Еналаприл (вірна відповідь)

3. Метилдопа

4. Ніфедипін

5. Бісопролол

Пояснення

Еналаприл належить до інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), які категорично протипоказані під час вагітності. Це зумовлено їхнім тератогенним ефектом, особливо в другому та третьому триместрах, коли вони можуть спричиняти:

1. Олігогідрамніон (через зниження продукції сечі у плода)
2. Гіпоплазію легенів
3. Нефротоксичність та ниркову недостатність у плода
4. Вади розвитку скелету

Через ці ризики інгібітори АПФ і блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) заборонені у вагітних.

Розбір інших варіантів відповіді:

1. Лабетолол – дозволений під час вагітності, використовується як препарат першої лінії при гіпертензії у вагітних (але відсутній в Україні вже років 10).
2. Метилдопа – також вважається препаратом першої лінії, безпечним для плода.
3. Ніфедипін – антагоніст кальцію, дозволений у вагітних, особливо для лікування гіпертонічних кризів.
4. Бісопролол – бета-блокатор, який не є препаратом першого вибору, але може застосовуватися у вагітних за відсутності альтернатив (його зазвичай уникають через ризик брадикардії у плода).



67.

Пацієнт віком 42 роки скаржиться на слабкість, біль у животі. В анамнезі: виразкова хвороба шлунка впродовж 4-х років. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом, АТ - 100/75 мм рт. ст., ЧСС - 114/хв. Який лабораторний аналіз потрібно призначити першочергово?

1. Дослідження на наявність *Helicobacter pylori*

2. Загальний аналіз крові (більш вірогідна відповідь)

3. Коагулограму

4. Аналіз шлункового вмісту

5. Аналіз калу на приховану кров (відповідь з бази центра тестування)

Пояснення

Пацієнт віком 42 роки скаржиться на слабкість, біль у животі. В анамнезі: виразкова хвороба шлунка впродовж 4-х років. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом, АТ - 100/75 мм рт. ст., ЧСС - 114/хв. Який лабораторний аналіз потрібно призначити першочергово?

1. Дослідження на наявність *Helicobacter pylori*
2. Загальний аналіз крові
3. Коагулограму
4. Аналіз шлункового вмісту
5. Аналіз калу на приховану кров

Відмічена відповідь «Аналіз калу на приховану кров».

Чи вірна відповідь?

Відповідь, відмічена як вірна (Аналіз калу на приховану кров), не є абсолютно найкращою відповіддю на питання "першочергово" в даній клінічній ситуації. Хоча аналіз калу на приховану кров є важливим дослідженням при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу, загальний аналіз крові (пункт 2) є більш пріоритетним і інформативним першочерговим дослідженням в описаному клінічному випадку.

Пояснення, чому загальний аналіз крові є кращим першочерговим дослідженням:

Клінічна картина вказує на можливу кровотечу та гіповолемію: Пацієнт скаржиться на слабкість, біль у животі, має в анамнезі виразкову хворобу (яка є фактором ризику кровотечі), а об'єктивно спостерігаються ознаки, що можуть вказувати на крововтрату:

1. Бліді шкірні покриви та холодний піт: ознаки зниженої перфузії та можливої анемії.
2. Знижений артеріальний тиск (АТ 100/75 мм рт. ст.): вказує на гіповолемію, яка може бути наслідком кровотечі. Нормальний систолічний тиск для дорослого зазвичай вищий за 110 мм рт. ст.
3. Підвищена частота серцевих скорочень (ЧСС 114/хв): тахікардія є компенсаторною реакцією на зниження об'єму циркулюючої крові та знижений артеріальний тиск.

Загальний аналіз крові (ЗАК) - дає негайну інформацію про:

1. Рівень гемоглобіну та гематокриту: ці показники дозволять негайно оцінити ступінь анемії, якщо вона є, та орієнтовно оцінити об'єм крововтрати. При гострій кровотечі рівень гемоглобіну та гематокриту може бути знижений.
2. Кількість еритроцитів: додаткова інформація про стан червоної крові.
3. Кількість тромбоцитів: хоча в даному випадку це менш пріоритетно, але тромбоцити важливі для коагуляції і можуть бути важливими у подальшому веденні пацієнта.
4. Кількість лейкоцитів та лейкоцитарна формула: можуть бути змінені при запальних процесах або інфекціях, але в даній ситуації менш інформативні, ніж показники червоної крові.

Чому аналіз калу на приховану кров (АКПК) менш пріоритетний як першочерговий аналіз в цьому випадку:

1. Якісне, а не кількісне дослідження: АКПК є якісним тестом, тобто він підтверджує наявність крові у калі, але не визначає об'єм крововтрати та не дає інформації про гостроту стану пацієнта.
2. Може бути позитивним і при інших станах: позитивний результат АКПК може бути не тільки при виразковій кровотечі, а й при інших захворюваннях шлунково-кишкового тракту, геморої, тощо. Втім, в анамнезі пацієнта є виразкова хвороба, що робить цю причину найбільш ймовірною.
3. Може бути негативним при активній кровотечі: при гострій, масивній кровотечі, кров може бути очевидною (мелена - чорний дьогтеподібний кал, або гематемезис - блювання

кров'ю), і в такому випадку необхідність у проведенні АКПК може бути менш актуальною для первинної діагностики. Проте, в описі випадку не вказано наявності мелени або гематемезису, тільки блідість та інші ознаки можливої крововтрати.

4. Результат АКПК не є негайним: хоча сучасні експрес-тести на приховану кров дають результат досить швидко, отримання результату загального аналізу крові та оцінка рівня гемоглобіну та гематокриту може бути швидшою та інформативнішою для первинної оцінки стану пацієнта з підозрою на кровотечу.

Чому відповідь "Аналіз калу на приховану кров" могла бути відмічена як вірна?

Можливо, відповідь "Аналіз калу на приховану кров" була відмічена як вірна з таких міркувань:

1. Підтвердження шлунково-кишкової кровотечі: АКПК є специфічним методом підтвердження наявності кровотечі саме з шлунково-кишкового тракту, що є логічним при виразковій хворобі.
2. Неінвазивність: АКПК є неінвазивним методом, на відміну, наприклад, від гастроскопії (ФГДС), яку також можна розглядати для діагностики кровотечі, але вона є інвазивною та не є першочерговим лабораторним аналізом.
3. Фокус на лабораторний аналіз: можливо, питання було сформульоване таким чином, щоб відповідь була саме лабораторним аналізом, що підтверджує кровотечу, а не клінічною оцінкою важкості стану.

Чому питання можна вважати не дуже коректним та як його можна покращити:

Питання може бути не дуже коректним, оскільки слово "першочергово" є ключовим. У клінічній ситуації з ознаками можливої кровотечі, першочерговим завданням є оцінка ступеня крововтрати та загального стану пацієнта. Саме загальний аналіз крові дозволяє це зробити швидко та ефективно.

Як потрібно змінити питання, щоб інші відповіді також могли бути вірними:

1. Щоб відповідь "**Дослідження на наявність *Helicobacter pylori***" була вірною: Питання можна було б сформулювати так: "Який лабораторний аналіз потрібно призначити для підтвердження етіології виразкової хвороби шлунка у стабільного пацієнта з анамнезом виразкової хвороби?" або "Який лабораторний аналіз є важливим для визначення тактики подальшого лікування пацієнта з виразковою хворобою шлунка в анамнезі, який не має ознак гострої кровотечі?" В такому випадку, дослідження на *Helicobacter pylori* було б більш доречним, оскільки воно спрямоване на з'ясування причини виразки для подальшої ерадикаційної терапії.
2. Щоб відповідь "**Коагулограма**" була вірною: Питання можна було б сформулювати так: "Який лабораторний аналіз потрібно призначити пацієнту з виразковою хворобою шлунка, який готується до можливого оперативного втручання з приводу кровотечі або ускладнень?" або "Який лабораторний аналіз потрібно призначити пацієнту з виразковою хворобою шлунка та підозрою на порушення згортання крові?" Коагулограма є важливою для оцінки системи згортання крові перед операцією або при підозрі на коагулопатію.
3. Щоб відповідь "**Аналіз шлункового вмісту**" була вірною: Питання можна було б сформулювати так: "Який лабораторний аналіз можна використати для оцінки кислотності шлункового вмісту у пацієнта з виразковою хворобою шлунка?" або "Який лабораторний аналіз дозволить виявити наявність патологічних домішок у шлунковому вмісті (окрім крові) у пацієнта з виразковою хворобою шлунка?" Аналіз шлункового вмісту може бути корисним у певних ситуаціях, наприклад, для оцінки кислотопродукції або виявлення специфічних патогенів (хоча це рідко використовується в рутинній практиці при виразковій хворобі).



68.

Пацієнт віком 68 років скаржиться на перебої в роботі серця, тяжкість за грудниною, задишку. Об'єктивно спостерігається: пульс - 130/хв, аритмічний, асиметричний, АТ - 110/70 мм рт. ст. На

ЕКГ виявлено: ЧСС - 165/хв, зубець Р відсутній, інтервали R-R різні за тривалістю, фіксуються хвилі f у відведеннях V1-V2. Дефіцит пульсу - 15-20 хв. Яке порушення ритму виникло в пацієнта?

1. Шлуночкова екстрасистолія

2. Фібриляція передсердь (вірна відповідь)

3. Передсердна екстрасистолія

4. Синусова аритмія

5. Шлуночкова бігеменія

Пояснення

У пацієнта спостерігаються перебої в роботі серця, задишка, тяжкість за грудниною, а також пульс 130/хв, аритмічний, асиметричний, що вже може вказувати на порушення ритму.

Аналіз ЕКГ:

1. ЧСС – 165/хв (виражена тахікардія).
2. Зубець Р відсутній – свідчить про відсутність нормального передсердного збудження.
3. Інтервали R-R різні – це нерегулярність шлуночкового ритму, характерна для фібриляції передсердь.
4. Хвилі f у V1-V2 – це малі хаотичні хвилі, які є специфічною ознакою фібриляції передсердь.
5. Дефіцит пульсу (15-20/хв) – ще один характерний симптом при ФП, коли частота скорочень шлуночків на ЕКГ вища, ніж реєструється на периферичних артеріях.

Правильний діагноз:

Фібриляція передсердь (варіант з варіабельною частотою скорочень шлуночків). Це найбільш імовірний варіант, оскільки всі ознаки свідчать саме про цей вид аритмії.

Чому інші варіанти невірні?

1. Шлуночкова екстрасистолія – це поодинокі або групові позачергові комплекси QRS, але тут відсутня класична картина екстрасистолії (немає передчасних шлуночкових комплексів з компенсаторною паузою).
2. Передсердна екстрасистолія – це передчасні скорочення з незмінним комплексом QRS, тоді як у пацієнта є хаотична електрична активність передсердь.
3. Синусова аритмія – характеризується варіабельністю R-R, але при збереженому зубці Р, чого тут немає.
4. Шлуночкова бігеменія – це екстрасистолія через кожен нормальний комплекс, що тут не спостерігається.

Як зробити так, щоб інші варіанти могли бути правильними?

1. Шлуночкову екстрасистолію можна зробити правильною відповіддю, якщо вказати "поодинокі передчасні комплекси QRS, що розширені та деформовані, з компенсаторною паузою".
2. Передсердну екстрасистолію – якщо додати "поодинокі передчасні зубці Р з незмінними QRS".
3. Синусову аритмію – якщо вказати, що є зубці Р, а зміни R-R залежать від фаз дихання.
4. Шлуночкову бігеменію – якщо буде вказано, що "кожен другий комплекс є позачерговим і має розширений QRS".



69.

Пацієнтку віком 22 роки шпиталізовано без свідомості. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, суха, по тілу дрібнокрапкова геморагічна висипка, кровоточивість ясен. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити - $2,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін - 56 г/л, КП - 0,8, тромбоцити - $40 \cdot 10^9/л$,

лейкоцити - $12,2 \cdot 10^9/\text{л}$, еозинофіли - 0%, базофіли - 0%, бласти - 23%, паличкоядерні нейтрофіли - 8%, сегментоядерні нейтрофіли - 26%, лімфоцити - 33%, моноцити - 10%, цукор крові - 4,2 ммоль/л. Який найімовірніший діагноз?

1. Апластична анемія
2. Імунна тромбоцитопенія
3. Хронічний лімфоцитарний лейкоз
- 4. Гострий лейкоз (вірна відповідь)**
5. Гостра постгеморагічна анемія

Пояснення

Найімовірніший діагноз у пацієнтки – гострий лейкоз.

Аргументація:

1. Клінічна картина
 - Блідість, сухість шкіри, кровоточивість ясен, геморагічна висипка – свідчать про геморагічний синдром, що характерно для гострого лейкозу через тромбоцитопенію.
 - Відсутність свідомості – може бути наслідком анемії (гемоглобін 56 г/л), метаболічних порушень або лейкемічного ураження ЦНС.
2. Зміни в аналізі крові
 - Анемія (гемоглобін 56 г/л, еритроцити $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, КП 0,8) – нормохромна або слабко гіпохромна, що характерно для лейкозів.
 - Тромбоцитопенія ($40 \cdot 10^9/\text{л}$) – важливий показник, що вказує на порушення кровотворення.
 - Лейкоцитоз ($12,2 \cdot 10^9/\text{л}$) із бластами (23%) – найбільш вагомий аргумент на користь гострого лейкозу.

Чому інші відповіді невірні?

1. Апластична анемія – мала б важку панцитопенію (еритроцити, тромбоцити, лейкоцити значно знижені), але не було б бластів у крові.
2. Імунна тромбоцитопенія – супроводжується ізольованою тромбоцитопенією без анемії та лейкоцитозу.
3. Хронічний лімфоцитарний лейкоз – типово спостерігається виражений лімфоцитоз у людей старшого віку, тоді як у нашому випадку є бластні клітини.
4. Гостра постгеморагічна анемія – була б нормохромна анемія, можливо, компенсаторний лейкоцитоз, але не було б бластозу.

Як зробити так, щоб інші варіанти могли бути правильними?

1. Якби тест хотів перевірити "Апластичну анемію", у клініці мала бути глибока панцитопенія без бластів у крові.
2. Якби тест мав на увазі "Імунну тромбоцитопенію", необхідно було б виключити анемію та бластоз, а також зазначити відсутність спленомегалії.
3. Якби тест припускав "ХЛЛ", мала б бути значна лімфоцитарна формація в крові та старший вік пацієнта.
4. Якби мова йшла про "Гостру постгеморагічну анемію", необхідно було б вказати на масивну крововтрату в анамнезі.



70.

Пацієнтка віком 76 років скаржиться на запаморочення, непритомність, що виникає під час зміни положення тіла чи навантаження, біль тиснучого характеру за грудниною, задишку при незначному фізичному навантаженні та у спокої. Об'єктивно спостерігається: АТ - 160/80 мм рт. ст., пульс -

110/хв, аускультативно - тони серця ритмічні, грубий систолічний шум над верхівкою та аортою. За результатами ЕКГ виявлено: ритм синусовий, правильний, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, ЕВС відхилена вліво. Який найімовірніший діагноз?

1. Тромбоемболія легеневої артерії

2. Кальцинуючий стеноз аортального клапана (вірна відповідь)

3. Хронічна ішемія мозку

4. Гіпертрофічна кардіоміопатія

5. Гострий коронарний синдром

Пояснення

Найбільш імовірним діагнозом у даної пацієнтки є кальцинуючий стеноз аортального клапана.

Аргументація

1. Клінічна картина

- Запаморочення, непритомність при зміні положення та навантаженні – характерні для стенозу аортального клапана через обмежений серцевий викид і недостатнє постачання мозку кров'ю.
- Біль за грудниною – може бути проявом ішемії міокарда через гіпертрофію лівого шлуночка і збільшене навантаження на серце.
- Задишка при фізичному навантаженні та в спокої – свідчить про серцеву недостатність, що часто ускладнює аортальний стеноз.

2. Об'єктивні дані

- АТ 160/80 мм рт. ст. – гіпертонія не виключає стенозу аортального клапана.
- Пульс 110/хв – компенсаторна тахікардія через знижений серцевий викид.
- Грубий систолічний шум над аортою та верхівкою – класична ознака аортального стенозу.

3. ЕКГ

- Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса – характерна для важкої гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, яка розвивається при стенозі аортального клапана.
- Відхилення електричної осі вліво – свідчить про перевантаження лівого шлуночка.

Чому інші відповіді невірні

1. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

- Очікувалися б раптовий початок, виражена задишка, біль у грудях плевритичного характеру, низький АТ, тахіпное.
- ЕКГ мала б ознаки перевантаження правого серця (S1Q3T3, правостороннє відхилення ЕВС, тахікардія).
- У пацієнтки немає типових факторів ризику (операції, тромбоз глибоких вен, онкопатологія).

2. Хронічна ішемія мозку

- Викликала б постійне запаморочення, порушення когнітивних функцій, повільний прогресуючий перебіг.
- Не пояснює систолічний шум, задишку і біль у грудях.

3. Гіпертрофічна кардіоміопатія

- Можлива, але тут важливий момент: при обструктивній формі (ГКМО) дійсно є запаморочення, синкопе, задишка та шум.
- Однак ЕКГ більше відповідає аортальному стенозу (блокада лівої ніжки, відхилення ЕВС вліво).

- Крім того, в описі не зазначено асиметричну гіпертрофію міжшлуночкової перегородки, що більш характерно для ГКМО.

4. Гострий коронарний синдром (ГКС)

- Біль за грудниною є, але відсутні депресія ST, патологічні зубці Q, підйом тропонінів.
- Також ГКС не пояснює систолічний шум.

Як зробити так, щоб інші варіанти могли бути правильними?

1. Для ТЕЛА – "Раптова задишка, тахіпное, біль у грудях плевритичного характеру, сатурація 85%".
2. Для ГКС – "ЕКГ: депресія ST у V4-V6, підвищений тропонін".
3. Для ГКМП – "ЕхоКГ: асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки, градієнт на виході ЛШ 30 мм рт. ст.".



71.

Пацієнт віком 50 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,4°C, кашель із виділенням гнійного мокротиння, задишку під час фізичних навантажень. Із анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на ХОЗЛ упродовж 10-ти років. На який термін необхідно призначити антибактеріальну терапію?

1. 3 доби
2. 14 днів
3. 1 добу
4. 10 днів

5. 5 діб (вірна відповідь)

Пояснення

У пацієнта з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) на тлі загострення (характерні симптоми: підвищення температури, гнійне мокротиння, задишка) антибактеріальна терапія призначається на 5–7 днів згідно з сучасними клінічними рекомендаціями.

Чому правильна відповідь – 5 діб?

Короткі курси антибіотикотерапії (5 днів) рекомендовані при некомплікованих загостреннях ХОЗЛ. Вони зменшують ризик розвитку антибіотикорезистентності, при цьому забезпечуючи ефективне усунення бактеріальної інфекції.

Чому інші варіанти неправильні?

1. 3 доби (невірно) – надто короткий курс, ймовірність неповного знищення інфекції.
2. 14 днів (невірно) – зазвичай не потрібно таких тривалих курсів, окрім випадків важких інфекцій або ризику реінфекції.
3. 1 доба (невірно) – антибіотикотерапія має тривати не менше 5 днів для ефективності.
4. 10 днів (не зовсім правильна, але можлива у тяжких випадках) – може бути призначена при тяжких загостреннях, але стандартним підходом є 5–7 днів.



72.

Пацієнт віком 36 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, задишку, біль у правій половині грудної клітки під час дихання та кашлю. Із анамнезу відомо, що хворіє більше 6-ти

тижнів, лікувався самостійно. Об'єктивно спостерігається: ціаноз губ, блідість обличчя, пульс - 105/хв. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Аускультативно - тони серця ослаблені, ритмічні, дихання праворуч різко ослаблене. Перкуторно - із правого боку нижче 5-го ребра вислуховується тупий звук. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: інтенсивне гомогенне затемнення правої легені від 5-го ребра та донизу, правий реберно-діафрагмальних синус не візуалізується. Який найімовірніший діагноз?

1. Пневмонія нижньої частки правої легені

2. Правобічний пневмоторакс

3. Ексудативний перикардит

4. Правобічний ексудативний плеврит (вірна відповідь)

5. Центральний рак правої легені

Пояснення

Найімовірнішим діагнозом у даного пацієнта є правобічний ексудативний плеврит.

Обґрунтування діагнозу:

1. Тривалий перебіг захворювання (понад 6 тижнів) свідчить про хронізацію процесу, що не характерно для гострої пневмонії.
2. Скарги на задишку, біль у грудній клітці, кашель та підвищену температуру є неспецифічними, але в комплексі можуть вказувати на запальні ураження плеври.
3. Об'єктивні ознаки:
 - Відставання правої половини грудної клітки в акті дихання → характерно для накопичення рідини в плевральній порожнині.
 - Дихання праворуч різко ослаблене → вказує на обмеження вентиляції легені через плевральний випіт.
 - Перкусія: тупий звук нижче 5-го ребра → типова ознака рідини в плевральній порожнині.
4. Рентгенологічні ознаки:
 - Гомогенне затемнення правої легені від 5-го ребра донизу – типова ознака випоту.
 - Не візуалізується правий реберно-діафрагмальний синус – ще один характерний рентгенологічний симптом плевриту.

Чому інші варіанти менш імовірні?

1. *Пневмонія нижньої частки правої легені – малоімовірна, оскільки:*
 - При пневмонії очікується неповне затемнення частки, а не гомогенне затемнення всієї нижньої зони.
 - В аускультатії частіше вислуховуються крепітація та вологі хрипи, а не просто ослаблене дихання.
2. *Правобічний пневмоторакс – виключається через:*
 - Пневмоторакс дає тимпанічний (а не тупий) звук при перкусії.
 - Для нього характерне відсутнє дихання, а не просто його ослаблення.
3. *Ексудативний перикардит – не підходить, бо:*
 - Перикардит викликає кардіальні симптоми (тахікардію, гіпотензію, ослаблення тонів серця), але не обов'язково впливає на легеневу вентиляцію.
 - На рентгені при перикардиті видно розширення серцевої тіні, а не локалізоване затемнення в легенях.
4. *Центральний рак правої легені – малоімовірний, оскільки:*

- Частіше викликає неоднорідне затемнення з ознаками інфільтрації.
- Може супроводжуватися ателектазом, але тоді медіастинальні структури зміщуються у бік ураження, чого тут не зазначено.



73.

Пацієнт віком 22 роки скаржиться на підвищення температури тіла до 38-39°C, неприємні відчуття в очах ("відчуття піску"), слюзотечу, гіперемію, біль у лівому колінному суглобі та крижовій ділянці. Із анамнезу відомо, що захворів гостро, з підвищенням температури тіла до 39°C. Об'єктивно спостерігається: неbolючі блискучі афти на піднебінні, язика, слизовій оболонці щік. Під час пальпації над лівим колінним суглобом відзначається болючість та набряк, обмеження рухів у ньому. В аналізі крові: лейкоцити - $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 40 мм/год, СРБ - (++) , фібриноген - 4,8 г/л, сечова кислота - 0,28 ммоль/л. У зіскобі з уретри виявлено хламідії. Який найімовірніший діагноз?

1. Подагра

2. Реактивний артрит (вірна відповідь)

3. Ревматоїдний артрит

4. Анкілозуючий спондилоартрит

5. Остеоартроз

Пояснення

У пацієнта спостерігається класична тріада симптомів реактивного артриту:

1. Артрит: Біль і набряк у лівому колінному суглобі.
2. Уретрит: Виявлення хламідій в уретрі.
3. Кон'юнктивіт: Неприємні відчуття в очах, слюзотеча, гіперемія.

Додаткові симптоми, такі як афтозний стоматит і біль у крижовій ділянці, також підтверджують цей діагноз. Підвищення ШОЕ, СРБ та фібриногену вказує на запальний процес в організмі.

Чому інші відповіді невірні:

1. Подагра: Характеризується гострим артритом, зазвичай у першому плюснефаланговому суглобі, і підвищенням рівня сечової кислоти. У цьому випадку артрит в колінному суглобі, а рівень сечової кислоти в нормі.
2. Ревматоїдний артрит: Зазвичай вражає дрібні суглоби кистей і стоп, має симетричний характер. Для діагностики необхідні ревматоїдний фактор і анти-ЦЦП антитіла. У пацієнта артрит в одному колінному суглобі та присутні симптоми з боку очей та уретри, що не характерно для ревматоїдного артриту.
3. Анкілозуючий спондилоартрит: Характеризується болем у крижовій ділянці та обмеженням рухливості хребта. Артрит периферичних суглобів може бути, але уретрит і кон'юнктивіт не є типовими.
4. Остеоартроз: Характеризується дегенеративними змінами в суглобах, зазвичай у літніх людей. Запальні зміни та системні симптоми не характерні.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання мало б бути:

1. Подагра: Вказати на гострий артрит першого плюснефалангового суглоба та підвищення рівня сечової кислоти.
2. Ревматоїдний артрит: Описати симетричний артрит дрібних суглобів кистей і стоп, а також додати результати аналізів на ревматоїдний фактор і анти-ЦЦП антитіла.
3. Анкілозуючий спондилоартрит: Підкреслити біль у крижовій ділянці та обмеження рухливості хребта.
4. Остеоартроз: Описати дегенеративні зміни в суглобах у літньої людини.



74.

Пацієнта віком 72 роки шпиталізовано зі скаргами на задишку. Із анамнезу відомо, що протягом 5-ти років хворіє на хронічну серцеву недостатність. Об'єктивно спостерігається: ортопное, тахікардія, холодний піт, акроціаноз, АТ - 160/100 мм рт. ст., ЧД - 28/хв. Аускультативно - розсіяні сухі хрипи над усіма ділянками легень, вологі середньопухирчасті хрипи в нижніх відділах. Яку медикаментозну терапію необхідно застосувати в цьому разі?

1. Периндоприл перорально
2. Адреналін в/м
3. Метопролол і діазепам в/в

4. Фуросемід і нітрогліцерин в/в (вірна відповідь)

5. Верапаміл в/в

Пояснення

З огляду на клінічну картину (задишка, ортопное, тахікардія, холодний піт, акроціаноз, вологі хрипи в легенях), у пацієнта, ймовірно, розвинувся набряк легень на тлі хронічної серцевої недостатності.

Пояснення до вірної відповіді (Фуросемід і нітрогліцерин в/в):

1. Фуросемід:
 - Це петльовий діуретик, який швидко виводить рідину з організму, зменшуючи об'єм циркулюючої крові та навантаження на серце.
 - Він допомагає зменшити набряк легень і полегшити дихання.
2. Нітрогліцерин:
 - Це вазодилататор, який розширює кровоносні судини, зменшуючи перед- і післянавантаження на серце.
 - Він також допомагає зменшити застій крові в легенях і полегшити дихання.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Периндоприл перорально:*
 - Периндоприл - це інгібітор АПФ, який використовується для лікування хронічної серцевої недостатності.
 - Однак у гострій ситуації, як набряк легень, необхідні препарати швидкої дії, такі як фуросемід і нітрогліцерин.
 - Периндоприл дає дуже повільний ефект.
2. *Адреналін в/м:*
 - Адреналін використовується для лікування анафілактичного шоку та інших станів, пов'язаних з бронхоспазмом і гіпотензією.
 - У цьому випадку адреналін може погіршити стан пацієнта, оскільки він збільшує частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск.
3. *Метопролол і діазепам в/в:*
 - Метопролол - це бета-блокатор, який використовується для лікування хронічної серцевої недостатності.
 - Однак у гострій ситуації він може погіршити стан пацієнта, оскільки він знижує частоту серцевих скорочень і може викликати гіпотензію.

- Діазепам має седативну дію, і в данному випадку не несе суттєвого ефекту.

4. Верапаміл в/в:

- Верапаміл - це блокатор кальцієвих каналів, який використовується для лікування гіпертонії та деяких видів аритмій.
- У цьому випадку верапаміл може погіршити стан пацієнта, оскільки він знижує частоту серцевих скорочень і може викликати гіпотензію.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь «Периндоприл перорально» була вірною, потрібно було б описати стабільний стан пацієнта з ХСН без ознак гострого набряку легень.
2. Щоб відповідь «Адреналін в/м» була вірною, потрібно було б описати стан пацієнта з анафілактичним шоком або гострим бронхоспазмом.
3. Щоб відповідь «Метопролол і діазепам в/в» була вірною, потрібно було б описати стан пацієнта з тахіаритмією, яка не супроводжується гострим набряком легень.
4. Щоб відповідь «Верапаміл в/в» була вірною, потрібно було б описати стан пацієнта з суправентрикулярною тахікардією.



75.

У вагітної віком 28 років протягом останніх 2-х тижнів виявлено стійке підвищення АТ до 150/90 - 160/95 мм рт. ст. В анамнезі: вагітність перша, 13 тижнів, періодичне підвищення АТ турбує впродовж 2-х років. Який гіпотензивний препарат доцільно призначити пацієнтці?

1. Аліскірен
2. Лізиноприл
3. Амлодипін
4. Валсартан

5. Метилдопу (вірна відповідь)

Пояснення

Метилдопа:

1. Це препарат центральної дії, який знижує артеріальний тиск, впливаючи на центральну нервову систему.
2. Він вважається одним з найбезпечніших гіпотензивних препаратів для застосування під час вагітності, особливо в першому триместрі.
3. Тому метилдопа є препаратом вибору для лікування артеріальної гіпертензії у вагітних.

Чому інші варіанти не підходять:

1. Аліскірен, лізиноприл, валсартан: Ці препарати є інгібіторами ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС). Вони протипоказані під час вагітності, особливо в другому та третьому триместрах, оскільки можуть спричинити серйозні вади розвитку плода, такі як вади нирок і серця.
2. Амлодипін: Хоча амлодипін є відносно безпечним, він не є препаратом першої лінії для лікування гіпертензії під час вагітності. Метилдопа має кращий профіль безпеки, особливо в першому триместрі.

Щоб інші відповіді теж були вірними:

Якщо б у питанні був вказаний другий або третій триместр вагітності, то амлодипін можна було б розглядати як один з варіантів.

Також, якщо б у пацієнтки була тяжка форма гіпертензії, то могли б застосовуватись інші препарати, такі як лабеталол, або ніфедипін.



76.

Пацієнт віком 55 років скаржиться на набряки нижніх кінцівок, задишку під час ходьби. Із анамнезу відомо, що захворів після інфекції Covid-19. Об'єктивно спостерігається: над легенями вислуховується везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи. Ліва межа серця розширена на 2 см, І тон на верхівці ослаблений, акцент ІІ тону над легеневою артерією. АТ - 110/70 мм рт. ст., пульс - 86/хв. Печінка збільшена. Набряки на стопах та гомілкках. За даними УЗД серця виявлено: помірна дилатація лівого шлуночка, гіпокінезія в ділянці перегородки. Фракція викиду лівого шлуночка - 38%. Який інструментальний метод дозволить верифікувати запалення міокарда?

1. Сцинтиграфія з міченим технецієм бісфосфонатом
2. КТ-коронарографія

3. Магнітно-резонансна томографія з пізнім підсиленням гадолінієм (вірна відповідь)

4. Рентгенографія ОГК
5. Стрейн-ехокардіографія

Пояснення

MPT з пізнім підсиленням гадолінієм є "золотим стандартом" для неінвазивної діагностики міокардиту. Цей метод дозволяє виявити ділянки запалення та рубцювання в міокарді, що характерно для міокардиту. Гадоліній накопичується в уражених ділянках, що робить їх видимими на MPT.

Чому інші варіанти не підходять:

1. *Сцинтиграфія з міченим технецієм бісфосфонатом:* Цей метод використовується для виявлення ділянок некрозу міокарда, але не є специфічним для міокардиту. Він може показати ураження міокарда, але не дозволяє відрізнити міокардит від інших причин ураження.
2. *КТ-коронарографія:* Цей метод використовується для візуалізації коронарних артерій і виявлення їх звуження. Він не дозволяє оцінити стан міокарда і не є інформативним для діагностики міокардиту.
3. *Рентгенографія ОГК:* Рентгенографія грудної клітки може показати збільшення розмірів серця, але не дозволяє візуалізувати запалення міокарда.
4. *Стрейн-ехокардіографія:* Цей метод дозволяє оцінити деформацію міокарда, але не є специфічним для міокардиту. Він може показати порушення функції міокарда, але не дозволяє відрізнити міокардит від інших причин порушення функції.

Щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь «Сцинтиграфія з міченим технецієм бісфосфонатом» була вірною, запитання мало б звучати так: "Який інструментальний метод дозволить верифікувати некроз міокарда?".
2. Щоб відповідь «КТ-коронарографія» була вірною, запитання мало б звучати так: "Який інструментальний метод дозволить верифікувати стан коронарних артерій?".
3. Щоб відповідь «Рентгенографія ОГК» була вірною, запитання мало б звучати так: "Який інструментальний метод дозволить оцінити розміри серця?".

4. Щоб відповідь «Стрейн–ехокардіографія» була вірною, запитання мало б звучати так: "Який інструментальний метод дозволить оцінити деформацію міокарда?".



77.

Пацієнтка віком 53 роки з діагнозом: артеріальна гіпертензія II стадії, II ступеня, високий кардіоваскулярний ризик, СН 0 - звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на погіршення самопочуття, поганий контроль АТ, часті гіпертензивні кризи протягом останнього місяця. Середньодобовий рівень АТ 155/90 мм рт. ст., ЧСС - 71/хв. Пацієнтка приймає регулярно в оптимальних дозах комбінацію таких антигіпертензивних препаратів: вальсартан, амлодипін, гідрохлортіазид. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано додати до схеми лікування пацієнта?

1. Доксазозин
2. Торасемід
3. Раміприл
4. Бісопролол

5. Спіронолактон (вірна відповідь)

Пояснення

У пацієнтки неконтрольована артеріальна гіпертензія, незважаючи на прийом комбінації трьох антигіпертензивних препаратів. Вона також має високий кардіоваскулярний ризик.

Спіронолактон є калійзберігаючим діуретиком, який також має антиальдостеронову дію. Він призначається пацієнтам з резистентною гіпертензією, тобто гіпертензією, яка не контролюється трьома або більше препаратами (згідно європейських рекомендацій іде четвертим препаратом). Додавання спіронолактону до схеми лікування може допомогти знизити артеріальний тиск і зменшити ризик серцево-судинних ускладнень.

Чому інші варіанти менш підходящі:

1. *Доксазозин*: це альфа-блокатор, який може використовуватися для лікування гіпертензії, але він не є препаратом першої лінії для резистентної гіпертензії. Він також може викликати ортостатичну гіпотензію, особливо у літніх пацієнтів.
2. *Торасемід*: це петльовий діуретик, який може використовуватися для лікування гіпертензії, але він не є кращим вибором для довгострокового лікування через ризик електролітних порушень.
3. *Раміприл*: це інгібітор АПФ, який не можна приймати разом з БРА через ризики розвитку гіперкаліємії.
4. *Бісопролол*: це бета-блокатор, який може використовуватися для лікування гіпертензії, але він призначається лише за показаннями на будь-якому етапі гіпотензивної терапії.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити текст запитання:

1. Доксазозин: був би вірним, якби у пацієнтки було супутнє доброякісне збільшення передміхурової залози.
2. Торасемід: був би вірним, якби у пацієнтки були ознаки затримки рідини.
3. Раміприл: був би вірним, якби у пацієнтки була непереносимість вальсартану.
4. Бісопролол: був би вірним, якби у пацієнтки була супутня тахікардія або стенокардія.



78.

Пацієнтка віком 38 років протягом 5-ти років хворіє на хронічний гломерулонефрит. За результатами обстеження у неї виявлено: АТ - 200/130 мм рт. ст., креатинін у сироватці крові - 690 мкмоль/л, сечовина крові - 45 ммоль/л, калій - 7,2 ммоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 7 мл/хв. Оберіть лікувальну тактику в цьому разі.

1. Плазмаферез

2. Гебосорбція

3. Гемодіаліз (вірна відповідь)

4. Перитонеальний діаліз

5. Гемофільтрація

Пояснення

З огляду на клінічну картину та лабораторні показники пацієнтки, у неї наявна термінальна стадія хронічної ниркової недостатності (ХНН). Це підтверджується такими даними:

1. Високий рівень креатиніну (690 мкмоль/л) та сечовини (45 ммоль/л): Ці показники свідчать про значне зниження функції нирок.
2. Низька швидкість клубочкової фільтрації (7 мл/хв): Це підтверджує термінальну стадію ХНН.
3. Гіперкаліємія (7,2 ммоль/л): Це загрозовий для життя стан, який потребує негайної корекції.
4. Високий артеріальний тиск (200/130 мм рт. ст.): Це також потребує корекції.
5. Вибір лікувальної тактики:

У цьому випадку найбільш ефективним методом лікування є гемодіаліз. Ця процедура дозволяє видалити з крові надлишок продуктів обміну, електролітів (особливо калію) та рідини, що допоможе нормалізувати стан пацієнтки.

Чому інші варіанти не є оптимальними:

1. *Плазмаферез та гемосорбція:* Ці методи використовуються для видалення антитіл та інших речовин з крові, але вони не є ефективними для корекції термінальної ХНН.
2. *Перитонеальний діаліз:* Цей метод може бути використаний для лікування ХНН, але він не є настільки ефективним, як гемодіаліз, у випадках з вираженою гіперкаліємією та високим артеріальним тиском.
3. *Гемофільтрація:* Цей метод також може бути використаний для лікування ХНН, але він зазвичай застосовується у відділеннях інтенсивної терапії для пацієнтів у критичному стані.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити клінічну картину пацієнта:

1. Плазмаферез та гемосорбція, стали б актуальними, при наявності аутоімунних захворювань, що впливають на нирки.
2. Перитонеальний діаліз став би актуальним, якщо у пацієнта не було б критично високого рівня калію, і артеріального тиску.
3. Гемофільтрація, була б актуальною, у випадках якщо пацієнт був би у критичному стані, наприклад у відділенні інтенсивної терапії.



79.

Пацієнтка віком 37 років скаржиться на прискорене серцебиття, порушення менструального циклу та сну. Із анамнезу відомо, що за 2 місяці безпричинно схудла на 5 кг. Об'єктивно спостерігається: пацієнтка дуже швидко розмовляє, шкіра тепла та волога на дотик, пальпаторно визначається незначне збільшення в ділянці шиї, ЧСС - 96/хв, АТ - 135/80 мм рт. ст. Який патологічний стан виявлено у пацієнтки?

1. Гіпотиреоз
2. Пухлинні метастази
3. Пароксизми СВТ
4. Тиреоїдит

5. Гіпертиреозидизм (вірна відповідь)

Пояснення

Гіпертиреоз - це стан, що характеризується надмірною активністю щитоподібної залози та надмірним виробленням гормонів щитоподібної залози.

Симптоми, описані у пацієнтки, типові для гіпертиреозу:

1. Прискорене серцебиття (тахікардія)
2. Порушення менструального циклу
3. Порушення сну
4. Втрата ваги
5. Підвищена тривожність та швидка мова
6. Тепла та волога шкіра
7. Збільшення щитоподібної залози (зоб)
8. Підвищений артеріальний тиск також може бути пов'язаний з гіпертиреозом.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Гіпотиреоз*: Це протилежний стан, при якому щитоподібна залоза недостатньо активна. Симптоми гіпотиреозу включають втому, збільшення ваги, суху шкіру та уповільнення серцебиття.
2. *Пухлинні метастази*: Хоча пухлинні метастази можуть викликати різні симптоми, вони не пояснюють всю сукупність симптомів, особливо пов'язаних з функцією щитоподібної залози.
3. *Пароксизми СВТ (суправентрикулярної тахікардії)*: СВТ викликає епізоди прискореного серцебиття, але не пояснює інші симптоми, такі як втрата ваги, порушення менструального циклу та зміни шкіри.
4. *Тиреоїдит*: Тиреоїдит - це запалення щитоподібної залози, яке може викликати тимчасовий гіпертиреоз, але також може призвести до гіпотиреозу.

Для підтвердження діагнозу гіпертиреозу необхідно провести лабораторні дослідження крові на рівень гормонів щитоподібної залози (Т3, Т4, ТТГ).

Також може знадобитися ультразвукове дослідження щитоподібної залози.

Щоб інші відповіді стали вірними:

1. Якщо додати інформацію про те, що у пацієнтки є епізоди раптового сильного серцебиття, які швидко починаються і закінчуються, то відповідь "Пароксизми СВТ" стала б вірною.
2. Якщо додати інформацію про збільшення лімфатичних вузлів, і інші симптоми онкології, то відповідь "Пухлинні метастази" стала б вірною.

3. Якщо додати інформацію про збільшення ваги, суху шкіру, і сонливість, то відповідь "Гіпотиреоз" стала б вірною.
4. Якщо додати інформацію про біль в області щитовидної залози, то відповідь "Тиреоїдит" стала б вірною.



80.

Пацієнт віком 57 років скаржиться на періодичне блювання кров'ю, тяжкість у правому підребер'ї, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що довгий час зловживав алкоголем. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки субіктичні, зірчасті гемангіоми, живіт збільшений в об'ємі, розширені вени на шкірі черевної стінки, випинання пупка. Край печінки горбистий, неbolючий, на 3 см виступає з-під краю реберної дуги, селезінка значно збільшена. Який найімовірніший діагноз?

1. Гемохроматоз
2. Хвороба Коновалова-Вільсона
3. Синдром Бадда-Кіарі
4. Рак печінки

5. Цироз печінки (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічна картина:

1. Періодичне блювання кров'ю (hematemesis) - вказує на кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу, що є поширеним ускладненням цирозу.
2. Тяжкість у правому підребер'ї - пов'язана зі збільшенням печінки (гепатомегалія) та/або асцитом.
3. Загальна слабкість - неспецифічний симптом, який часто супроводжує хронічні захворювання печінки.
4. Субіктичність шкіри та видимих слизових оболонок, зірчасті гемангіоми, збільшений в об'ємі живіт, розширені вени на шкірі черевної стінки, випинання пупка, горбистий край печінки, збільшена селезінка, це все симптоми, які вказують на цироз печінки.

Анамнез: тривале зловживання алкоголем - є однією з основних причин цирозу печінки.

Чому інші варіанти менш імовірні:

1. *Гемохроматоз*: Хоча гемохроматоз може призвести до цирозу, він також характеризується іншими симптомами, такими як бронзова шкіра, діабет і артропатія. У цьому випадку ці симптоми не описані.
2. *Хвороба Коновалова-Вільсона*: Це рідкісне генетичне захворювання, що характеризується накопиченням міді в організмі. Хоча воно може призвести до цирозу, воно також супроводжується неврологічними симптомами та кільцями Кайзера-Флейшера в рогівці, які не описані в цьому випадку.
3. *Синдром Бадда-Кіарі*: Це захворювання, що характеризується обструкцією печінкових вен. Хоча воно може призвести до гепатомегалії та асциту, воно зазвичай не викликає варикозної кровотечі.
4. *Рак печінки*: Хоча рак печінки може супроводжуватися гепатомегалією та асцитом, він зазвичай не викликає варикозної кровотечі на ранніх стадіях.

Щоб інші відповіді стали вірними:

1. Гемохроматоз: Додати опис бронзової шкіри, діабету, артропатії, та підвищений рівень заліза в крові.
2. Хвороба Коновалова-Вільсона: Додати опис неврологічних симптомів, кільця Кайзера-Флейшера в рогівці, та підвищений рівень міді в крові та сечі.
3. Синдром Бадда-Кіарі: Додати опис раптового початку захворювання, сильного болю в животі, та результати УЗД або КТ, що підтверджують обструкцію печінкових вен.
4. Рак печінки: Додати опис втрати ваги, лихоманки, та результати УЗД або КТ, що виявляють пухлину в печінці.



81.

Пацієнт віком 65 років має постійну форму фібриляції передсердь. Із анамнезу відомо, що приймає бісопролол, периндоприл, еплеренон, варфарин. Останні 3 дні спостерігається безпричинна поява синців. Об'єктивно виявлено: поодинокі синці на шкірі плечей, кистей рук, діяльність серця аритмічна, АТ - 140/65 мм рт. ст., ЧСС - 80/хв, пульс - 76/хв. На ЕКГ спостерігається: фібриляція передсердь. Оберіть показник контролю антикоагулянтної дії варфарину.

1. Фібриноген
2. Протромбіновий час
3. Активованний частковий тромбoplastиновий час

4. Міжнародне нормалізоване відношення (вірна відповідь)

Пояснення

Варфарин – це антикоагулянт, який впливає на вітамін К-залежні фактори згортання крові. Для контролю його дії необхідно вимірювати час згортання крові.

МНВ – це стандартизований показник, який дозволяє оцінити ефективність варфарину незалежно від лабораторії, де проводиться аналіз. Він розраховується на основі протромбінового часу (ПЧ) пацієнта та міжнародного індексу чутливості тромбoplastину (МІЧ).

У пацієнта спостерігається поява синців, що може свідчити про передозування варфарину та підвищений ризик кровотечі. Тому важливо контролювати МНВ для корекції дози препарату.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Фібриноген* – це білок, який бере участь у формуванні тромбу. Його рівень може змінюватися при запальних процесах, але не є показником контролю дії варфарину.
2. *Протромбіновий час (ПЧ)* – це час, за який утворюється згусток крові в присутності тромбoplastину. ПЧ використовується для розрахунку МНВ, але сам по собі не є стандартизованим показником.
3. *Активованний частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ)* – це час, за який утворюється згусток крові в присутності активаторів контактних факторів згортання. АЧТЧ використовується для контролю дії гепарину, але не варфарину.

Цільовий рівень МНВ при фібриляції передсердь зазвичай становить 2,0-3,0.

Зазвичай цільовий рівень АЧТЧ при лікуванні нефракціонованим гепарином становить 1,5-2,5 рази вище від контрольного значення (базового рівня пацієнта, або середнього значення в лабораторії). Наприклад, якщо контрольне значення АЧТЧ становить 25-35 секунд, то цільовий рівень при лікуванні гепарином буде приблизно 37,5-87,5 секунд.

Щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Для фібриногену: "Який показник відображає активність системи згортання крові та може бути підвищений при запальних процесах?"
2. Для протромбінового часу: "Який показник використовується для розрахунку МНВ при контролі антикоагулянтної терапії варфарином?"
3. Для активованого часткового тромбoplastинового часу: «Який показник контролює антикоагулянтну дію гепарину?»



82.

У пацієнта віком 45 років уперше діагностовано артеріальну гіпертензію. Яку схему первинної антигіпертензивної терапії необхідно призначити?

1. Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту та блокатор кальцієвих каналів похідний дигідропіридину (вірна відповідь)

2. Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту та блокатор альфа-адренорецепторів
3. Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту та блокатор рецепторів до ангіотензину
4. Інгібітор агіотензинперетворювального ферменту
5. Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту та блокатор бета-адренорецепторів

Пояснення

Інгібітор АПФ (ангіотензинперетворювального ферменту) та блокатор кальцієвих каналів похідний дигідропіридину є вірною відповіддю і є обґрунтованим вибором для первинної антигіпертензивної терапії у пацієнта 45 років з вперше діагностованою гіпертензією.

Чому цей варіант є оптимальним:

1. Синергетична дія: Інгібітори АПФ та дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (ДГП-БКК) мають різні, але комплементарні механізми дії, які ефективно знижують артеріальний тиск.
2. Інгібітори АПФ: Зменшують вироблення ангіотензину II, що призводить до вазодилатації (розширення судин), зниження затримки натрію та води, та зменшення активності симпатичної нервової системи.
3. ДГП-БКК: Викликають вазодилатацію шляхом блокування надходження кальцію в гладком'язові клітини судин, що також сприяє зниженню периферичного судинного опору та артеріального тиску.
4. Доведена ефективність та безпека: Комбінація інгібітора АПФ та ДГП-БКК добре вивчена та показала свою ефективність у зниженні артеріального тиску та зменшенні ризику серцево-судинних подій у різних групах пацієнтів, включаючи пацієнтів середнього віку з вперше діагностованою гіпертензією.
5. Метаболічно нейтральна комбінація: Ця комбінація є метаболічно нейтральною, тобто вона не має негативного впливу на рівень глюкози в крові, ліпідний профіль або електролітний баланс, що є важливим аспектом при виборі терапії для довгострокового лікування.
6. Широко рекомендована настановами: Міжнародні та національні настанови з лікування артеріальної гіпертензії часто рекомендують комбінацію інгібітора АПФ (або блокатора рецепторів ангіотензину - БРА) з ДГП-БКК як одну з перших ліній терапії, особливо для пацієнтів без конкретних супутніх захворювань, що визначають інший пріоритетний клас препаратів.

Чому інші варіанти є менш прийнятними як первинна терапія в цьому контексті:

1. Інгібітор АПФ та блокатор альфа-адренорецепторів

- Блокатори альфа-адренорецепторів (альфа-блокатори), такі як доксазозин або теразозин, не є препаратами першої лінії для лікування есенціальної гіпертензії. Їх зазвичай використовують як додаткову терапію у випадках резистентної гіпертензії або для лікування гіпертензії у пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ).
- Альфа-блокатори можуть викликати ортостатичну гіпотензію (різке зниження тиску при вставанні), що є небажаним побічним ефектом, особливо у літніх людей.
- Хоча комбінація з інгібітором АПФ можлива, вона не є стандартною первинною схемою для пацієнта 45 років з гіпертензією без додаткових показань.

2. Інгібітор АПФ та блокатор рецепторів до ангіотензину (БРА)

- Комбінація інгібітора АПФ та БРА зазвичай не рекомендується. Обидва класи препаратів діють на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему (РААС), і їх одночасне застосування не демонструє значного додаткового ефекту щодо зниження артеріального тиску, але збільшує ризик побічних ефектів, таких як гіперкаліємія та порушення функції нирок.

3. Інгібітор АПФ (монотерапія)

- Монотерапія інгібітором АПФ є прийнятним варіантом для первинної терапії гіпертензії, особливо на початковому етапі. Інгібітори АПФ ефективні у зниженні артеріального тиску та рекомендовані як препарати першої лінії.
- Проте, комбінована терапія часто буває потрібна для досягнення цільового рівня артеріального тиску, особливо у пацієнтів з більш високим початковим тиском або тих, хто не досягає цілі на монотерапії. У випадку пацієнта 45 років, якщо початковий тиск є досить високим або якщо є фактори ризику, то початкова комбінована терапія може бути більш ефективною для швидшого досягнення контролю.
- У питанні не вказано рівень артеріального тиску пацієнта. Якщо припустити, що гіпертензія "вперше діагностована", це не обов'язково означає легкий ступінь. Тому, початкова комбінована терапія (як у варіанті 1) є часто більш обґрунтованою, ніж монотерапія.

4. Інгібітор АПФ та блокатор бета-адренорецепторів (бета-блокатор)

- Бета-блокатори не є препаратами першої лінії для лікування есенціальної гіпертензії, особливо у пацієнтів без супутніх станів, таких як стенокардія, тахікардія, або перенесений інфаркт міокарда. В настановах вони зазвичай розглядаються як препарати другої або третьої лінії для більшості пацієнтів з гіпертензією.
- Для пацієнтів молодшого віку (до 60 років) та без супутніх станів, комбінація інгібітора АПФ та бета-блокатора може бути менш ефективною у запобіганні серцево-судинним подіям порівняно з іншими комбінаціями, такими як інгібітор АПФ + ДГП-БМК.
- Хоча бета-блокатори ефективно знижують артеріальний тиск, вони можуть мати більше метаболічних побічних ефектів (наприклад, вплив на рівень глюкози, ліпідів) і можуть бути менш добре переносимі деякими пацієнтами, особливо молодшого віку, порівняно з ДГП-БМК.

Як зробити інші відповіді правильними?

1. «Інгібітор АПФ та альфа-блокатор» був би правильним, якби питання звучало так: "У пацієнта віком 60 років з артеріальною гіпертензією та симптомами доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) вперше діагностовано артеріальну гіпертензію. Яку схему первинної антигіпертензивної терапії необхідно призначити?"
2. «Інгібітор АПФ монотерапія» був би правильним, якби питання звучало так: "У пацієнта віком 45 років з легкою артеріальною гіпертензією (1 ступінь) вперше діагностовано артеріальну гіпертензію. Яку схему первинної антигіпертензивної терапії можна розглянути?"

(В цьому випадку монотерапія була б прийнятною початковою опцією, але комбінація все ще може бути кращою).

3. «Інгібітор АПФ та бета-блокатор» був би більш прийнятним, якби питання звучало так: "У пацієнта віком 45 років з артеріальною гіпертензією та стенокардією вперше діагностовано артеріальну гіпертензію. Яку схему первинної антигіпертензивної терапії необхідно призначити?"

або

"У пацієнта віком 45 років з артеріальною гіпертензією та тахікардією вперше діагностовано артеріальну гіпертензію. Яку схему первинної антигіпертензивної терапії необхідно призначити?"

4. «Інгібітор АПФ та БРА» залишається nereкомендованим для первинної терапії гіпертензії навіть при зміні формулювання питання.



83.

Пацієнт віком 56 років звернувся до лікаря на контрольний огляд. Два тижні тому він лікувався з приводу гострого нападу подагри плесно-фалангових суглобів великого пальця правої ноги. Симптоми покращилися після прийому парацетамолу. Протягом останнього року у нього було ще три подібні епізоди болю в суглобах пальців ніг та гомілковостопних суглобах, які минули після прийому безрецептурних анальгетиків. Наразі він не приймає жодних ліків. Раніше він випивав 3-5 банок пива на день, але останнім часом зменшив його кількість. Працює шеф-кухарем у стейк-хаусі. Об'єктивно спостерігається: температура тіла - 37°C, пульс - 76/хв, АТ - 148/86 мм рт. ст., великий палець правої ноги мінімально болючий, він не теплий і не деформований. Решта обстежень не виявила жодних відхилень від норми. Концентрація сечової кислоти в сироватці крові становить 490 ммоль/л. Довготривале лікування яким з наведених нижче препаратів є найбільш доцільним для запобігання майбутнім нападам подагри?

1. Алопуринолом (вірна відповідь)

2. Колхіцином

3. Преднізолоном

4. Фебуксостатом (також має місце бути)

5. Диклофенаком

Пояснення

Пояснення:

Алопуринол є інгібітором ксантиноксидази. Цей фермент відповідає за перетворення гіпоксантину на ксантин, а потім ксантину на сечову кислоту. Зменшуючи вироблення сечової кислоти, алопуринол допомагає знизити рівень сечової кислоти в сироватці крові та запобігає утворенню кристалів сечової кислоти в суглобах та тканинах, що є основною причиною нападів подагри.

Чому це вірно в довгостроковій перспективі:

Для пацієнтів із часто повторюваними нападами подагри або з високим рівнем сечової кислоти, як у цьому випадку (490 ммоль/л), алопуринол є препаратом першої лінії для довготривалої профілактики. Він ефективно знижує рівень сечової кислоти і зменшує частоту та важкість нападів подагри. Довготривале лікування алопуринолом є доцільним для запобігання майбутнім нападам подагри та ускладненням, таким як тофуси та подагрична нефропатія.

Розгляд інших варіантів та чому вони менш доцільні для довготривалої профілактики:

1. Колхіцин

- **Пояснення:** Колхіцин є протизапальним препаратом, який використовується для лікування гострих нападів подагри та для профілактики нападів на початку урат-знижувальної терапії (наприклад, коли починають приймати алопуринол або фебуксостат). Він зменшує запальну реакцію на кристали сечової кислоти в суглобах.
- **Чому це не найкращий варіант для довготривалої монотерапії:** Колхіцин не знижує рівень сечової кислоти в крові. Він лише допомагає зменшити запалення під час нападу або запобігти нападам на початку урат-знижувальної терапії. Для довготривалої профілактики подагри, особливо при гіперурикемії, необхідні препарати, що знижують рівень сечової кислоти, такі як алопуринол або фебуксостат. Колхіцин може використовуватись в довготривалій перспективі в низьких дозах для профілактики нападів, однак не як монотерапія для зниження рівня сечової кислоти та запобігання ускладненням хронічної гіперурикемії.

2. Преднізолон

- **Пояснення:** Преднізолон є кортикостероїдом, який є потужним протизапальним засобом. Він ефективний для лікування гострих нападів подагри, швидко зменшуючи запалення та біль у суглобах.
- **Чому це не найкращий варіант для довготривалої профілактики:** Преднізолон не впливає на рівень сечової кислоти в крові. Хоча він може бути ефективним для короточасного лікування гострих нападів, довготривале використання кортикостероїдів пов'язане з багатьма побічними ефектами, такими як збільшення ваги, підвищення рівня цукру в крові, підвищення артеріального тиску, остеопороз, катаракта та інші. Через ці побічні ефекти, преднізолон не є доцільним для довготривалої профілактики подагри, якщо немає інших серйозних показань для його використання. Він застосовується для короточасного контролю симптомів під час загострення.

3. Фебуксостат

- **Пояснення:** Фебуксостат, як і алопуринол, є інгібітором ксантиноксидази та знижує вироблення сечової кислоти. Він також ефективний для зниження рівня сечової кислоти в сироватці крові та профілактики нападів подагри.
- **Чому алопуринол відмічений як "вірна відповідь", а не фебуксостат:** Фебуксостат є альтернативою алопуринолу для урат-знижувальної терапії, і в багатьох сучасних рекомендаціях він розглядається як препарат другої лінії або як варіант для пацієнтів, які не переносять алопуринол або не досягають цільового рівня сечової кислоти на алопуринолі. Іноді, в деяких клінічних ситуаціях або в залежності від конкретних рекомендацій певних медичних організацій, алопуринол може вважатися препаратом першої лінії через довший досвід використання, загальну ефективність та вартість. Можливо, в контексті цього тесту, алопуринол вважається "більш доцільним" як типовий препарат першої лінії для початку довготривалої профілактики подагри. Важливо відзначити, що фебуксостат також був би цілком обґрунтованим варіантом для довготривалої профілактики, особливо якщо алопуринол є неефективним або викликає побічні ефекти. Щоб фебуксостат також був однозначно вірною відповіддю в тесті, питання могло б бути сформульовано як "Який з наведених нижче препаратів є ефективним для довготривалої профілактики подагри шляхом зниження рівня сечової кислоти?".

4. Диклофенак

- **Пояснення:** Диклофенак є нестероїдним протизапальним препаратом (НПЗП). НПЗП, включаючи диклофенак, є ефективними для лікування гострих нападів подагри, зменшуючи біль та запалення.
- **Чому це не найкращий варіант для довготривалої профілактики:** Як і преднізолон та колхіцин (в контексті монотерапії), диклофенак не знижує рівень сечової кислоти в крові. НПЗП використовуються для симптоматичного лікування гострих нападів. Довготривале використання НПЗП пов'язане з ризиками, такими як шлунково-кишкові ускладнення, серцево-судинні проблеми та ниркова дисфункція. Тому, НПЗП не є доцільними для довготривалої профілактики подагри в плані запобігання гіперурикемії та її наслідків. Вони використовуються для купірування гострих симптомів.

Щоб інші відповіді також були вірними, потрібно було б змінити текст запитання або контекст:

1. Щоб Колхіцин був вірним: Питання могло б бути про короткочасну профілактику на початку урат-знижувальної терапії або профілактику нападів у пацієнта з нещодавно розпочатим прийомом алопуринолу. Наприклад: "Який з наведених препаратів є доцільним для профілактики нападів подагри на початку лікування алопуринолом?"
2. Щоб Преднізолон або Диклофенак були вірними: Питання мало б стосуватися лікування гострого нападу подагри. Наприклад: "Який з наведених препаратів є доцільним для купірування гострого нападу подагри?"
3. Щоб Фебуксостат був більш очевидно вірною відповіддю: Питання могло б бути сформульовано ширше, як "Який з наведених нижче препаратів є ефективним для довготривалої профілактики подагри шляхом зниження рівня сечової кислоти?", або контекст міг би вказувати на непереносимість алопуринолу або недостатню ефективність алопуринолу.



84.

Пацієнтка віком 22 роки, звернулась до лікаря-пульмонолога з метою проведення спірометрії для верифікації діагнозу. Із анамнезу відомо, що у пацієнтки спостерігається сухий непродуктивний кашель упродовж року та періодичні епізоди експіраторної задишки, які пов'язані з фізичним навантаженням та психоемоційним перенапруженням. Отримує лікування сальметеролом, остання інгаляція проведена за 4 год до обстеження. На скільки часу до проведення спірометрії рекомендовано відкласти інгаляції сальметеролу для отримання належних результатів?

1. 12 год
2. Не потрібно відкладати

3. 24 год (вірна відповідь)

4. 8 год
5. 6 год

Пояснення

Згідно з сучасними рекомендаціями, для отримання достовірних результатів спірометрії, пацієнтам, які приймають сальметерол, слід відкласти його прийом на 24 години до проведення дослідження.

Ось пояснення:

1. Сальметерол - це бета-2 агоніст тривалої дії. Він розслаблює м'язи дихальних шляхів, що може вплинути на результати спірометрії.
2. Спірометрія - це метод дослідження функції зовнішнього дихання, який дозволяє оцінити об'єм та швидкість повітря, що видихається з легень.

Для чого відкладати прийом сальметеролу?

1. Щоб оцінити базову функцію легень без впливу препарату.
2. Щоб отримати точні дані для діагностики та оцінки ефективності лікування.
3. Чому саме 24 години?
4. Тривалість дії сальметеролу становить близько 12 годин. Тому для повного виведення препарату з організму необхідно 24 години.

Таким чином, відповідь "24 год" є вірною.

Перед проведенням спірометрії також рекомендується уникати:

1. Куріння протягом 1 години.
2. Інтенсивного фізичного навантаження протягом 1 години.
3. Вживання алкоголю протягом 8 годин.
4. Вживання великої кількості їжі протягом 2 годин.
5. Лікар повинен знати про всі препарати, які приймає пацієнт, щоб правильно інтерпретувати результати спірометрії.

Щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Якщо б в питанні був препарат короткої дії, наприклад сальбутамол, то вірною відповіддю було б 4-6 годин.
2. Якщо б в питанні був препарат іпратропію бромід, то вірною відповіддю було б 12 годин.



85.

Пацієнтка віком 55 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,8°C упродовж останніх 4-х днів, задишку, загальну слабкість, кашель із виділенням прозорого мокротиння та біль у ділянці грудної клітки праворуч знизу. Із анамнезу відомо, що приймає флуконазол та левофлоксацин згідно з рекомендаціями сімейного лікаря. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: ділянка інфільтративного затемнення в середній частці правої легені, а також згладження правого реберно-діафрагмального кута. У чому полягає небезпека від взаємодії ліків, призначених сімейним лікарем?

1. Ризик виникнення псевдомембранозного коліту
2. Ризик розвитку синдрому Стівенсона-Джонсона

3. Ризик виникнення шлуночкових аритмій (вірна відповідь)

4. Ризик гострої ниркової недостатності
5. Зростання біодоступності флуконазолу

Пояснення

Взаємодія флуконазолу та левофлоксацину:

1. Обидва ці препарати можуть подовжувати інтервал QT на ЕКГ, що збільшує ризик розвитку шлуночкових аритмій, зокрема torsades de pointes (піруетна тахікардія).
2. Флуконазол є інгібітором ферментів цитохрому P450, що може збільшити концентрацію левофлоксацину в крові, посилюючи його кардіотоксичну дію.

Чому інші відповіді невірні:

1. Ризик виникнення псевдомембранозного коліту: Псевдомембранозний коліт найчастіше пов'язаний з антибіотиками, такими як кліндаміцин або цефалоспорини, а не з флуконазолом або левофлоксацином у такій мірі.

2. *Ризик розвитку синдрому Стівенса-Джонсона:* Синдром Стівенса-Джонсона може бути викликаний різними лікарськими засобами, але не є типовим побічним ефектом комбінації флуконазолу та левофлоксацину.
3. *Ризик гострої ниркової недостатності:* Хоча обидва препарати можуть мати нефротоксичний потенціал, ризик гострої ниркової недостатності при їх одночасному застосуванні не є основним.
4. *Зростання біодоступності флуконазолу:* Взаємодія флуконазолу та левофлоксацину не призводить до клінічно значущого зростання біодоступності флуконазолу.

Додаткові міркування:

- Враховуючи скарги пацієнтки (підвищення температури, задишка, кашель, біль у грудній клітці) та дані рентгенографії (інфільтрація в легені), можна припустити розвиток пневмонії.
- Призначення антибіотика (левофлоксацину) є обґрунтованим у цьому випадку.
- Однак, враховуючи наявність факторів ризику (одночасне застосування двох препаратів, що подовжують інтервал QT), необхідно ретельно контролювати стан пацієнтки та ЕКГ.

Щоб інші відповіді були вірними:

1. Ризик виникнення псевдомембранозного коліту: В анамнезі пацієнтки має бути тривале застосування антибіотиків широкого спектру дії, що порушує мікрофлору кишківника.
2. Ризик розвитку синдрому Стівенса-Джонсона: В анамнезі пацієнтки має бути алергія на сульфаніламідні препарати, або інші препарати, що можуть викликати синдром Стівенса-Джонсона.
3. Ризик гострої ниркової недостатності: В анамнезі пацієнтки мають бути хронічні захворювання нирок, або інші фактори ризику розвитку ниркової недостатності.
4. Зростання біодоступності флуконазолу: потрібно змінити препарати на ті, що мають таку взаємодію.



86.

Пацієнтка віком 45 років скаржиться на тривалий біль та тяжкість у правому підребер'ї. Об'єктивно спостерігається: шкіра блідо-рожева, температура тіла субфебрильна, відзначається позитивний симптом Кера. В аналізі крові: ШОЕ - 32 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

1. Цироз печінки
2. Хронічний гепатит
3. Хронічний панкреатит
4. Виразкова хвороба шлунка

5. Хронічний холецистит (вірна відповідь)

Пояснення

1. Біль і тяжкість у правому підребер'ї є типовими симптомами хронічного холециститу, тобто запалення жовчного міхура.
2. Позитивний симптом Кера (біль при пальпації в точці жовчного міхура під час глибокого вдиху) також підтверджує цей діагноз.
3. Підвищена ШОЕ (швидкість осідання еритроцитів) вказує на запальний процес в організмі.
4. Хронічний холецистит часто викликає субфебрильну температуру.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Цироз печінки*: Зазвичай супроводжується іншими симптомами, такими як жовтяниця, асцит, збільшення печінки та селезінки. Симптом Кера не є характерним.
2. *Хронічний гепатит*: Хоча може викликати біль у правому підребер'ї, симптом Кера не є типовим. Також, при гепатиті частіше спостерігаються зміни в печінкових пробах (АЛТ, АСТ), яких немає в описі.
3. *Хронічний панкреатит*: Біль при панкреатиті зазвичай локалізується у верхній частині живота або оперізує. Симптом Кера не є характерним.
4. *Виразкова хвороба шлунка*: Біль при виразці шлунка зазвичай пов'язаний з прийомом їжі і локалізується у верхній частині живота. Симптом Кера не є характерним.

Як зробити інші відповіді вірними:

1. Щоб відповідь «Цироз печінки» була вірною, потрібно додати в опис симптоми печінкової недостатності (жовтяниця, асцит, збільшення печінки).
2. Щоб відповідь «Хронічний гепатит» була вірною, потрібно додати зміни в печінкових пробах (підвищення АЛТ, АСТ).
3. Щоб відповідь «Хронічний панкреатит» була вірною, потрібно змінити локалізацію болю на верхню частину живота або оперізуючий.
4. Щоб відповідь «Виразкова хвороба шлунка» була вірною, потрібно пов'язати біль з прийомом їжі.



87.

Пацієнт віком 38 років скаржиться на головний біль та пітливість, тремор тіла, прискорене серцебиття. Із анамнезу відомо, що раніше було кілька таких нападів. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді та вологі, зіниці розширені, ЧСС - 94/хв, АТ - 220/110 мм рт. ст. Встановлено попередній діагноз: феохромоцитома. Яке з досліджень є першочерговим та найінформативнішим для підтвердження діагнозу?

1. МРТ наднирників

2. УЗД наднирників

3. Визначення вільного метанефрину в плазмі крові (вірна відповідь)

4. Рентген турецького

5. Комп'ютерна томографія

Пояснення

Феохромоцитома – це пухлина, яка розвивається в надниркових залозах і виробляє надмірну кількість гормонів, таких як адреналін і норадреналін. Ці гормони можуть викликати різноманітні симптоми, включаючи головний біль, пітливість, тремор, прискорене серцебиття та високий кров'яний тиск.

Для підтвердження діагнозу феохромоцитомою необхідно виміряти рівень цих гормонів або їх метаболітів у крові або сечі.

Чому визначення вільного метанефрину в плазмі крові є першочерговим і найінформативнішим дослідженням:

1. Висока чутливість і специфічність: Визначення вільних метанефринів у плазмі крові є найбільш чутливим і специфічним методом для діагностики феохромоцитомою. Метанефрини є метаболітами катехоламінів (адреналіну та норадреналіну), і їх рівень підвищується при феохромоцитомі.

2. Виявлення навіть невеликих пухлин: Цей метод дозволяє виявити навіть невеликі пухлини, які можуть не візуалізуватися за допомогою інших методів.
3. Підтвердження функціональної активності пухлини: Визначення метанефринів підтверджує, що пухлина є функціонально активною і виробляє надмірну кількість гормонів.

Чому інші варіанти відповідей менш інформативні на першому етапі:

1. *МРТ, УЗД та КТ наднирників*: Ці методи візуалізації використовуються для виявлення пухлини, але вони не можуть підтвердити, що пухлина є феохромоцитомою. Їх проводять після біохімічного підтвердження діагнозу.
2. *Рентген турецького сідла*: Цей метод дослідження використовується для діагностики пухлин гіпофіза, а не надниркових залоз.

Після підтвердження діагнозу феохромоцитомою за допомогою біохімічних методів, проводяться методи візуалізації (КТ або МРТ) для визначення локалізації пухлини.



88.

Пацієнтку віком 56 років шпиталізовано зі скаргами на наростаючу задишку в стані спокою, сухий кашель, який перейшов у вологий із виділенням пінистого мокротиння, біль у грудній клітці. Із анамнезу відомо, що пацієнтка хворіє на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет більше 10-ти років. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, помірний акроціаноз, на обличчі холодний піт, набряки нижніх кінцівок, вислуховуються дистанційні вологі хрипи, "клепочуще" дихання, АТ - 198/112 мм рт. ст., SpO₂ - 78% без кисневої підтримки, ЧД - 26-28/хв, пульс - 115/хв. На ЕКГ виявлено: синусовий ритм, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка із систолічним переважанням, депресія сегмента S-T до 0,5 мм в I та AVL відведеннях, негативний зубець T у V1-V6, блокада лівої ніжки пучка Гіса. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: розширення лівої межі серця та коренів легень, контури нечіткі, симетричні множинні вогнищеві тіні, що зливаються між собою. Показники газометрії артеріальної крові: pH - 7,2, PaCO₂ - 54 мм рт. ст., PaO₂ - 61 мм рт. ст., ctCO₂ - 34 ммоль/л, BE - "-2,5 мЕкв/л". У біохімічному аналізі крові: КФК-МВ - 38 Од/л, тропонін - 0.07 нг/мл, NT-proBNP - 115 пг/мл. Які препарати першої допомоги необхідно застосувати в цьому разі?

1. Оксикодон, фуросемід, метамізол натрію
2. Дексаметазон, еуфілін, еноксапарин
3. Варфарин, фуросемід, нітрогліцерин
4. Ізосорбіту динітрат, гепарин, бісопролол

5. Морфін, фуросемід, нітрогліцерин (вірна відповідь)

Пояснення

1. Морфін:
 - Зменшує задишку, спричинену набряком легень, за рахунок зниження тривожності та зменшення венозного повернення крові до серця.
 - Знижує перед- та післянавантаження на серце.
2. Фуросемід:
 - Потужний діуретик, який швидко зменшує об'єм циркулюючої крові та навантаження на серце, сприяючи зменшенню набряку легень.
3. Нітрогліцерин:
 - Вазодилататор, який розширює коронарні судини та знижує перед- та післянавантаження на серце.
 - Сприяє зменшенню задишки та болю в грудній клітці.

Чому інші відповіді невірні:

1. Оксикодон, метамізол натрію - не є препаратами першої лінії при набряку легень.
2. Дексаметазон, еуфілін, еноксапарин - застосовуються при інших станах, але не є першочерговими при набряку легень.
3. Варфарин, бісопролол - не є препаратами першої лінії при набряку легень.
4. Ізосорбіту динітрат, гепарин, бісопролол - не є препаратами першої лінії при набряку легень.

Враховуючи гіпертонічний криз, доцільно додати препарати для зниження артеріального тиску. Необхідна оксигенотерапія для корекції гіпоксемії.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Оксикодон, фуросемід, метамізол натрію: якби у пацієнтки був виражений больовий синдром, можна було б додати оксикодон та метамізол натрію.
2. Дексаметазон, еуфілін, еноксапарин: якби у пацієнтки була бронхіальна астма або ХОЗЛ, можна було б додати дексаметазон та еуфілін. Еноксапарин застосовується при тромбоемболії легеневої артерії, що є однією з диференційних діагностик.
3. Варфарин, фуросемід, нітрогліцерин: якби у пацієнтки було порушення ритму серця, наприклад фібриляція передсердь, то варфарин був би доречним.
4. Ізосорбіту динітрат, гепарин, бісопролол: якби у пацієнтки була стабільна стенокардія, то ізосорбіту динітрат та бісопролол були б доречними. Гепарин застосовується при тромбоемболії легеневої артерії, що є однією з диференційних діагностик.

**89.**

Пацієнт віком 28 років скаржиться на періодичне підвищення температури тіла, що супроводжується діареєю до 3-4-х разів на добу з домішками крові та слизу, переймоподібний біль унизу живота перед актом дефекації, загальну слабкість, схуднення, біль у колінних суглобах. Із анамнезу відомо, що перші симптоми з'явилися 4 місяці тому після перенесеної інфекції. Два тижні тому відзначає появу на шкірі гомілок вузликів червоного кольору. Об'єктивно спостерігається: температура тіла - 37,8°C, ЧСС - 87/хв, шкіра бліда, афтозний стоматит. Живіт здутий, під час пальпації болючий у лівих відділах кишечника. Який метод дослідження необхідно виконати для встановлення діагнозу?

1. Колоноскопію (вірна відповідь)

2. Іригоскопію
3. Ректороманоскопію
4. КТ кишечника з контрастуванням
5. Бактеріологічний посів калу

Пояснення

З огляду на клінічну картину (діарея з кров'ю та слизом, біль у животі, лихоманка, афтозний стоматит, вузлувата еритема), найімовірнішим діагнозом є запальне захворювання кишечника, найімовірніше, виразковий коліт або хвороба Крона.

Пояснення до вірної відповіді (колоноскопія):

1. Колоноскопія є «золотим стандартом» діагностики запальних захворювань кишечника. Вона дозволяє:
2. Візуально оцінити стан слизової оболонки товстої кишки.
3. Виявити характерні зміни (виразки, запалення, псевдополіпи).

4. Взяти біопсію для гістологічного дослідження, що є вирішальним для встановлення діагнозу.

Чому інші відповіді менш підходять:

1. *Іригоскопія*: Рентгенівське дослідження товстої кишки з контрастом може виявити зміни, але менш інформативне, ніж колоноскопія, особливо для ранньої діагностики та взяття біопсії.
2. *Ректороманоскопія*: Дослідження лише прямої та сигмоподібної кишки, недостатнє для оцінки всієї товстої кишки.
3. *КТ кишечника з контрастуванням*: Може бути корисним для виявлення ускладнень (абсцеси, стриктури), але не є першочерговим методом діагностики запальних захворювань кишечника.
4. *Бактеріологічний посів калу*: Дозволяє виявити інфекційні причини діареї, але не дає інформації про запальні захворювання кишечника.

Щоб інші відповіді стали вірними:

1. *Іригоскопія*: Питання мало б бути орієнтоване на виявлення стриктур або інших анатомічних змін у товстій кишці.
2. *Ректороманоскопія*: Питання мало б бути орієнтоване на дослідження лише прямої та сигмоподібної кишки.
3. *КТ кишечника з контрастуванням*: Питання мало б бути орієнтоване на виявлення ускладнень запальних захворювань кишечника (абсцеси, стриктури, перфорації).
4. *Бактеріологічний посів калу*: Питання мало б бути орієнтоване на виявлення інфекційної причини діареї.



90.

У пацієнтки віком 60 років після стресової ситуації раптово виник напад задишки. Із анамнезу відомо, що протягом 20-ти років хворіє на артеріальну гіпертензію. Об'єктивно спостерігається: положення ортопное, пульс - 120/хв, АТ - 210/120 мм рт. ст. Аускультативно - І тон над верхівкою серця послаблений, у діастолі вислуховується додатковий тон, ЧД - 32/хв, дихання над нижніми відділами легень послаблене, поодинокі незвучні вологі дрібнопухирцеві хрипи. Який найімовірніший діагноз?

1. Гіпертензивний криз, ускладнений (вірна відповідь)

2. Пароксизмальна тахікардія
3. Інфаркт міокарда
4. Геморагічний інсульт
5. Гіпертензивний криз, неускладнений

Пояснення

У пацієнтки наявні симптоми, які вказують на гіпертензивний криз, ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю, що призвела до набряку легень.

Гіпертензивний криз:

1. Високий артеріальний тиск (210/120 мм рт. ст.)
2. Виникнення після стресової ситуації
3. Анамнез артеріальної гіпертензії

Ускладнення (гостра лівошлуночкова недостатність):

1. Задишка, ортопноє (положення сидячи для полегшення дихання)
2. Тахікардія (120/хв)
3. Послаблений I тон серця, додатковий тон (III тон), що вказує на перевантаження лівого шлуночка
4. Вологі дрібнопухирцеві хрипи в легенях, що свідчать про набряк легень

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Пароксизмальна тахікардія:* Хоча тахікардія присутня, інші симптоми (високий артеріальний тиск, хрипи в легенях) не характерні для пароксизмальної тахікардії.
2. *Інфаркт міокарда:* Інфаркт міокарда може викликати задишку та набряк легень, але зазвичай супроводжується болем у грудях, якого в цьому випадку немає.
3. *Геморагічний інсульт:* Геморагічний інсульт може викликати підвищення артеріального тиску, але зазвичай супроводжується неврологічними симптомами (слабкість, порушення мови, свідомості), яких у цьому випадку немає.
4. *Гіпертензивний криз, неускладнений:* Наявність хрипів в легенях вказує на набряк легень, що є ускладненням гіпертензивного кризу.

Щоб інші відповіді стали вірними:

1. Пароксизмальна тахікардія: В описі потрібно вказати на раптове почастішання серцебиття без підвищення артеріального тиску і без хрипів в легенях.
2. Інфаркт міокарда: В описі потрібно додати інформацію про біль в грудях, зміни на ЕКГ.
3. Геморагічний інсульт: В описі потрібно додати інформацію про неврологічні симптоми (порушення мови, параліч тощо).



91.

Пацієнт віком 28 років скаржиться на біль у поперековій ділянці ліворуч, озноб, біль у м'язах. Із анамнезу відомо, що скарги виникли після переохолодження 5 днів тому. Об'єктивно спостерігається: температура тіла - 39°C, ЧД - 18/хв, АТ - 120/80 мм рт. ст., пульс - 114/хв. Під час аускультії легень спостерігається: дихання везикулярне, тони серця звучні. З лівого боку в поперековій ділянці під час постукування визначається різка болючість. За результатами загального аналізу крові виявлено: гемоглобін - 142 г/л, еритроцити - $4,4 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,94, тромбоцити - $236 \cdot 10^9/л$, лейкоцити - $15,2 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні - 13%, еозинофіли - 0%, базофіли - 1%, сегментоядерні - 49%, моноцити - 6%, лімфоцити - 31%, ШОЕ - 32 мм/год. Який додатковий метод дослідження є першочерговим у цьому разі?

1. Комп'ютерна томографія органів сечовидільної системи
2. Оглядова ренографія
3. Екскреторна урографія

4. Загальний аналіз сечі (вірна відповідь)

5. Бактеріологічне дослідження сечі

Пояснення

З огляду на клінічну картину (біль у поперековій ділянці, озноб, гарячка, лейкоцитоз зі зсувом формули вліво) у пацієнта є висока ймовірність гострого пієлонефриту. Тому першочерговим методом дослідження є загальний аналіз сечі.

Пояснення:

Загальний аналіз сечі (правильна відповідь) – це найпростіший та найдоступніший метод, який дозволяє швидко виявити ознаки запального процесу в нирках (лейкоцитурія, бактеріурія, гематурія).

Він є першим кроком у діагностиці пієлонефриту, оскільки дозволяє підтвердити наявність запалення сечовивідних шляхів.

Інші методи дослідження:

1. Комп'ютерна томографія органів сечовидільної системи:

- Цей метод є більш інформативним, але його не проводять як першочергове дослідження.
- КТ використовують у складних випадках, коли є підозра на ускладнення пієлонефриту (абсцес нирки, карбункул нирки) або для диференційної діагностики з іншими захворюваннями.

2. Оглядова ренографія та екскреторна урографія:

- Ці методи дозволяють оцінити функцію нирок та виявити анатомічні аномалії.
- Їх проводять після загального аналізу сечі та ультразвукового дослідження нирок, якщо є підозра на порушення відтоку сечі або інші ускладнення.

3. Бактеріологічне дослідження сечі:

- Цей метод дозволяє визначити збудника інфекції та його чутливість до антибіотиків.
- Його проводять для уточнення діагнозу та вибору оптимальної антибіотикотерапії. Проте, результат бактеріологічного дослідження буде готовий через декілька днів, тому його не можна вважати першочерговим.

Чому інші відповіді можуть бути вірними за інших умов:

1. Якщо в анамнезі пацієнта були б вказівки на травму поперекової ділянки, то першочерговим методом дослідження могла б бути комп'ютерна томографія.
2. Якщо б у пацієнта була підозра на сечокам'яну хворобу, то оглядова ренографія або екскреторна урографія могли б бути першочерговими методами дослідження.



92.

Пацієнт віком 40 років скаржиться на задишку під час фізичного навантаження та свистячі хрипи в грудях. Із анамнезу відомо, що курить впродовж 20-ти років. Об'єктивно спостерігається: перкуторно - коробковий звук над легеньми, аускультативно - над легеньми вислуховуються жорстке дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи. За результатами спірографії з бронхолітиком виявлено: приріст ОФВ1 - 10,5%. Який найімовірніший діагноз?

1. Туберкульоз
2. Бронхоектатична хвороба

3. ХОЗЛ (вірна відповідь)

4. Гострий бронхіт
5. Бронхіальна астма

Пояснення

Клінічна картина:

1. Задишка при фізичному навантаженні.
2. Свистячі хрипи в грудях.

3. Тривалий анамнез куріння (20 років).
4. Перкуторно - коробковий звук над легеньми (ознака емфіземи).
5. Аускультативно - жорстке дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи (ознаки бронхіальної обструкції).
6. Спірографія з бронхолітиком виявлено: приріст ОФВ1 - 10,5%.

Чому ХОЗЛ:

1. ХОЗЛ є хронічним захворюванням, що характеризується обмеженням повітряного потоку в дихальних шляхах.
2. Головним фактором ризику розвитку ХОЗЛ є куріння.
3. Симптоми та дані об'єктивного обстеження (задишка, хрипи, подовжений видих) вказують на наявність бронхіальної обструкції.
4. Приріст ОФВ1 менше 12% при спірографії з бронхолітиком, характерно для ХОЗЛ.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Туберкульоз:* Хоча туберкульоз може викликати кашель і задишку, він зазвичай супроводжується іншими симптомами, такими як нічна пітливість, втрата ваги, лихоманка. Перкуторний звук при туберкульозі буде іншим.
2. *Бронхоектатична хвороба:* Для бронхоектатичної хвороби характерний продуктивний кашель з виділенням гнійного мокротиння, чого немає в цьому випадку.
3. *Гострий бронхіт:* Гострий бронхіт зазвичай має гострий початок і супроводжується кашлем з мокротинням, лихоманкою. Також при гострому бронхіті не буде перкуторно коробкового звуку.
4. *Бронхіальна астма:* Бронхіальна астма характеризується зворотнім обмеженням повітряного потоку, що підтверджується значним поліпшенням ОФВ1 після бронхолітиків. В даному випадку приріст ОФВ1 становить лише 10,5%, що нехарактерно для астми.

Щоб інші відповіді були вірними:

1. Для туберкульозу: додати симптоми нічної пітливості, втрати ваги, лихоманки, зміни при перкусії.
2. Для бронхоектатичної хвороби: додати інформацію про продуктивний кашель з гнійним мокротинням.
3. Для гострого бронхіту: вказати на гострий початок захворювання, наявність лихоманки, кашлю з мокротинням.
4. Для бронхіальної астми: вказати на приріст ОФВ1 >12% після бронхолітиків.



93.

Пацієнт віком 54 роки скаржиться на свербіж, жовтяницю, посвітління калу, що турбують десятий день. Об'єктивно спостерігається: іктеричність склер та слизових оболонок, печінка на 2 см нижче реберної дуги, поверхня гладка, селезінка не пальпується. В аналізі крові: білірубін загальний - 98,6 мкмоль/л, прямий - 70 мкмоль/л, ЛФ - 180 ОД/л, ГГТП - 140 ОД/л, АЛТ - 42 ОД/л, холестерин - 9,8 ммоль/л. За результатами УЗД виявлено: розширення холедоха та внутрішньопечінкових жовчних проток. Який із нижченаведених методів дослідження є найінформативнішим для уточнення діагнозу?

1. Протеїнограма
2. Пункційна біопсія печінки
3. **Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) (вірна відповідь)**
4. Доплерівське дослідження портальної системи

5. Аналіз крові на вірусні гепатити (вірусні маркери)

Пояснення

З огляду на клінічну картину (свербіж, жовтяниця, посвітління калу) та результати лабораторних досліджень (підвищення білірубіну, особливо прямого, лужної фосфатази та гамма-глутамілтранспептидази), у пацієнта є ознаки холестазу, тобто порушення відтоку жовчі. Розширення холедоха та внутрішньопечінкових жовчних проток, виявлене на УЗД, підтверджує цей діагноз.

Пояснення до вірної відповіді (ЕРХПГ):

1. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) є найбільш інформативним методом для візуалізації жовчних проток та виявлення причини їх обструкції (наприклад, камені, пухлини, стриктури).
2. Під час ЕРХПГ можна не тільки діагностувати причину холестазу, але й провести лікувальні маніпуляції, такі як видалення каменів або встановлення стента.

Чому інші відповіді менш інформативні:

1. *Протеїнограма*: Допомогає оцінити функцію печінки, але не дає інформації про стан жовчних проток.
2. *Пункційна біопсія печінки*: Може бути корисною для діагностики захворювань печінки, але не є першочерговим методом при підозрі на обструкцію жовчних проток.
3. *Доплерівське дослідження портальної системи*: Оцінює кровотік в портальній вені, але не візуалізує жовчні протоки.
4. *Аналіз крові на вірусні гепатити (вірусні маркери)*: Виключає вірусний гепатит, але не пояснює причину холестазу.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Якщо б у пацієнта були ознаки хронічного гепатиту (наприклад, підвищення АЛТ, АСТ), то аналіз крові на вірусні гепатити був би необхідний для виключення вірусної етіології.
2. Якщо б у пацієнта була підозра на аутоімунний гепатит, то пункційна біопсія печінки була б необхідна для підтвердження діагнозу.
3. Якщо б у пацієнта були ознаки портальної гіпертензії (наприклад, асцит, варикозне розширення вен), то доплерівське дослідження портальної системи було б інформативним.
4. Якщо б у пацієнта були неспецифічні скарги без жовтяниці, то протеїнограма могла б бути корисним методом для оцінки функції печінки.



94.

Пацієнт віком 48 років скаржиться на інтенсивний біль у ділянці першого плюснево-фалангового суглоба, що виник раптово вночі. Об'єктивно спостерігається: набряк ділянки суглоба й гіперемія та гіпертермія шкіри над ним, виражена болючість під час пальпації та рухів. Який найімовірніший діагноз?

1. Флегмона м'яких тканин
2. Реактивний артрит
3. Бешиха
4. Панарицій

5. Гострий напад подагричного артриту (вірна відповідь)

Пояснення

Типові симптоми:

1. Раптовий початок болю вночі.
2. Інтенсивний біль у першому плюснево-фаланговому суглобі (найчастіше місце ураження при подагрі).
3. набряк, гіперемія (почервоніння) та гіпертермія (підвищення температури) шкіри над суглобом.
4. Виражена болючість при пальпації та рухах.

Чому саме подагра:

1. Ці симптоми характерні для гострого нападу подагричного артриту, який виникає внаслідок відкладення кристалів сечової кислоти в суглобі.
2. Перший плюснево-фаланговий суглоб, є найчастішим місцем локалізації подагри.

Диференційна діагностика:

1. *Флегмона м'яких тканин*: хоча й супроводжується набряком та гіперемією, але зазвичай має більш поширений характер та може включати ознаки системної інфекції (лихоманка, слабкість).
2. *Реактивний артрит*: зазвичай виникає після інфекцій (кишкові, уrogenітальні) та супроводжується ураженням інших суглобів.
3. *Бешиха*: це інфекційне захворювання шкіри, яке проявляється яскраво-червоним вогнищем запалення з чіткими межами, часто супроводжується лихоманкою.
4. *Панарицій*: це гнійне запалення тканин пальця, зазвичай пов'язане з травмою або інфекцією. Локалізується в м'яких тканинах пальця, а не в суглобі.

Як зробити інші відповіді вірними:

1. *Флегмона м'яких тканин*: у питанні потрібно додати інформацію про поширення набряку на сусідні тканини, можливу наявність гнійного вмісту та загальні симптоми інфекції.
2. *Реактивний артрит*: необхідно вказати на перенесену нещодавно інфекцію (наприклад, кишкову або уrogenітальну) та можливе ураження інших суглобів.
3. *Бешиха*: потрібно змінити локалізацію процесу на шкіру гомілки або обличчя та додати опис характерного яскраво-червоного вогнища запалення з чіткими межами.
4. *Панарицій*: необхідно змінити локалізацію процесу на м'які тканини пальця (наприклад, навколонігтьове ложе) та вказати на можливу наявність гнійного вмісту.



95.

У пацієнтки віком 62 роки після перенесеного інфаркту міокарда через 2 роки виник затяжний приступ ангінозного болю. На ЕКГ спостерігаються негативні зубці Т в грудних відведеннях V1 - V4. Який лабораторний тест необхідно виконати для верифікації діагнозу: повторний гострий інфаркт міокарда?

1. Визначення креатиніну
2. Визначення холестерину
3. Визначення глікованого гемоглобіну

4. Визначення тропоніну Т або І (вірна відповідь)

5. Визначення трансаміназ

Пояснення

Тропоніни (тропонін Т та І) — це білки, які вивільняються в кров при пошкодженні серцевого м'яза. Їх рівень значно зростає при інфаркті міокарда, що робить їх високочутливими та специфічними маркерами цього стану.

У пацієнтки з анамнезом інфаркту міокарда та поточними симптомами, що вказують на можливий повторний інфаркт (затяжний ангінозний біль, зміни на ЕКГ), визначення тропонінів є ключовим для підтвердження діагнозу.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Визначення креатиніну:* Креатинін використовується для оцінки функції нирок, а не для діагностики інфаркту міокарда.
2. *Визначення холестерину:* Холестерин є фактором ризику серцево-судинних захворювань, але його рівень не змінюється гостро при інфаркті міокарда.
3. *Визначення глікованого гемоглобіну:* Глікований гемоглобін відображає середній рівень глюкози в крові за останні 2-3 місяці та використовується для діагностики та моніторингу цукрового діабету, а не інфаркту міокарда.
4. *Визначення трансаміназ:* Раніше трансамінази (АСТ, АЛТ) використовувалися як маркери інфаркту міокарда, але вони менш специфічні, ніж тропоніни, і можуть підвищуватися при інших станах.

Важливо відзначити, що для точної діагностики інфаркту міокарда необхідно використовувати комплексний підхід, що включає анамнез, ЕКГ, визначення тропонінів та інші методи дослідження.

Щоб інші відповіді мали сенс, потрібно змінити питання, наприклад:

1. Для креатиніну: "У пацієнта з інфарктом міокарда розвинулась гостра ниркова недостатність. Який лабораторний тест необхідно виконати для оцінки функції нирок?"
2. Для холестерину: "Який лабораторний тест необхідно виконати для оцінки ризику розвитку серцево-судинних захворювань у пацієнта з анамнезом інфаркту міокарда?"
3. Для глікованого гемоглобіну: "У пацієнта з інфарктом міокарда підозрюється цукровий діабет. Який лабораторний тест необхідно виконати для підтвердження діагнозу?"
4. Для трансаміназ: "У пацієнта з інфарктом міокарда розвинулись ознаки гепатиту. Який лабораторний тест необхідно виконати для оцінки функції печінки?"



96.

Пацієнтку віком 35 років шпиталізовано зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, кількаразове блювання. Із анамнезу відомо, що протягом 2-х днів її турбували підвищення температури тіла до 39°C, нежить, біль у горлі, тому для покращення свого стану неодноразово приймала розчинний парацетамол у дозі 500 мг. За останні 12 год було 12 прийомів парацетамолу. Яку невідкладну допомогу необхідно надати пацієнтці?

1. Проведення гемодіалізу
2. В/в введення натрію бікарбонату
3. В/в введення N-ацетилцистеїну (вірна відповідь)
4. Промивання шлунка
5. В/в введення метоклопраміду

Пояснення

З огляду на клінічну картину та анамнез пацієнтки, найбільш вірною відповіддю є внутрішньовенне введення N-ацетилцистеїну. Ось пояснення:

1. **Передозування парацетамолом:** Пацієнтка прийняла значно перевищену дозу парацетамолу (12 прийомів по 500 мг за 12 годин), що може призвести до токсичного ураження печінки.
2. **N-ацетилцистеїн (NAC):** Це антидот при отруєнні парацетамолом. Він діє, відновлюючи рівень глутатіону, який необхідний для детоксикації токсичного метаболіту парацетамолу. Раннє введення NAC є ключовим для запобігання ураженню печінки.

Чому інші відповіді менш вірні:

1. **Гемодіаліз:** Гемодіаліз не є першочерговим методом лікування при отруєнні парацетамолом. Він може бути необхідний у важких випадках з нирковою недостатністю, але це не є першим кроком.
2. **Внутрішньовенне введення натрію бікарбонату:** Натрію бікарбонат використовується для корекції ацидозу, але в цьому випадку першочерговим є захист печінки.
3. **Промивання шлунка:** Промивання шлунка може бути корисним, якщо пацієнтка прийняла парацетамол нещодавно (протягом 1-2 годин), але в цьому випадку минуло 12 годин, тому воно менш ефективне.
4. **Внутрішньовенне введення метоклопраміду:** Метоклопрамід - промотор перистальтики, який може допомогти зменшити нудоту та блювання, але він не впливає на токсичну дію парацетамолу.

Як можна було б зробити інші відповіді вірними:

1. Якщо б у питанні був акцент на тому, що в пацієнтки є ознаки ацидозу, то відповідь з натрію бікарбонатом була б вірною.
2. Якщо б у питанні було зазначено, що пацієнтка прийняла парацетамол менше години тому, відповідь з промиванням шлунка була б вірною.
3. Якщо б в пацієнтки була ниркова недостатність, то гемодіаліз був би вірною відповіддю.
4. Якщо б у пацієнтки було сильне блювання, яке неможливо зупинити, то метоклопрамід був би вірною відповіддю.



97.

Пацієнтка віком 26 років під час профілактичного огляду поскаржилася на слабкість, тремор кінцівок, втратила свідомість. Із анамнезу відомо, що хворіє на цукровий діабет 1-го типу. Об'єктивно спостерігається: свідомість відсутня, шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений, тризм жувальних м'язів, тонус очних яблук нормальний. Пульс - 78/хв, ритмічний, АТ - 95/60 мм рт. ст., ЧД - 28/хв, ритмічне. Язик вологий. Менінгеальні знаки відсутні. Який із препаратів необхідно ввести першочергово?

1. 40%-ий розчин глюкози (вірна відповідь)

2. Преднізолон
3. Діазепам
4. Інсулін
5. Адреналін

Пояснення

З огляду на клінічну картину, у пацієнтки, ймовірно, розвинулася гіпоглікемічна кома. Це стан, який виникає внаслідок різкого зниження рівня глюкози в крові, що може статися у хворих на цукровий діабет 1-го типу, особливо при передозуванні інсуліну або недостатньому харчуванні.

Пояснення:

40% розчин глюкози: Це препарат вибору для лікування гіпоглікемічної коми. Введення глюкози швидко підвищує рівень цукру в крові та відновлює функцію мозку.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Преднізолон*: Це глюкокортикоїдний гормон, який використовується для лікування запальних та алергічних захворювань. Він не впливає на рівень глюкози в крові.
2. *Діазепам*: Це транквілізатор, який використовується для лікування тривоги, судом та м'язового спазму. Він не підвищує рівень глюкози в крові.
3. *Інсулін*: Це гормон, який знижує рівень глюкози в крові. Введення інсуліну при гіпоглікемічній комі лише погіршить стан пацієнтки.
4. *Адреналін*: Це гормон, який підвищує рівень глюкози в крові, але його використання не є першочерговим при гіпоглікемічній комі. Глюкоза є більш безпечним і ефективним засобом.

Враховуючи симптоми, такі як тремор, втрата свідомості, волога шкіра та підвищений м'язовий тонус, гіпоглікемія є найбільш вірогідною причиною.

Важливо швидко надати допомогу пацієнтці, оскільки тривала гіпоглікемія може призвести до незворотних пошкоджень мозку.

На місці події, якщо немає можливості ввести глюкозу внутрішньовенно, можна використати глюкагон внутрішньом'язово.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити клінічну картину:

1. Щоб відповідь «Інсулін» була вірною, потрібно було б описати симптоми гіперглікемічної коми (наприклад, суха шкіра, запах ацетону з рота, глибоке дихання).
2. Щоб відповідь «Преднізолон» була вірною, потрібно було б описати симптоми гострої надниркової недостатності.
3. Щоб відповідь «Діазепам» була вірною, потрібно було б описати симптоми епілептичного нападу.
4. Щоб відповідь «Адреналін» була вірною, потрібно було б описати анафілактичний шок.



98.

Пацієнтка віком 67 років скаржиться на перебої в роботі серця. В анамнезі: хронічна ревматична хвороба серця, протезування мітрального клапана. Об'єктивно спостерігається: діяльність серця аритмічна, вислуховується робота механічного мітрального клапана. АТ - 125/60 мм рт. ст., ЧСС - 72/хв, пульс - 68/хв. За результатами ЕКГ виявлено: фібриляція передсердь, нормосистолічна форма. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано для попередження емболії?

1. Прямий інгібітор тромбіну
2. Прямий інгібітор фактора Ха
3. Інгібітор агрегації тромбоцитів

4. Антагоніст вітаміну К (вірна відповідь)

Пояснення

З огляду на клінічну картину (фібриляція передсердь, протезований мітральний клапан) та анамнез пацієнтки (хронічна ревматична хвороба серця), правильна відповідь - 4. Антагоніст вітаміну К.

Пояснення:

Фібриляція передсердь є фактором ризику тромбоемболічних ускладнень, оскільки порушення ритму серця сприяє утворенню тромбів у передсердях.

Протезований мітральний клапан також потребує антикоагулянтної терапії для запобігання утворенню тромбів на штучному клапані.

Антагоністи вітаміну К (наприклад, варфарин) є препаратами вибору для профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з фібриляцією передсердь та механічними протезами клапанів серця.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Прямі інгібітори тромбіну (наприклад, дабігатран) та Прямі інгібітори фактора Ха (наприклад, ривароксабан, апіксабан):* ці препарати є альтернативою варфарину у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, але вони не рекомендуються для пацієнтів з механічними протезами клапанів серця.
2. *Інгібітори агрегації тромбоцитів (наприклад, аспірин, клопідогрель):* ці препарати використовуються для профілактики артеріальних тромбозів, але вони недостатньо ефективні для профілактики тромбоемболічних ускладнень, пов'язаних з фібриляцією передсердь та механічними протезами клапанів серця.

Пацієнтам з механічними протезами клапанів серця необхідно регулярно контролювати міжнародне нормалізоване відношення (MNV) для підтримки терапевтичного рівня антикоагуляції.

При виборі антикоагулянтної терапії необхідно враховувати індивідуальні фактори ризику пацієнта, такі як вік, наявність супутніх захворювань та ризик кровотеч.

Щоб інші відповіді стали вірними, питання мало б звучати так:

1. «Прямий інгібітор тромбіну» та «Прямий інгібітор фактора Ха»: "Пацієнтка віком 67 років скаржиться на перебої в роботі серця. В анамнезі: неклапанна фібриляція передсердь. Об'єктивно спостерігається: діяльність серця аритмічна. АТ - 125/60 мм рт. ст., ЧСС - 72/хв, пульс - 68/хв. За результатами ЕКГ виявлено: фібриляція передсердь, нормосистолічна форма. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано для попередження емболії?"
2. «Інгібітор агрегації тромбоцитів»: "Пацієнт віком 60 років скаржиться на біль у грудях, що виникає при фізичному навантаженні. В анамнезі: ішемічна хвороба серця, стентування коронарних артерій. Об'єктивно спостерігається: АТ - 130/80 мм рт. ст., ЧСС - 78/хв. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано для попередження тромбоутворення?"



99.

Пацієнт віком 45 років скаржиться на тупий біль і тяжкість у правому підберер'ї. Із анамнезу відомо, що хворіє на цироз печінки впродовж 9-ти років. Об'єктивно спостерігається: пацієнт апатичний, дезорієнтований у часі, шкіра і склери іктеричні, "печінковий" запах із рота, живіт м'який, чутливий в епігастрії. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Який найімовірніший діагноз?

1. Гостра печінкова недостатність (вірна відповідь)

2. Рак печінки

3. Гострий вірусний гепатит

4. Гострий холецистит

5. Рак підшлункової залози

Пояснення

З огляду на клінічну картину та анамнез пацієнта, найбільш ймовірним діагнозом є гостра печінкова недостатність.

Пояснення:

1. Цироз печінки в анамнезі: Це ключовий фактор, оскільки цироз є основним фактором ризику розвитку печінкової недостатності.
2. Тупий біль і тяжкість у правому підребер'ї: Це типові симптоми ураження печінки.
3. Апатія та дезорієнтація: Ці симптоми вказують на печінкову енцефалопатію, яка є наслідком накопичення токсинів у крові через порушення функції печінки.
4. Іктеричність шкіри та склер: Це ознака порушення функції печінки, що призводить до накопичення білірубину в крові.
5. "Печінковий" запах з рота: Це специфічний симптом печінкової недостатності.
6. Чутливість в епігастрії: Може бути пов'язана зі збільшенням печінки або наявністю асцити.
7. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги: На пізніх стадіях цирозу печінка може зменшуватися в розмірах.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Рак печінки:* Хоча рак печінки може розвиватися на тлі цирозу, у цьому випадку немає явних ознак пухлини (наприклад, гепатомегалії, кахексії).
2. *Гострий вірусний гепатит:* Хоча іктеричність може бути присутня, анамнез цирозу печінки робить цей діагноз менш вірогідним.
3. *Гострий холецистит:* Біль при гострому холециститі зазвичай гострий і колькоподібний, а не тупий. Крім того, немає ознак запалення жовчного міхура (наприклад, симптому Мерфі).
4. *Рак підшлункової залози:* Хоча біль у епігастрії може бути присутній, немає інших симптомів, характерних для раку підшлункової залози (наприклад, втрати ваги, порушення травлення).

Щоб інші відповіді стали вірними, необхідно змінити клінічну картину:

1. Для раку печінки: додати дані про гепатомегалію, втрату ваги, підвищення рівня альфа-фетопротеїну.
2. Для гострого вірусного гепатиту: прибрати дані про цироз печінки в анамнезі, додати дані про контакт з хворим на гепатит, підвищення рівня печінкових ферментів.
3. Для гострого холециститу: змінити характер болю на гострий колькоподібний, додати дані про позитивний симптом Мерфі, підвищення рівня лейкоцитів.
4. Для раку підшлункової залози: додати дані про втрату ваги, порушення травлення, жовтяницю, підвищення рівня СА 19-9.



100.

Пацієнт віком 68 років скаржиться на головний біль. В анамнезі: гіпертонічна хвороба, стенокардія напруги ФК І, постійно приймає периндоприл з індапамідом. Об'єктивно спостерігається: набряків немає, пульс - 93/хв, ритмічний, АТ - 160/90 мм рт. ст. Лікарський препарат якої групи рекомендовано додати до лікування?

1. beta-адреноблокатор (вірна відповідь)

2. Селективний агоніст імідазолінових рецепторів
3. Блокатор ренін-ангіотензин-альдостеронової системи
4. Антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів
5. Діуретик

Пояснення

У пацієнта 68 років з гіпертонічною хворобою та стенокардією напруги спостерігається підвищений артеріальний тиск (160/90 мм рт. ст.). Він вже приймає комбінацію периндоприлу з індапамідом, що є стандартною терапією для гіпертонії. Однак, поточний рівень артеріального тиску залишається підвищеним, тому необхідно додати ще один антигіпертензивний препарат.

Чому бета-адреноблокатор є вірною відповіддю:

1. Бета-адреноблокатори знижують артеріальний тиск, зменшуючи частоту серцевих скорочень і силу скорочень серця.
2. Вони також ефективні при стенокардії, оскільки зменшують потребу міокарда в кисні.
3. Враховуючи наявність стенокардії у пацієнта, бета-адреноблокатор є логічним вибором.

Розглянемо інші варіанти:

1. *Селективний агоніст імідазолінових рецепторів:* Ці препарати (наприклад, моксонідин) можуть знижувати артеріальний тиск, але вони не є препаратами першої лінії для лікування гіпертонії, особливо у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями.
2. *Блокатор ренін-ангіотензин-альдостеронової системи:* Пацієнт вже приймає периндоприл, який є інгібітором АПФ, тобто вже отримує блокатор цієї системи. Додаткове призначення іншого препарату з цієї групи (наприклад, антагоніста рецепторів ангіотензину II) не є необхідним на даному етапі.
3. *Антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів:* Ці препарати (наприклад, спіронолактон) можуть бути корисними при резистентній гіпертонії, але вони не є препаратами першої лінії.
4. *Діуретик:* Пацієнт вже приймає індапамід, який є діуретиком. Додаткове призначення діуретика може призвести до небажаних побічних ефектів, таких як електролітні порушення.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити клінічну картину пацієнта:

1. Якщо у пацієнта є резистентна гіпертонія, можна розглянути призначення антагоніста мінералокортикоїдних рецепторів.
2. Якщо у пацієнта є протипоказання до бета-адреноблокаторів, можна розглянути призначення селективного агоніста імідазолінових рецепторів.
3. Як що б в пацієнта не було б в анамнезі прийому інгібітора АПФ, як периндоприл, то пункт 3 був би коректним.
4. Якщо в пацієнта не було б в анамнезі прийому діуретика, як індапамід, то пункт 5 був би коректним.



101.

Пацієнт віком 58 років скаржиться на виражену загальну слабкість, схуднення, сухість у роті, нудоту, кашкоподібні випорожнення 3-4 рази на добу, зменшення кількості добової сечі. Із анамнезу відомо, що протягом 12-ти років хворіє на цукровий діабет 2-го типу та артеріальну гіпертензію, з приводу чого отримує відповіднє лікування. В аналізі крові: гемоглобін - 78 г/л,

еритроцити - $3,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, креатинін - 247 мкмоль/л, ШКФ - 23,85 мл/хв. В аналізі сечі: білок - 1,3 г/добу. Якій стадії хронічної хвороби нирок відповідають такі зміни?

1. III
2. V
3. I
4. II

5. IV (вірна відповідь)

Пояснення

Хронічна хвороба нирок (ХХН) класифікується на 5 стадій на основі швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). У цьому випадку ШКФ пацієнта становить 23,85 мл/хв. Згідно з класифікацією, це відповідає IV стадії ХХН.

- I стадія: ШКФ ≥ 90 мл/хв (з пошкодженням нирок або без нього)
- II стадія: ШКФ 60-89 мл/хв (з пошкодженням нирок)
- III стадія: ШКФ 30-59 мл/хв
- IV стадія: ШКФ 15-29 мл/хв
- V стадія: ШКФ <15 мл/хв (термінальна ниркова недостатність)

Також слід враховувати наявність протеїнурії (білок у сечі), яка в даному випадку становить 1,3 г/добу. Протеїнурія є важливим фактором, що вказує на пошкодження нирок.

Сукупність клінічних та лабораторних даних вказує на виражені порушення функції нирок.



102.

Пацієнт віком 69 років з інфарктом міокарда під час огляду раптово втратив свідомість, вкрився холодним потом. Об'єктивно спостерігається: ЧСС - 182/хв, тони серця глухі, АТ - 82/40 мм рт. ст. На ЕКГ виявлено: поширені шлуночкові комплекси тривалістю 0,18 с, неправильної форми. Яке ускладнення розвинулось у пацієнта?

1. Фібриляція передсердь
2. АВ вузлова реципрокна тахікардія
- 3. Шлуночкова тахікардія (вірна відповідь)**
4. Повна атріовентрикулярна блокада
5. Фібриляція шлуночків

Пояснення

Раптова втрата свідомості, холодний піт, гіпотензія та тахікардія - все це ознаки серйозної гемодинамічної нестабільності, що вимагає негайної уваги.

Широкі QRS комплекси на ЕКГ є ключовою ознакою того, що електричний імпульс походить з шлуночків або проведення імпульсу через шлуночки є аномальним. Тривалість 0.18 с є значно поширеною (норма < 0.12 с).

Неправильна форма шлуночкових комплексів підсилює підозру на шлуночкову аритмію.

Розглянемо відповіді:

1. Фібриляція передсердь:

- ЕКГ ознаки: Зазвичай характеризується відсутністю зубців Р, нерегулярними інтервалами R-R, і, як правило, вузькими комплексами QRS (якщо немає супутньої блокади ніжки пучка Гіса або аберантного проведення).
- Клінічно: Може викликати тахікардію, але зазвичай не настільки високу частоту, як 182/хв, та рідше призводить до такої вираженої гіпотензії та втрати свідомості, як описано в цьому випадку, хоча все залежить від швидкості та супутніх захворювань. Головне протиріччя - вузькі QRS комплекси не відповідають опису.

2. АВ вузлова реципрокна тахікардія (ABBPT):

- ЕКГ ознаки: Зазвичай є суправентрикулярною тахікардією (CBT), яка характеризується вузькими комплексами QRS. Іноді можна побачити ретроградні зубці Р, але QRS зазвичай вузькі.
- Клінічно: Може викликати раптове серцебиття, запаморочення, але рідше призводить до такої глибокої гіпотензії та втрати свідомості, як у цьому випадку, хоча, знову ж таки, залежить від частоти та супутніх факторів. Основне протиріччя - вузькі QRS комплекси не відповідають опису.

3. Шлуночкова тахікардія (вірна відповідь):

- ЕКГ ознаки: Визначається як три або більше послідовних шлуночкових комплексів з частотою понад 100/хв. Характеризується широкими комплексами QRS ($\geq 0,12$ с) неправильної форми. Частота може бути дуже високою.
- Клінічно: Дуже часто призводить до вираженої гемодинамічної нестабільності, включаючи гіпотензію, втрату свідомості, холодний піт, запаморочення, серцеву недостатність, і навіть зупинку серця. Опис ЕКГ та клінічна картина повністю відповідають шлуночковій тахікардії. Наявність інфаркту міокарда робить шлуночкову тахікардію особливо ймовірною, оскільки пошкоджений міокард є схильним до розвитку шлуночкових аритмій.

4. Повна атріовентрикулярна (АВ) блокада:

- ЕКГ ознаки: Характеризується повною відсутністю проведення імпульсів від передсердь до шлуночків. На ЕКГ спостерігаються незалежні ритми передсердь (зубці Р) та шлуночків (комплекси QRS). Частота шлуночкового ритму зазвичай є повільною (брадикардія), зазвичай <40-50 уд/хв, оскільки ритм генерується пейсмейкером нижче АВ-вузла. Комплекси QRS можуть бути широкими або вузькими, залежно від місця походження шлуночкового ритму.
- Клінічно: Повна АВ-блокада зазвичай призводить до брадикардії, що викликає втомлюваність, запаморочення, і в тяжких випадках - втрату свідомості (синдром Адамса-Стокса-Моргані). Проте, в даному випадку у нас є тахікардія (ЧСС 182/хв), що робить повну АВ-блокаду дуже мало ймовірною причиною.

5. Фібриляція шлуночків:

- ЕКГ ознаки: Характеризується хаотичною електричною активністю шлуночків, відсутні ідентифіковані комплекси QRS, зубці Т або Р. На ЕКГ спостерігаються хаотичні хвилі різної амплітуди та форми, що не формують чітких комплексів.
- Клінічно: Фібриляція шлуночків є негайним попередником зупинки серця та смерті. Вона призводить до повної неефективності серцевого викиду, відсутності пульсу та дихання. Хоча клінічна картина (раптова втрата свідомості, гемодинамічна нестабільність) є дуже схожою на шлуночкову тахікардію, опис ЕКГ в питанні ("поширені шлуночкові комплекси тривалістю 0,18 с, неправильної форми") більш точно відповідає шлуночковій тахікардії, ніж фібриляції шлуночків, де немає сформованих комплексів QRS, а є хаотична лінія. Хоча, безумовно, шлуночкова тахікардія може швидко переходити у фібриляцію шлуночків, і вони є в континуумі життєво-небезпечних шлуночкових аритмій.

З огляду на клінічну картину (раптова втрата свідомості, холодний піт, гіпотензія, тахікардія) та особливо наявність широких, неправильної форми шлуночкових комплексів на ЕКГ, шлуночкова тахікардія є найбільш вірогідним ускладненням. Наявність інфаркту міокарда як анамнезу робить шлуночкову тахікардію ще більш ймовірною причиною.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь була "Фібриляція передсердь": В тексті запитання потрібно було б змінити опис ЕКГ, вказавши на: "ритм нерегулярний, зубці Р відсутні, комплекси QRS вузькі". Клінічна картина могла б бути менш драматичною, наприклад, "відчуття серцебиття, запаморочення, легка слабкість", без раптової втрати свідомості та такої вираженої гіпотензії.
2. Щоб відповідь була "АВ вузлова реципрокна тахікардія": В тексті запитання потрібно було б змінити опис ЕКГ, вказавши на: "ритм регулярний, комплекси QRS вузькі, можливо ретроградні зубці Р". Клінічна картина могла б бути схожою на фібриляцію передсердь, але ритм був би регулярним.
3. Щоб відповідь була "Повна атріовентрикулярна блокада": В тексті запитання ключовою зміною була б частота серцевих скорочень: брадикардія (наприклад, ЧСС 35-45/хв). Опис ЕКГ мав би включати: "зубці Р є, комплекси QRS є, але вони не пов'язані між собою, частота шлуночкового ритму повільна".
4. Щоб відповідь була "Фібриляція шлуночків": В тексті запитання опис ЕКГ мав би бути змінений на: "ритм хаотичний, ідентифіковані комплекси QRS відсутні, спостерігаються хаотичні хвилі різної амплітуди". Клінічна картина була б дуже схожою на шлуночкову тахікардію (раптова втрата свідомості, зупинка серця), але акцент був би на хаотичній ЕКГ без сформованих комплексів.



103.

Пацієнтка віком 25 років скаржиться на біль у гомілковостопних і колінних суглобах, появу висипу на нижніх кінцівках, переймоподібний біль у животі. Із анамнезу відомо, що 2 тижні тому перехворіла на гострий бронхіт. Об'єктивно спостерігається: симетричний геморагічний висип у вигляді петехій, що піднімаються над поверхнею шкіри на нижніх кінцівках, животі. В аналізі крові: ШОЕ - 30 мм/год, лейкоцити - $15 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивний білок - +++ . Який найімовірніший діагноз?

1. Хвороба Вальденстрема
2. Хвороба Бехчета
3. Антифосфоліпідний синдром
4. Хвороба Кавасаки

5. IgA-асоційований васкуліт (Шенлейна-Геноха) (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічна картина:

1. Геморагічний висип (петехії, що піднімаються над поверхнею шкіри) на нижніх кінцівках і животі.
2. Біль у гомілковостопних і колінних суглобах (артралгія).
3. Переймоподібний біль у животі.
4. Попередній гострий бронхіт (можливий тригер).

Лабораторні дані:

1. Підвищена ШОЕ.
2. Лейкоцитоз.
3. Підвищений С-реактивний білок (ознаки запалення).

Ці симптоми та лабораторні дані узгоджуються з IgA-асоційованим васкулітом (Шенлейна-Геноха), системним васкулітом, який часто виникає після інфекцій верхніх дихальних шляхів. Характерний геморагічний висип, артралгія та абдомінальний біль є ключовими ознаками цього захворювання.

Чому інші варіанти менш імовірні:

1. Хвороба Вальденстрема:

Це лімфопроліферативне захворювання, яке зазвичай не викликає геморагічного висипу або артралгії.

2. Хвороба Бехчета:

Характеризується рецидивуючими виразками в ротовій порожнині та геніталіях, а також увеїтом.

3. Антифосфоліпідний синдром:

Пов'язаний з тромбозами, а не з геморагічним висипом.

4. Хвороба Кавасакі:

Характеризується лихоманкою, кон'юнктивітом, ураженням слизових оболонок і лімфаденопатією, особливо у дітей.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання мало б бути:

1. Хвороба Вальденстрема: наявність моноклональної гаммапатії, збільшення лімфовузлів, анемія.
2. Хвороба Бехчета: рецидивуючі виразки в роті та на геніталіях, увеїт.
3. Антифосфоліпідний синдром: вказівка на тромбози, повторні викидні, наявність антифосфоліпідних антитіл.
4. Хвороба Кавасакі: лихоманка, кон'юнктивіт, зміни слизових оболонок, лімфаденопатія, особливо у дитини.



104.

Пацієнт віком 58 років хворіє на цукровий діабет 2-го типу протягом 3-х років. Приймає метформін - 3000 мг/д та глібенкламід - 20 мг/д. За результатами лабораторних досліджень виявлено: глікозильований гемоглобін - 7,7%, альбумінурія - 0,43 г/л. Який наступний крок у терапії цього пацієнта?

1. Збільшити дозу метформіну
2. Збільшити дозу глібенкламіду
3. Додати інсулін
4. Залишити терапію без змін

5. Додати інгібітор НЗКТГ-2 (вірна відповідь)

Пояснення

У пацієнта цукровий діабет 2-го типу, який лікується максимальною дозою метформіну та глібенкламідом. Незважаючи на це, рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) залишається підвищеним (7,7%), що свідчить про недостатній контроль глікемії. Також у пацієнта виявлено альбумінурію, що є ознакою діабетичної нефропатії.

Чому правильна відповідь – додати інгібітор НЗКТГ-2:

1. Контроль глікемії: Інгібітори НЗКТГ-2 (наприклад, дапагліфлозин, канагліфлозин, емпагліфлозин) знижують рівень глюкози в крові, виводячи її надлишок із сечею. Це допоможе досягти кращого контролю глікемії у пацієнта.
2. Нейропротективний ефект: Інгібітори НЗКТГ-2 мають доведені нейропротективні властивості, тобто вони захищають нерви від пошкодження. Це особливо важливо для пацієнта з альбумінурією.
3. Серцево-судинні переваги: Ці препарати також мають доведені серцево-судинні переваги, що робить їх особливо корисними для пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, які мають підвищений ризик серцево-судинних захворювань.

Чому інші відповіді неправильні:

1. Збільшити дозу метформіну: Пацієнт вже приймає максимальну дозу метформіну.
2. Збільшити дозу глібенкламідом: Пацієнт вже приймає максимальну дозу глібенкламідом. Подальше збільшення дози може підвищити ризик гіпоглікемії.
3. Додати інсулін: Інсулін є ефективним засобом для зниження рівня глюкози в крові, але його додавання може бути передчасним на цьому етапі. Інгібітори НЗКТГ-2 є альтернативою з додатковими перевагами.
4. Залишити терапію без змін: Це призведе до подальшого прогресування діабету та розвитку ускладнень.

Щоб інші відповіді теж були вірними, у тексті запитання мало б бути:

1. Якщо у пацієнта є протипоказання до інгібіторів НЗКТГ-2, тоді інсулін був би вірною відповіддю.
2. Якщо б у пацієнта не було альбумінурії, тоді можливо було б розглянути збільшення дози глібенкламідом, але це не є оптимальним варіантом.



105.

Пацієнтка віком 35 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5°C, кашель зі скудним мокротинням, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що захворіла 5 днів тому після переохолодження, хронічних хвороб не має, антибактеріальні препарати протягом 3-х місяців не приймала, у дитинстві була алергія на пеніцилін. Об'єктивно спостерігається: АТ - 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 88/хв, SpO2 - 97%, ЧД - 18/хв, притуплення перкуторного звуку праворуч у нижніх відділах, аускультативно над легеньми вислуховується жорстке дихання, праворуч по лопатковій та задній пахвовій лініям у нижніх відділах фокус вологих дрібноміхурцевих хрипів. У загальному аналізі крові: лейкоцити - $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли - 11%. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: інфільтрація в проекції 9-10 сегментів праворуч. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано використати для лікування пацієнтки?

1. Кларитроміцин (вірна відповідь)

2. Цефтріаксон
3. Амоксицилін/клавуланат
4. Левофлоксацин
5. Бензилпеніцилін

Макроліди, такі як кларитроміцин, є препаратами вибору для лікування позагоспітальної пневмонії у пацієнтів без супутніх захворювань, які не приймали антибіотики протягом останніх 3 місяців.

Враховуючи алергію на пеніцилін в анамнезі, кларитроміцин є безпечною альтернативою.

Чому інші відповіді менш підходящі:

1. Цефтріаксон:

Цефтріаксон є цефалоспорином III покоління, який зазвичай використовується для лікування більш важких випадків пневмонії або пневмонії, викликаній резистентними збудниками. Відноситься до антибіотиків резерву.

У цьому випадку, з огляду на відсутність тяжких симптомів та факторів ризику, використання цефтріаксону є надмірним.

2. Амоксицилін/клавуланат:

Амоксицилін/клавуланат є комбінованим антибіотиком, який часто використовується для лікування респіраторних інфекцій.

Однак, з огляду на алергію на пеніцилін в анамнезі, його використання протипоказане.

3. Левофлоксацин:

Левофлоксацин є фторхінолоном, який зазвичай використовується для лікування важких випадків пневмонії або пневмонії, викликаній резистентними збудниками. Відноситься до антибіотиків резерву.

У цьому випадку, з огляду на відсутність тяжких симптомів та факторів ризику, використання левофлоксацину є надмірним.

4. Бензилпеніцилін:

Бензилпеніцилін є пеніциліновим антибіотиком, який використовується для лікування пневмонії, викликаній чутливими збудниками.

З огляду на алергію на пеніцилін в анамнезі, його використання протипоказане.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб цефтріаксон був вірним, потрібно додати в текст, що це негоспітальна пневмонія важкого перебігу, або що у пацієнта є супутні захворювання.
2. Щоб амоксицилін/клавуланат був вірним, потрібно прибрати з анамнезу алергію на пеніцилін.
3. Щоб левофлоксацин був вірним, потрібно додати в текст, що це негоспітальна пневмонія важкого перебігу, або що у пацієнта є супутні захворювання, або що є ризик наявності резистентних збудників.
4. Щоб бензилпеніцилін був вірним, потрібно прибрати з анамнезу алергію на пеніцилін.



106.

Пацієнтка віком 69 років скаржиться на постійний ниючий біль у дрібних суглобах кистей, що посилюється після фізичного навантаження, наприкінці дня, обмеження рухів у пальцях рук, ранкову скутість тривалістю до 15 хв. Об'єктивно спостерігається: пальці кистей пастозні, деформовані, прослідковуються вузлики Гебердена. За результатами рентгенографії кистей виявлено: звуження суглобових щілин міжфалангових суглобів, субхондральний остеосклероз. Який найімовірніший діагноз?

1. Подагричний артрит суглобів кистей
2. Вузликовий періартеріїт

3. Ревматоїдний артрит

4. Псоріатичний артрит суглобів кистей

5. Остеоартроз міжфалангових суглобів (вірна відповідь)

Пояснення

Остеоартроз – це дегенеративне захворювання суглобів, яке характеризується руйнуванням хряща, що призводить до болю, скутості та обмеження рухів.

У даному випадку, симптоми пацієнтки (біль у дрібних суглобах кистей, що посилюється після навантаження, ранкова скутість, деформація суглобів, вузлики Гебердена) та результати рентгенографії (звуження суглобових щілин, остеосклероз) вказують на остеоартроз.

Вузлики Гебердена – це кісткові вирости на дистальних міжфалангових суглобах, які є характерною ознакою остеоартрозу.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Подагричний артрит суглобів кистей:* Подагра характеризується гострими нападами болю, набряком і почервонінням суглобів, часто великого пальця стопи. Ураження дрібних суглобів кистей менш характерне.
2. *Вузликовий періартеріїт:* Це системне захворювання, яке вражає кровоносні судини. Воно може викликати біль у суглобах, але також супроводжується іншими симптомами, такими як лихоманка, втрата ваги, ураження шкіри та внутрішніх органів.
3. *Ревматоїдний артрит:* Це аутоімунне захворювання, яке вражає симетрично дрібні суглоби кистей і стоп. Ранкова скутість триває більше 30 хвилин. Характерно ураження проксимальних міжфалангових суглобів.
4. *Псоріатичний артрит суглобів кистей:* Цей тип артриту пов'язаний з псоріазом шкіри. Він може вражати будь-які суглоби, але часто супроводжується ураженням нігтів і шкіри.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити питання:

1. Для подагричного артриту: додати опис гострого нападу болю, почервоніння суглоба, можливо, ураження великого пальця стопи.
2. Для вузликового періартеріїту: додати опис системних симптомів (лихоманка, втрата ваги, ураження шкіри).
3. Для ревматоїдного артриту: описати симетричне ураження суглобів, тривалу ранкову скутість, можливі ревматоїдні вузлики.
4. Для псоріатичного артриту: додати дані про наявність псоріазу шкіри або нігтів.



107.

Пацієнтка віком 32 роки скаржиться на біль в епігастрії, що виникає після їжі, нудоту, відрижку кислим. Із анамнезу відомо, що скарги з'явилися півроку тому. Об'єктивно спостерігається: шкіра суха, язик обкладений білим на шаруванням, вологий. Пальпаторно: біль в епігастрії. Яке першочергове обстеження для верифікації діагнозу?

1. Рентгенологічне дослідження шлунка та кишечника

2. рН-метрія

3. Комп'ютерне дослідження черевної порожнини

4. Фіброгастроскопія з біопсією слизової оболонки (вірна відповідь)

Пояснення

Фіброгастроскопія (ФГДС) з біопсією є "золотим стандартом" діагностики захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, зокрема шлунка та дванадцятипалої кишки.

Вона дозволяє візуально оцінити стан слизової оболонки, виявити ерозії, виразки, запалення, пухлини та інші патологічні зміни.

Біопсія, тобто взяття невеликого шматочка тканини для гістологічного дослідження, необхідна для верифікації діагнозу, виявлення *Helicobacter pylori* (бактерії, що часто викликає гастрит і виразкову хворобу) та виключення злоякісних процесів.

У пацієнтки є типові симптоми гастриту або виразкової хвороби шлунка: біль в епігастрії після їжі, нудота, відрижка кислим. ФГДС з біопсією є найбільш інформативним методом для встановлення точного діагнозу.

Чому інші відповіді не є першочерговими:

1. *Рентгенологічне дослідження шлунка та кишечника*: може бути корисним, але менш інформативним, ніж ФГДС, особливо для виявлення дрібних змін слизової оболонки.
2. *pH-метрія*: вимірює кислотність у шлунку, може бути корисна для діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, але не є першочерговим методом у даному випадку.
3. *Комп'ютерне дослідження черевної порожнини*: використовується для візуалізації органів черевної порожнини, але не дає можливості оцінити стан слизової оболонки шлунка.
4. *Stool-тест*: (аналіз калу) може бути корисним для виявлення прихованої крові або *Helicobacter pylori*, але не є першочерговим методом для візуальної оцінки стану слизової оболонки.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити питання, наприклад:

1. Для pH-метрії: "Яке дослідження необхідно для оцінки кислотоутворюючої функції шлунка?"
2. Для рентгенологічного дослідження: "Яке дослідження необхідно для виявлення грижі стравохідного отвору діафрагми?"
3. Для КТ: "Яке дослідження необхідно для виключення об'ємного процесу в черевній порожнині?"
4. Для Stool-тесту: "Яке дослідження необхідно для виявлення прихованої кровотечі із шлунково-кишкового тракту?"



108.

Пацієнт віком 19 років скаржиться на головний біль, підвищення АТ, набряки навколо очей (особливо в ранковий час), рідке сечовипускання, появу пінистої сечі іржавого кольору, втому. Із анамнезу відомо, що симптоми з'явилися через 2 тижні після гострого тонзиліту. В аналізі сечі: колір - червонуватий, прозорість - мутна, питома вага - 1,024, pH - 6,0, білок - 3,5 г/л. За результатами мікроскопії осаду сечі виявлено: еритроцити - все п/з, змінені, лейкоцити - 8-10 у п/з, циліндри гіалінові - 5-6 у п/з, бактерії відсутні. Який найімовірніший діагноз?

1. Гострий пієлонефрит
2. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит

3. Туберкульоз нирок

4. Гострий гломерулонефрит (вірна відповідь)

5. Папілярний некроз

Пояснення

З огляду на клінічну картину та результати аналізів, найбільш вірогідним діагнозом є гострий гломерулонефрит.

Гострий гломерулонефрит часто розвивається після перенесеної стрептококової інфекції (в даному випадку - тонзиліт) через 1-3 тижні.

Характерні симптоми:

1. набряки (особливо вранці)
2. артеріальна гіпертензія
3. гематурія (червонуватий колір сечі, еритроцити в осаді)
4. протеїнурія (білок в сечі)
5. зменшення кількості сечі

Аналіз сечі підтверджує наявність гематурії, протеїнурії та циліндрів, що є ознаками ураження ниркових клубочків.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Гострий пієлонефрит*: для нього характерні біль у попереку, лихоманка, дизуричні розлади, а в аналізі сечі - лейкоцитурія та бактеріурія, що не спостерігається у даному випадку.
2. *Швидкопрогресуючий гломерулонефрит*: характеризується швидким погіршенням функції нирок, що не завжди можна встановити з первинного огляду. Проте, потрібно завжди мати на увазі цей діагноз, коли є наявні ознаки гломерулонефриту.
3. *Туберкульоз нирок*: зазвичай має більш тривалий та поступовий перебіг, а в аналізі сечі часто виявляються лейкоцити та мікобактерії туберкульозу.
4. *Папілярний некроз*: часто виникає на тлі цукрового діабету, анальгетичної нефропатії або обструкції сечовивідних шляхів, що не зазначено в анамнезі.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити анамнез та симптоми:

1. Для гострого пієлонефриту: додати симптоми лихоманки, болю в попереку, дизурії, а в аналізі сечі - лейкоцитурію та бактеріурію.
2. Для швидкопрогресуючого гломерулонефриту: додати інформацію про швидке погіршення функції нирок (підвищення креатиніну, зниження швидкості клубочкової фільтрації).
3. Для туберкульозу нирок: додати анамнез тривалого субфебрилітету, втрати ваги, а в аналізі сечі - лейкоцитурію та мікобактерії туберкульозу.
4. Для папілярного некрозу: додати анамнез цукрового діабету, анальгетичної нефропатії або обструкції сечовивідних шляхів.



109.

Пацієнтка віком 43 роки скаржиться на постійне відчуття переповнення в шлунку, особливо після споживання значної кількості їжі, розпираючий біль, періодичну нудоту та блювання. Відзначає в блювотних масах наявність решток їжі, яку з'їла напередодні. Із анамнезу відомо, що хворіє близько чотирьох років, впродовж останніх трьох місяців схудла на 4 кг. Об'єктивно

спостерігається: шкіра суха, язик вологий, густо обкладений білими нашаруваннями, нижня межа шлунка на 3 см нижче від пупка, пальпаторно - шум плескоту. Який найімовірніший діагноз?

1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, фаза загострення
2. Рак шлунка
3. Функціональна диспепсія

4. Пілоростеноз (вірна відповідь)

5. Хронічний гастрит та дуоденіт, фаза загострення

Пояснення

З огляду на описані симптоми, найбільш вірогідним діагнозом є пілоростеноз. Ось пояснення:

1. Пілоростеноз – це звуження вихідного отвору шлунка (пілоруса), що перешкоджає нормальному переходу їжі в дванадцятипалу кишку.
2. Симптоми: відчуття переповнення шлунка, блювання залишками неперетравленої їжі, схуднення, шум плескоту при пальпації шлунка.
3. Наявність у блювотних масах залишків їжі, з'їденої напередодні, є характерною ознакою пілоростенозу, оскільки їжа затримується в шлунку.

Чому інші варіанти менш вірогідні:

1. *Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки:* хоча може викликати біль і нудоту, блювання залишками їжі не є типовим симптомом.
2. *Рак шлунка:* також може викликати схуднення та блювання, але блювотні маси часто містять кров, чого не описано у пацієнтки.
3. *Функціональна диспепсія:* характеризується дискомфортом у верхній частині живота, але не викликає блювання неперетравленою їжею.
4. *Хронічний гастрит та дуоденіт:* також можуть викликати дискомфорт та нудоту, але не затримку їжі в шлунку.

Як можна було б змінити питання, щоб інші відповіді стали вірними:

1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки: додати симптом "нічний голодний біль" або "біль натщесерце".
2. Рак шлунка: додати симптом "кров у блювотних масах" або "чорний кал".
3. Функціональна диспепсія: прибрати симптом "блювання залишками їжі", але додати "відчуття раннього насичення" або "відчуття печії".
4. Хронічний гастрит та дуоденіт: додати симптом "біль у верхній частині живота після їжі" або "печія".



110.

У пацієнтки віком 43 роки раптово виникла задишка, різкий біль у грудній клітці, що посилюється під час кашлю, виділення кров'янистого мокротиння, запаморочення. Із анамнезу відомо, що хворіє на ХОЗЛ впродовж 15-ти років, курить протягом 20-ти років, приймає комбіновані оральні контрацептиви. Об'єктивно спостерігається: дифузний ціаноз, розширення яремних вен, АТ - 93/47 мм рт. ст. ЧСС - 75/хв. Аускультативно вислуховуються: акцент II тону на легеневій артерії, сухі розсіяні хрипи в нижніх відділах легень, SpO₂ - 89 %. На ЕКГ виявлено: високий зубець Р у II та III відведеннях, глибокий зубець S в I, патологічний зубець Q в III, негативний зубець Т в II та III відведеннях, елевація сегмента S-T на 1,2 мм. За результатами ехокардіографії: ФВ ЛШ - 53 %, тиск у легеневій артерії - 33 мм рт. ст., ударний об'єм ПШ - 90 мл, ударний об'єм ЛШ - 70 мл,

спостерігається ознака МакКонелла. На рентгенографії ОГК: клиноподібне затемнення в середніх відділах справа. Який найімовірніший діагноз?

1. Кардіогенний шок

2. Тромбоемболія легеневої артерії (вірна відповідь)

3. Спонтанний пневмоторакс

4. набряк легень

5. Інфаркт легені

Пояснення

Клінічна картина:

1. Раптовий початок задишки, болю в грудній клітці, кровохаркання та запаморочення є типовими симптомами ТЕЛА.
2. Наявність ХОЗЛ та тривале куріння збільшують ризик тромбоемболічних ускладнень.
3. Прийом комбінованих оральних контрацептивів також є фактором ризику тромбоутворення.
4. Дифузний ціаноз, розширення яремних вен, гіпотонія (знижений артеріальний тиск) та тахікардія (підвищена частота серцевих скорочень) вказують на гостру правощлуночкову недостатність, що часто спостерігається при ТЕЛА.
5. Аускультация легень виявляє сухі розсіяні хрипи, що можуть бути наслідком набряку легень або запалення, спричиненого ТЕЛА.
6. SpO_2 89% вказує на виражену гіпоксемію (зниження рівня кисню в крові), що є характерним для ТЕЛА.

ЕКГ:

1. Високий зубець Р у II та III відведеннях, глибокий зубець S в I відведенні, патологічний зубець Q в III відведенні та негативний зубець T у II та III відведеннях – це ознаки гострого легеневого серця, що часто спостерігається при ТЕЛА.
2. елевация сегмента S-T може бути присутня.

Ехокардіографія:

1. Ознака МакКонелла (гіпокінезія середньої частини вільної стінки правого шлуночка з нормальною рухливістю верхівки) є специфічною ознакою ТЕЛА.
2. Зміни об'ємів правих та лівих камер серця, а також підвищення тиску у легеневій артерії, підтверджують правощлуночкову недостатність.

Рентгенографія ОГК:

1. Клиноподібне затемнення в легенях може свідчити про інфаркт легені, що є ускладненням ТЕЛА.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Кардіогенний шок*: Хоча гіпотонія присутня, ЕКГ та ехокардіографія не вказують на первинну патологію лівого шлуночка.
2. *Спонтанний пневмоторакс*: Зазвичай супроводжується гострим болем у грудній клітці та відсутністю дихальних шумів на ураженій стороні, що не спостерігається в цьому випадку.
3. *Набряк легень*: Може бути ускладненням ТЕЛА, але не пояснює всієї клінічної картини.
4. *Інфаркт легені*: Є ускладненням ТЕЛА, а не самостійним захворюванням.

Щоб інші відповіді були вірними:

1. Кардіогенний шок: У клінічній картині необхідно було б описати ознаки гострої лівошлуночкової недостатності (наприклад, застійні хрипи в легенях, кардіомегалію на рентгенограмі, зміни на ЕКГ, що свідчать про інфаркт міокарда).
2. Спонтанний пневмоторакс: Необхідно було б описати відсутність дихальних шумів на одній стороні грудної клітки, тимпанічний перкуторний звук та наявність повітря в плевральній порожнині на рентгенограмі.
3. Набряк легень: Потрібно було б вказати на наявність рясних вологих хрипів у легенях, ортопное, а також рентгенологічні ознаки набряку легень.
4. Інфаркт легені: Цей діагноз є ускладненням ТЕЛА, тому для його первинності необхідно було б виключити інші причини тромбоемболії.



111.

Пацієнтку віком 34 роки шпиталізовано зі скаргами на рідкі випорожнення 5-6 разів на добу, з домішками крові та слизу, переймоподібний біль у гіпогастрії, підвищення температури тіла, схуднення, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє впродовж 7-ми місяців. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри і слизових оболонок, здуття живота, болючість і бурчання в проекції товстої кишки. Який найімовірніший діагноз?

1. Неспецифічний виразковий коліт (вірна відповідь)

2. Рак товстої кишки
3. Хвороба Крона
4. Хронічний панкреатит
5. Хронічний холецистит

Пояснення

Клінічна картина:

1. Рідкі випорожнення з кров'ю та слизом (характерний симптом запального захворювання кишківника).
2. Переймоподібний біль у гіпогастрії (відповідає локалізації товстої кишки).
3. Підвищення температури тіла, схуднення, загальна слабкість (ознаки запального процесу та інтоксикації).
4. Тривалість захворювання (7 місяців) свідчить про хронічний процес.

Об'єктивні дані: блідість шкіри та слизових (можлива анемія через втрату крові), здуття живота, болючість та бурчання в проекції товстої кишки (ознаки запалення).

Чому НВК є найімовірнішим діагнозом:

Сукупність симптомів (діарея з кров'ю та слизом, біль у животі, загальні симптоми) типова для запальних захворювань кишківника, зокрема НВК.

Хронічний перебіг захворювання також характерний для НВК.

Чому інші відповіді менш імовірні:

1. *Рак товстої кишки*: Хоча рак може викликати кровотечу, зазвичай він не супроводжується такою частою діареєю з великою кількістю слизу та вираженим боєм. Зазвичай для раку характерна кишкова непрохідність на пізніх стадіях.
2. *Хвороба Крона*: Хвороба Крона може викликати схожі симптоми, але часто уражає інші відділи шлунково-кишкового тракту, не тільки товсту кишку, та має сегментарне ураження кишківника, а не суцільне, як при НВК.
3. *Хронічний панкреатит*: Хронічний панкреатит викликає біль у верхній частині живота, порушення травлення, але не діарею з кров'ю та слизом.

4. **Хронічний холецистит:** Хронічний холецистит викликає біль у правому підребер'ї, порушення травлення, але не діарею з кров'ю та слизом.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання мали б бути такі зміни:

1. Рак товстої кишки:

- Додати дані про зміни у формі калу (стрічкоподібний кал), кишкову непрохідність, наявність пухлини при пальпації.
- Додати дані про різку втрату ваги без видимих на те причин.

2. Хвороба Крона:

- Вказати на ураження інших відділів шлунково-кишкового тракту (наприклад, біль у правому нижньому квадранті живота).
- Вказати на наявність поза кишкових проявів, наприклад ураження суглобів, шкіри, очей.

3. Хронічний панкреатит:

- Вказати на біль у верхній частині живота, порушення травлення (стеаторея), втрату ваги.
- Вказати на данні з анамнезу: зловживання алкоголем, жовчнокам'яна хвороба.

4. Хронічний холецистит:

- Вказати на біль у правому підребер'ї, пов'язаний з прийомом жирної їжі, нудоту, блювання.
- Вказати на данні УЗД: потовщення стінок жовчного міхура, камені в жовчному міхурі.



112.

У пацієнта з одnobічним плевральний випотом проведено діагностичну плевральну пункцію. Який із показників вказує на те, що отримана рідина є ексудатом?

1. Відносна щільність < 1,016

2. Глюкоза плевального випоту > 4,0 ммоль/л

3. Білок плевального випоту/білок сироватки > 0,5 (вірна відповідь)

4. ЛДГ плевального випоту/ЛДГ сироватки < 0,6

5. pH > 7,5

Пояснення

Плевральний випіт – це накопичення надмірної кількості рідини в плевральній порожнині, яка оточує легені. Виділяють два основних типи плевального випоту:

1. Транссудат: утворюється внаслідок системних факторів, таких як серцева недостатність, цироз печінки або нефротичний синдром.
2. Ексудат: утворюється внаслідок запальних або інфекційних процесів у плеврі.

Для диференціації транссудату від ексудату використовують критерії Лайта. Один з основних критеріїв, це:

Співвідношення білка плевальної рідини до білка сироватки >0,5.

Це означає, що в ексудаті концентрація білка вища, ніж у трансудаті, оскільки запальні процеси збільшують проникність судин і призводять до виходу білків у плевральну порожнину.

Крім співвідношення білка, для диференціації трансудату від ексудату використовуються такі критерії Лайта:

1. Співвідношення ЛДГ плевральної рідини до ЛДГ сироватки $>0,6$
2. ЛДГ плевральної рідини $>2/3$ верхньої межі норми ЛДГ сироватки

Якщо хоча б один з цих критеріїв присутній, плевральний випіт вважається ексудатом.



113.

Пацієнт віком 23 роки скаржиться на помірний постійний біль та відчуття скутості в грудному і поперековому відділах хребта, що посилюється після тривалого перебування в одному і тому ж положенні, останнім часом біль турбує і в нічний час. Із анамнезу відомо, що в пацієнта періодично підвищується температура тіла до $37,6^{\circ}\text{C}$, перші ознаки захворювання з'явилися 6 років тому. Об'єктивно спостерігається: суттєве обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, позитивний симптом Отта, Форестье, Шобера. В аналізі крові: лейкоцити - $14 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 36 мм/год, СРБ - 30 мг/л, фібриноген - 5 г/л. За результатами рентгенологічного дослідження виявлено: клубово-здухвинні зчленування - поверхні нерівномірно звужені, нечіткі, із ділянками остеосклерозу. Який найімовірніший діагноз?

1. Анкілозуючий спондилоартрит (вірна відповідь)

2. Ревматоїдний артрит
3. Реактивний артрит
4. Хронічний подагричний артрит
5. Розповсюджений остеохондроз хребта

Пояснення

Клінічна картина:

1. Хронічний біль у спині, що посилюється вночі та після тривалого перебування в одному положенні.
2. Скутість у грудному та поперековому відділах хребта.
3. Обмеження рухливості хребта.
4. Позитивні симптоми Отта, Форестье, Шобера, що вказують на обмеження рухливості хребта.
5. Періодичне підвищення температури тіла.
6. Молодий вік пацієнта (23 роки).
7. Початок хвороби 6 років тому.

Лабораторні дані:

1. Підвищені показники запалення (лейкоцитоз, підвищена ШОЕ, СРБ, фібриноген).

Рентгенологічні дані:

1. Зміни в клубово-здухвинних зчленуваннях (сакроілеїт), що є ключовим діагностичним критерієм анкілозуючого спондилоартриту.

Чому інші відповіді менш імовірні:

1. Ревматоїдний артрит:

- Зазвичай вражає дрібні суглоби кистей і стоп, а не хребет на ранніх стадіях.
- Ранкова скутість триває довше (годину і більше).

- Ревматоїдний фактор присутній в аналізах.

2. Реактивний артрит:

- Зазвичай розвивається після інфекції (кишкової, урогенітальної).
- Часто супроводжується ураженням очей, уретритом, кон'юнктивітом.
- Перебіг хвороби не такий тривалий, як в данному випадку.

3. Хронічний подагричний артрит:

- Вражає переважно суглоб великого пальця стопи.
- Характерні напади гострого болю, а не хронічний біль.
- Підвищена сечова кислота в аналізах.

4. Розповсюджений остеохондроз хребта:

- Не супроводжується такими вираженими запальними змінами.
- Рентгенологічні зміни при остеохондрозі відрізняються від сакроілеїту.
- Не має виражених симптомів запалення в аналізах крові.

Щоб інші відповіді стали більш імовірними, в тексті запитання потрібно було б додати наступне:

1. Ревматоїдний артрит:

- Вказівка на ураження дрібних суглобів кистей і стоп.
- Позитивний ревматоїдний фактор в аналізах.

2. Реактивний артрит:

- Вказівка на перенесену інфекцію.
- Наявність уретриту, кон'юнктивіту.

3. Хронічний подагричний артрит:

- Вказівка на ураження суглоба великого пальця стопи.
- Підвищена сечова кислота в аналізах.

4. Розповсюджений остеохондроз хребта:

- Відсутність виражених запальних змін в аналізах.
- Типові рентгенологічні зміни для остеохондрозу.



114.

У пацієнта віком 43 роки одразу після введення цефтріаксону з'явилися скарги на запаморочення, слабкість, утруднення дихання, свербіж шкіри. Об'єктивно спостерігається: рівень свідомості - оглушення, на шкірі візуалізується червоний уртикарний, місцями зливний висип на всіх ділянках шкіри, ЧД - 24/хв. Аускультативно над легеньми вислуховується жорстке дихання, поодинокі свистячі хрипи. SpO₂ при диханні атмосферним повітрям - 89%. Пульс на периферійних артеріях слабкий, ритмічний, частий, 124/хв. АТ - 80/50 мм рт. ст. Живіт під час пальпації м'який, безболісний. Який найімовірніший діагноз?

1. Синдром Стівенса-Джонсона

2. Токсична реакція на лікарський засіб

3. Колапс

4. Анафілактичний шок (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічна картина: У пацієнта розвинулися типові симптоми анафілактичного шоку:

1. Швидкий початок після введення цефтріаксону (антибіотик, відомий алерген).
2. Системні прояви: запаморочення, слабкість, утруднення дихання, свербіж шкіри, уртикарний висип, зниження артеріального тиску, тахікардія, бронхоспазм (свистячі хрипи), зниження сатурації кисню.
3. Оглушення (порушення свідомості).

Механізм: Анафілактичний шок - це тяжка, системна алергічна реакція негайного типу, що виникає внаслідок взаємодії антигену (цефтріаксон) з IgE-антитілами на поверхні тучних клітин і базофілів. Це призводить до вивільнення медіаторів (гістамін, лейкотрієни тощо), які викликають вазодилатацію, бронхоспазм, підвищення проникності судин та інші симптоми.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Синдром Стівенса-Джонсона та Синдром Лайелла*: Це тяжкі шкірні реакції, але вони розвиваються повільніше (зазвичай через кілька днів або тижнів після прийому ліків) і мають інші характерні шкірні прояви (бульозні висипання, відшарування епідермісу). В даному випадку реакція виникла негайно після введення антибіотику, що більш характерно для анафілактичного шоку.
2. *Токсична реакція на лікарський засіб*: Токсичні реакції можуть викликати різні симптоми, але вони зазвичай не супроводжуються такими вираженими алергічними проявами, як уртикарний висип, бронхоспазм та швидке падіння артеріального тиску.
3. *Колапс*: Колапс - це гостра судинна недостатність, що характеризується падінням артеріального тиску. Хоча гіпотензія є присутня, наявність уртикарного висипу, бронхоспазму та інших системних проявів вказує на анафілактичний шок.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити клінічну картину:

1. Для синдрому Стівенса-Джонсона або Лайелла: додати опис характерних шкірних проявів (бульозні висипання, відшарування епідермісу), вказати на повільний розвиток симптомів (кілька днів).
2. Для токсичної реакції: описати симптоми, характерні для конкретного токсичного впливу (наприклад, нефротоксичність, гепатотоксичність), і прибрати алергічні прояви.
3. Для колапсу: описати лише симптоми гострої судинної недостатності (падіння артеріального тиску, слабкість) без алергічних проявів.



115.

Пацієнт віком 48 років скаржиться на інтенсивний біль у ділянці першого плюснево-фалангового суглоба, що виник раптово вночі. Об'єктивно спотерігається: набряк ділянки суглоба й гіперемія та гіпертермія шкіри над ним, виражена болючість під час пальпації та рухів. За результатами аналізу крові виявлено: сечова кислота - 460 ммоль/л. Який лікарський засіб необхідно призначити у цьому разі?

1. Колхіцин (вірна відповідь)

2. Алопуринол
3. Алфлутоп
4. Фебуксостат
5. Мелоксикам

Пояснення

З огляду на клінічну картину (раптовий початок, інтенсивний біль, набряк, гіперемія, гіпертермія в ділянці першого плюснефалангового суглоба) та лабораторні дані (підвищений рівень сечової кислоти), найбільш імовірним діагнозом є гострий подагричний артрит.

1. Колхіцин

- Колхіцин є препаратом першої лінії для лікування гострого нападу подагри. Він ефективно зменшує запалення та біль, особливо якщо його прийняти протягом перших 12-24 годин від початку нападу.
- Колхіцин діє шляхом пригнічення міграції лейкоцитів до місця запалення, що зменшує запальну реакцію, викликану кристалами сечової кислоти.

2. Алопуринол

- Алопуринол є препаратом, що знижує рівень сечової кислоти в крові. Він використовується для профілактики подагричних нападів, але не для лікування гострого нападу.
- Прийом алопуринолу під час гострого нападу може посилити симптоми.

3. Алфлутоп

- Алфлутоп є хондропротектором, який використовується для лікування остеоартрозу. Він не ефективний для лікування гострого подагричного артриту.

4. Фебуксостат

- Фебуксостат, як і алопуринол, є препаратом, що знижує рівень сечової кислоти. Він також використовується для профілактики подагри, але не для лікування гострого нападу.

5. Мелоксикам

- Мелоксикам є нестероїдним протизапальним препаратом (НПЗП), який може бути використаний для полегшення болю та запалення при гострому подагричному артриті.
- НПЗП можуть бути використані як альтернатива колхіцину або в комбінації з ним, але колхіцин, як правило, вважається препаратом першої лінії.

У питанні не зазначено, як давно триває напад. Якщо напад триває більше 24 годин, колхіцин може бути менш ефективним, і тоді НПЗП можуть бути кращим варіантом.

У деяких випадках для лікування гострого подагричного артриту можуть використовуватися глюкокортикостероїди, особливо якщо колхіцин та НПЗП протипоказані або неефективні.

Щоб інші відповіді стали вірними:

1. Щоб відповідь «Алопуринол» була вірною, у питанні мало б ітися про профілактику подагричних нападів, а не про лікування гострого нападу.
2. Щоб відповідь «Мелоксикам» була вірною, можна було б додати, що у пацієнта є протипоказання до колхіцину, наприклад, захворювання нирок.



У пацієнта віком 64 роки на 5-ту добу перебування у лікарні з приводу гострого передньоперегородкового інфаркту міокарда, раптово з'явився грубий систолічний шум біля нижнього краю груднини з лівого боку, за допомогою імпульсної доплерівської ЕхоКГ виявлено виражений турбулентний потік крові в систолу вздовж правої поверхні міжшлуночкової перегородки. Який патологічний стан виник у пацієнта?

1. Відрив папілярних м'язів трикуспідального клапана
2. Відрив папілярного м'яза передньої стулки мітрального клапана
3. Розрив стінки лівого шлуночка
4. Розрив міжпередсердної перегородки

5. Розрив міжшлуночкової перегородки (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічна картина:

1. У пацієнта з гострим інфарктом міокарда на 5-ту добу виникає раптовий грубий систолічний шум.
2. ЕхоКГ виявляє турбулентний потік крові через міжшлуночкову перегородку в систолу.

Патофізіологія:

1. Інфаркт міокарда може призвести до некрозу та розм'якшення міокарда.
2. Якщо некроз поширюється на міжшлуночкову перегородку, вона може розірватися.
3. Розрив міжшлуночкової перегородки призводить до шунтування крові з лівого шлуночка в правий, що викликає грубий систолічний шум.

ЕхоКГ є золотим стандартом діагностики.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Відрив папілярних м'язів трикуспідального клапана:* викликає регургітацію трикуспідального клапана, що призводить до систолічного шуму, але він зазвичай найкраще чутий біля лівого краю груднини.
2. *Відрив папілярного м'яза передньої стулки мітрального клапана:* призводить до гострої мітральної регургітації, шум буде вислуховуватись на верхівці серця, та матиме інші клінічні прояви.
3. *Розрив стінки лівого шлуночка:* зазвичай призводить до тампонади серця та швидкої смерті.
4. *Розрив міжпередсердної перегородки:* призводить до шунтування крові між передсердями, що викликає систолічний шум, але він зазвичай тихіший і має іншу локалізацію.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання мало б бути:

1. Для «Відрив папілярних м'язів трикуспідального клапана»: опис шуму, що найкраще чутий біля лівого краю груднини.
2. Для «Відрив папілярного м'яза передньої стулки мітрального клапана»: опис шуму, що найкраще чутий на верхівці серця.
3. Для «Розрив стінки лівого шлуночка»: опис клінічної картини тампонади серця.
4. Для «Розрив міжпередсердної перегородки»: опис шуму, що найкраще чутий у другому міжребер'ї зліва від груднини.



Пацієнту з постійною формою фібриляції передсердь із метою профілактики тромбоемболічних ускладнень було призначено ривароксабан. Із анамнезу відомо, що у пацієнта є супутня хронічна ниркова недостатність. Якою формулою для обрахунку швидкості клубочкової фільтрації з метою корекції дози ривароксабану доцільно користуватись у цьому разі?

1. Cockcroft-Gault (вірна відповідь)

2. CKD-EPI Creatinine-Cystatin C
3. MDRD
4. CKD-EPI Cystatin C
5. CKD-EPI

Пояснення

Ривароксабан і ниркова недостатність:

Ривароксабан виводиться з організму переважно нирками, тому у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) його концентрація в крові може підвищуватися, що збільшує ризик кровотеч.

Тому дозу ривароксабану необхідно коригувати залежно від швидкості клубочкової фільтрації (при ШКФ <50 мл/хв/1,73 м² дозу потрібно зменшувати до 15 мг).

Формула Кокрофта-Голта:

Формула Кокрофта-Голта є однією з найстаріших і найпоширеніших формул для оцінки ШКФ. Вона враховує вік, масу тіла та концентрацію креатиніну в сироватці крові.

Ця формула історично використовувалась у клінічних дослідженнях ривароксабану, тому на практиці використовувати слід саме її.

Інші формули:

Формули CKD-EPI та MDRD вважаються більш точними для оцінки ШКФ, особливо на ранніх стадіях ХНН.

Проте, для корекції дози ривароксабану, в настановах та клінічній практиці, частіше застосовується саме формула Кокрофта-Голта.

Щоб інші відповіді теж були вірними, потрібно було б змінити питання, наприклад:

"Яка формула для обрахунку швидкості клубочкової фільтрації є найбільш точною для оцінки функції нирок у пацієнта з ХНН?"

Або: "Яка формула для обрахунку швидкості клубочкової фільтрації, рекомендована в останніх клінічних настановах по діагностиці хронічної хвороби нирок?"



118.

У пацієнта віком 68 років, який тривало хворіє на ХОЗЛ, раптово значно посилилася задишка, кашель, виник біль у правій половині грудної клітки. Об'єктивно спостерігається: стан тяжкий, ЧД - 28/хв, над правою половиною грудної клітки вислуховується коробковий перкуторний звук і відсутність дихальних шумів. АТ - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 106/хв, SpO₂ - 90%. Яке обстеження необхідно виконати першочергово для встановлення причини погіршення?

1. Рентгенографію ОГК (вірна відповідь)

2. Бронхоскопію
3. Електрокардіографію
4. Спірометрію

Пояснення

У пацієнта з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) раптово погіршився стан, що характеризується посиленням задишки, кашлю та болем у грудній клітці. Об'єктивні дані, такі як коробковий перкуторний звук та відсутність дихальних шумів над правою половиною грудної клітки, вказують на можливий пневмоторакс (скупчення повітря в плевральній порожнині).

Рентгенографія ОГК є першочерговим методом діагностики пневмотораксу, оскільки дозволяє візуалізувати наявність повітря в плевральній порожнині та оцінити ступінь колапсу легені.

Інші запропоновані методи обстеження не є першочерговими в даній клінічній ситуації:

1. *Бронхоскопія*: використовується для візуалізації дихальних шляхів, але не є методом першого вибору для діагностики пневмотораксу.
2. *Електрокардіографія*: використовується для оцінки електричної активності серця, але не дозволяє діагностувати пневмоторакс.
3. *Спірометрія*: використовується для оцінки функції легень, але не є методом першого вибору для діагностики гострого пневмотораксу.
4. *Ехокардіографія*: використовується для оцінки структури та функції серця, але не дозволяє діагностувати пневмоторакс.

Пневмоторакс може бути спонтанним (первинним або вторинним) або травматичним.

У пацієнтів з ХОЗЛ ризик розвитку вторинного спонтанного пневмотораксу підвищений через деструктивні зміни в легенях.

Клінічні ознаки пневмотораксу можуть варіювати від легких до важких, залежно від обсягу повітря в плевральній порожнині та ступеня колапсу легені.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити текст запитання:

1. Бронхоскопія: Якщо у пацієнта виникло кровохаркання, або підозра на обструкцію дихальних шляхів стороннім тілом.
2. Електрокардіографія: Якщо є підозра на супутню серцеву патологію, наприклад, інфаркт міокарда, що може викликати схожі симптоми.
3. Спірометрія: Після стабілізації стану пацієнта, для оцінки функції легень та ступеня обструкції дихальних шляхів.
4. Ехокардіографія: Якщо є підозра на серцеву недостатність, як причину задишки, або для виключення інших серцевих патологій.



119.

Пацієнт віком 50 років із підтвердженою мікрovasкулярною стенокардією, яка не піддається реваскуляризації, приймає біспролол в дозі 10 мг/д. Незважаючи на терапію beta-блокатором, у пацієнта зберігаються напади стенокардії, що відповідають II ФК. Яким буде наступний крок у терапії цього пацієнта?

1. Нікорандил
2. Ранолазин
3. Івабрадин

4. Амлодипін (вірна відповідь)

Пояснення

Мікрovasкулярна стенокардія характеризується болем у грудях, спричиненим дисфункцією дрібних коронарних артерій. Бета-блокатори, такі як бісопролол, є препаратами першої лінії для лікування стенокардії, але вони не завжди ефективні при мікрovasкулярній стенокардії.

У цьому випадку, незважаючи на максимальну дозу бісопрололу, у пацієнта зберігаються напади стенокардії. Тому наступним кроком є додавання до терапії антагоніста кальцію, такого як амлодипін.

Амлодипін розширює коронарні артерії, покращуючи кровотік до міокарда та зменшуючи симптоми стенокардії. Він також знижує артеріальний тиск, що є додатковою перевагою для пацієнтів з гіпертонією.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Нікорандил*: Нікорандил є активатором калієвих каналів і може бути використаний для лікування стенокардії, хоча в останніх європейських рекомендаціях його «доказовість» була знижена, а в американських настановах його взагалі немає. Однак він не є препаратом першої лінії для мікрovasкулярної стенокардії і може викликати головний біль.
2. *Ранолазин*: Ранолазин може бути ефективним для лікування мікрovasкулярної стенокардії, але він зазвичай використовується як препарат другої лінії, якщо бета-блокатори та антагоністи кальцію не ефективні.
3. *Івабрадин*: Івабрадин знижує частоту серцевих скорочень і може бути використаний для лікування стенокардії, але він не є препаратом першої лінії для мікрovasкулярної стенокардії.
4. *Пролонгований нітрогліцерин*: Нітрогліцерин може бути використаний для полегшення гострих нападів стенокардії, але він не підходить для тривалого лікування. Він може викликати головний біль і толерантність.

Важливо відзначити, що лікування мікрovasкулярної стенокардії може бути складним і вимагати індивідуального підходу.

У деяких випадках може знадобитися комбінація лікарських засобів для досягнення оптимального контролю симптомів.

Також важливим є контроль факторів ризику, таких як гіпертонія, діабет та високий рівень холестерину.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь нікорандил була вірною, у питанні можна було б додати, що у пацієнта є непереносимість антагоністів кальцію або протипоказання до їх застосування.
2. Щоб відповідь ранолазин була вірною, у питанні слід було б додати, що пацієнт вже отримує антагоніст кальцію, але симптоми стенокардії зберігаються.
3. Щоб відповідь івабрадин була вірною, потрібно було б додати, що у пацієнта є протипоказання до бета-блокаторів або їх непереносимість, а також тахікардія.
4. Щоб відповідь пролонгований нітрогліцерин була вірною, питання мало б бути сформульоване таким чином: "Який препарат можна використовувати для полегшення гострих нападів стенокардії у цього пацієнта?"



120.

Пацієнтка віком 26 років скаржиться на загальну слабкість, кашкоподібні випорожнення з домішками крові та слизу 5-7 разів на добу, відчуття неповного випорожнення кишечника. Об'єктивно спостерігається: температура тіла - 36,7°C, пульс - 78/хв, АТ - 105/65 мм рт. ст., шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, тілобудова астенична, пальпаторно живіт м'який,

чутливий під час пальпації лівих відділів товстого кишечника. У загальному аналізі крові: гемоглобін - 95 г/л, ШОЕ - 26 мм/год. В аналізі калу: кальпротектин - 1012 мкг/г. За результатами колоноскопії виявлено: слизова прямої та сигмоподібної кишки дифузно гіперемована, набрякла, із множинними ерозивними змінами, під час контакту кровоточить, судинний малюнок не простежується. Який найімовірніший діагноз?

1. Виразковий коліт (вірна відповідь)

2. Хвороба Крона
3. Рак товстого кишечника
4. Амебіаз
5. Сальмонельоз

Пояснення

Клінічна картина:

- Скарги на загальну слабкість, кашкоподібні випорожнення з домішками крові та слизу, часті позиви до дефекації (5-7 разів на добу), відчуття неповного випорожнення кишечника - типові для запального захворювання кишечника.
- Локалізація болю в лівих відділах товстого кишечника також підтверджує ураження товстої кишки.

Лабораторні дані:

- Анемія (гемоглобін 95 г/л) та підвищена ШОЕ (26 мм/год) вказують на наявність запального процесу в організмі.
- Підвищений кальпротектин (1012 мкг/г) є маркером запалення в кишечнику.

Інструментальні дані:

- Колоноскопія виявила дифузну гіперемію, набряк слизової прямої та сигмоподібної кишки, множинні ерозії, кровоточивість при контакті - характерні ознаки виразкового коліту.

Чому інші відповіді менш імовірні:

1. *Хвороба Крона*: Хоча хвороба Крона також є запальним захворюванням кишечника, для неї більш характерне сегментарне ураження, ураження всіх шарів кишкової стінки, утворення гранульом та свищів.
2. *Рак товстого кишечника*: Рак товстого кишечника зазвичай проявляється зміною характеру випорожнень, домішками крові в калі, але рідко супроводжується таким частим рідким випорожненням з великою кількістю слизу. Також при раку повинні були б спостерігатися зміни в аналізах, що характерні для онкології.
3. *Амебіаз*: Амебіаз - інфекційне захворювання, яке також може викликати діарею з кров'ю. Однак, для амебіазу характерні виразки у вигляді "кратерів", а не дифузне ураження слизової.
4. *Сальмонельоз*: Сальмонельоз - гостре інфекційне захворювання, яке зазвичай проявляється гострою діареєю, лихоманкою, болем у животі. Але сальмонельоз, зазвичай, не викликає хронічного процесу з ураженням слизової оболонки, який був виявлений при колоноскопії.

Щоб інші відповіді були вірними, необхідно було б додати наступну інформацію:

1. *Хвороба Крона*: Вказати на наявність гранульом при гістологічному дослідженні, ураження інших відділів кишечника, наприклад, клубової кишки, або наявність свищів.
2. *Рак товстого кишечника*: Описати наявність пухлини при колоноскопії, зміни в рівні онкомаркерів.
3. *Амебіаз*: Вказати на виявлення амеб в калі або при біопсії слизової оболонки.

4. Сальмонельоз: Описати гострий початок захворювання, лихоманку, виявлення сальмонел в калі.



121.

Пацієнтку віком 37 років шпиталізовано до відділення інтенсивної терапії з підозрою на тромбоемболію легеневої артерії. Скаржиться на задишку, непродуктивний сухий кашель, дискомфорт у ділянці правої гомілки. Хворіє 2 тижні. Об'єктивно спостерігається: задишка експіраторного характеру, ЧД - 22-24/хв, аускультативно над легенями вислуховуються розсіяні сухі хрипи, АТ - 110/80 мм рт. ст., ЧСС - 98/хв. В аналізі крові: рівень D-димеру - 34,61 мкг/мл. За результатами КТ із контрастуванням виявлено: інфаркт-пневмонію задньо-базальних сегментів правої та лівої легень. Під час УЗД глибоких вен нижніх кінцівок виявлено: тромбоз вен правої гомілки. Ризик ранньої смертності низький - PESI-I. Який із нижченаведених лікарських засобів рекомендовано для лікування тромботичних ускладнень?

1. Тканинний активатор плазміногену
2. Низькомолекулярний гепарин (вірна відповідь)
3. Інгібітор агрегації тромбоцитів
4. Антагоніст вітаміну К

Пояснення

З огляду на клінічну картину, результати КТ та УЗД, у пацієнтки діагностовано тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) з інфаркт-пневмонією та тромбозом глибоких вен правої гомілки. Враховуючи низький ризик ранньої смертності (PESI-I), рекомендовано розпочати антикоагулянтну терапію.

Низькомолекулярний гепарин (НМГ) є препаратом першої лінії для лікування ТЕЛА у пацієнтів з низьким та проміжним ризиком. Він забезпечує швидкий антикоагулянтний ефект, запобігаючи подальшому тромбоутворенню та сприяючи розсмоктуванню існуючих тромбів.

Чому інші відповіді невірні:

1. Тканинний активатор плазміногену (t-PA) використовується для тромболітичної терапії у пацієнтів з високим ризиком ТЕЛА, наприклад, при масивній ТЕЛА з гемодинамічною нестабільністю. У даному випадку ризик низький, тому тромболізис не показаний.
2. Інгібітори агрегації тромбоцитів (наприклад, аспірин, клопідогрель) використовуються для профілактики артеріальних тромбозів, але не для лікування венозних тромбоемболій.
3. Антагоністи вітаміну К (наприклад, варфарин) використовуються для довготривалої антикоагулянтної терапії після початкового лікування НМГ.

Як би мало стояти питання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь про тромболітичну терапію стала вірною, необхідно додати до клінічної картини ознаки масивної ТЕЛА, тобто гемодинамічну нестабільність.
2. Щоб відповідь про антагоністи вітаміну К була вірною, необхідно було б щоб в питанні було вказано про те, що пацієнтка вже пройшла первинне лікування НМГ і потребує подальшої, підтримуючої терапії.

Загалом схема використання антитромботичних засобів при тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) залежить від ризику ранньої смерті пацієнта. Розглянемо основні підходи:

1. ТЕЛА високого ризику (масивна ТЕЛА):

- Тромболітична терапія:
 - Внутрішньовенне введення тромболітичних препаратів (наприклад, альтеплаза, стрептокіназа).
 - Мета: швидке розчинення тромбу та відновлення кровотоку в легеневих артеріях.
 - Показання: гемодинамічна нестабільність (шок, гіпотензія).
- Хірургічна емболектомія:
 - Хірургічне видалення тромбу з легеневих артерій.
 - Показання: протипоказання до тромболізу, неефективність тромболітичної терапії.
- Антикоагулянтна терапія:
 - Після тромболізу або емболектомії необхідно розпочати антикоагулянтну терапію.
 - Використовують нефракціонований гепарин (НФГ) або низькомолекулярний гепарин (НМГ).

2. ТЕЛА проміжного ризику (субмасивна ТЕЛА):

- Антикоагулянтна терапія:
 - НМГ (наприклад, еноксапарин, дальтепарин) або фондапаринукс.
 - Можливе застосування пероральних антикоагулянтів (ПОАК) - рівароксабан, апіксабан, едоксабан.
- Тромболітична терапія:
 - Розглядається в окремих випадках при погіршенні клінічного стану.

3. ТЕЛА низького ризику:

- Антикоагулянтна терапія:
 - НМГ або фондапаринукс.
 - Можливе застосування ПОАК.

Загальні принципи антикоагулянтної терапії:

Початкова терапія:

- Парентеральне введення антикоагулянтів (НМГ, НФГ, фондапаринукс).
- Тривалість: 5-10 днів.

Підтримуюча терапія:

- ПОАК (варфарин, рівароксабан, апіксабан, едоксабан, дабігатран).
- Тривалість: мінімум 3 місяці, залежно від ризику рецидиву.



122.

Під час ехокардіографічного обстеження чоловіка віком 45 років, колишнього спортсмена, який не має скарг на здоров'я, виявили, що товщина міжшлуночкової перегородки у базальному відділі становить 1,8 см, а товщина задньої стінки лівого шлуночка - 1,0 см. Який патологічний стан насамперед треба запідозрити у цьому разі?

1. Латентний перебіг міокардиту

2. Гіпертрофічну кардіоміопатію (вірна відповідь)

3. Спортивну гіпертрофію міокарда

4. Гіпертонічну хворобу

5. Перенесений без симптомів інфаркт міокарда задньої стінки

Пояснення

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) - це захворювання серцевого м'язу, яке характеризується потовщенням (гіпертрофією) стінок лівого шлуночка, особливо міжшлуночкової перегородки.

- Товщина міжшлуночкової перегородки 1,8 см є патологічною. Нормальні показники товщини міжшлуночкової перегородки та задньої стінки лівого шлуночка не повинні перевищувати 1,5 см (або 1,3 см при наявності сімейного анамнезу).
- Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки є характерною ознакою ГКМП.
- Відсутність скарг у пацієнта не виключає наявності ГКМП, оскільки захворювання може тривалий час протікати безсимптомно.
- Колишня спортивна діяльність пацієнта, є фактором ризику розвитку ГКМП.

Чому інші відповіді невірні:

Латентний перебіг міокардиту: Міокардит - це запалення серцевого м'язу. Хоча міокардит може призвести до гіпертрофії міокарда, він зазвичай супроводжується іншими симптомами, такими як біль у грудях, задишка, втома. Крім того, при міокардиті гіпертрофія міокарда зазвичай не настільки виражена, як при ГКМП.

Спортивна гіпертрофія міокарда: У спортсменів може спостерігатися фізіологічна гіпертрофія міокарда, але вона зазвичай помірна і рівномірна. Товщина міжшлуночкової перегородки 1,8 см є надмірною для спортивної гіпертрофії.

Гіпертонічна хвороба: Гіпертонічна хвороба може призвести до гіпертрофії лівого шлуночка, але вона зазвичай рівномірна. Крім того, у пацієнта немає скарг на гіпертонічну хворобу.

Перенесений без симптомів інфаркт міокарда задньої стінки: Інфаркт міокарда задньої стінки може призвести до локального потовщення міокарда, але він не викликає генералізованої гіпертрофії міжшлуночкової перегородки.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання необхідно було б додати наступну інформацію:

1. Для відповіді "Латентний перебіг міокардиту" необхідно було б додати інформацію про наявність у пацієнта недавньої вірусної інфекції або інших симптомів міокардиту.
2. Для відповіді "Спортивна гіпертрофія міокарда" необхідно було б вказати, що пацієнт є професійним спортсменом, який займається видами спорту, що вимагають великих фізичних навантажень; до того ж, товщина стінок рідко перевищує 15 мм та характерна симетрична гіпертрофія.
3. Для відповіді "Гіпертонічна хвороба" необхідно було б додати інформацію про наявність у пацієнта підвищеного артеріального тиску.
4. Для відповіді "Перенесений без симптомів інфаркт міокарда задньої стінки" необхідно було б додати інформацію про наявність у пацієнта змін на ЕКГ, що свідчать про перенесений інфаркт міокарда.



123.

Пацієнтка віком 52 роки скаржиться на періодичний нападopodobний біль у поперековій ділянці праворуч, який іррадіює в пахвинну ділянку та внутрішню поверхню правого стегна, порушення сечовиділення, яке проявляється більш частим сечовипусканням з різями та періодично домішками крові у сечі. Із анамнезу відомо, що скарги турбують 3-4 рази на місяць переважно після фізичного навантаження. Вважає себе хворою близько шести місяців. Об'єктивно спостерігається: праворуч у поперековій ділянці під час постукування - незначна болючість. За результатами аналізу сечі виявлено: відносна густина - 1,014, білок - 0,003 г/л, еритроцити нелізовані (свіжі) - 10-12 у полі зору, лейкоцити - 3-5 у полі зору, велика кількість кристалів сечової кислоти. Який найімовірніший діагноз?

1. Пієлонефрит
2. Цистит
3. Гломерулонефрит

4. Сечокам'яна хвороба (вірна відповідь)

5. Кіста нирки

Пояснення

Клінічна картина:

- Нападopodobний біль у поперековій ділянці з іррадіацією в пахвинну ділянку та внутрішню поверхню стегна - типовий симптом ниркової коліки, спричиненої рухом каменю по сечоводу.
- Порушення сечовипускання (часте сечовипускання, різі, гематурія) - також характерні для сечокам'яної хвороби, особливо при проходженні каменю через сечовід.
- Зв'язок нападів з фізичним навантаженням - фактор, що провокує рух каменів.

Лабораторні дані:

- Мікрогематурія (еритроцити в сечі) - результат травмування слизової оболонки сечовивідних шляхів каменем.
- Кристалурія (кристали сечової кислоти) - свідчить про порушення обміну сечової кислоти, що є фактором ризику утворення каменів.

Диференційна діагностика:

1. *Пієлонефрит*: для нього характерні гарячка, озноб, виражений больовий синдром, лейкоцитурія. В даному випадку гарячка та озноб відсутні, лейкоцитурія незначна.
2. *Цистит*: проявляється болем у надлобковій ділянці, частим та болісним сечовипусканням. Біль у поперековій ділянці не характерний.
3. *Гломерулонефрит*: характеризується набряками, артеріальною гіпертензією, протеїнурією, гематурією. Больовий синдром не є типовим.
4. *Кіста нирки*: зазвичай протікає безсимптомно, біль виникає лише при ускладненнях (нагноєння, розрив). Гематурія не є характерною.

Щоб інші відповіді були вірними, в тексті запитання мало б бути:

1. Для пієлонефриту: підвищення температури тіла, озноб, виражена лейкоцитурія.
2. Для циститу: біль у надлобковій ділянці, часте та болісне сечовипускання, лейкоцитурія.
3. Для гломерулонефриту: набряки, артеріальна гіпертензія, протеїнурія.
4. Для кісти нирки: збільшення розмірів нирки, виявлене при пальпації, або випадкове виявлення кісти при УЗД.



124.

Пацієнтка віком 52 роки скаржиться на ранкову скутість та біль у суглобах рук, відчуття стягнутості шкіри обличчя, відсутність сліз, утруднення під час ковтання сухої їжі, схуднення на 10 кг протягом року. Об'єктивно спостерігається: обличчя маскоподібне, амімічне, шкіра бліда, суха, кінчики пальців рук бліді, холодні на дотик. Тони серця аритмічні, ослаблені, систолічний шум на верхівці. В аналізі крові: еритроцити - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити - $7,3 \cdot 10^9/л$, ШОЕ - 40 мм/год. Який найімовірніший діагноз?

1. Склеродермія (вірна відповідь)

2. Гостра ревматична гарячка
3. Системний червоний вовчак
4. Дерматоміозит
5. Подагра

Пояснення

Склеродермія – це системне захворювання сполучної тканини, що характеризується надмірним відкладенням колагену в шкірі та внутрішніх органах, що призводить до їх фіброзу. Клінічна картина пацієнтки повністю відповідає цьому діагнозу:

1. Ранкова скутість та біль у суглобах рук: Це типовий симптом склеродермії, особливо на ранніх стадіях.
2. Відчуття стягнутості шкіри обличчя, маскоподібне обличчя, амімія, бліда та суха шкіра: Це характерні ознаки шкірної форми склеродермії.
3. Відсутність сліз та утруднення під час ковтання сухої їжі: Це свідчить про ураження слизових оболонок та залоз внутрішньої секреції, що часто спостерігається при склеродермії (синдром Шегрена).
4. Схуднення на 10 кг протягом року: Схуднення може бути пов'язане з ураженням шлунково-кишкового тракту, що також є частим проявом склеродермії.
5. Бліді та холодні кінчики пальців рук: Це може бути проявом синдрому Рейно, який часто супроводжує склеродермію.
6. Тони серця аритмічні, ослаблені, систолічний шум на верхівці: Це вказує на можливе ураження серця, що також є одним з можливих проявів системної склеродермії.
7. Підвищена ШОЕ: Запальний процес, що супроводжує склеродермію, часто призводить до підвищення ШОЕ.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Гостра ревматична гарячка*: Характеризується мігруючим артритом, кардитом, хореєю, кільцеподібною еритемою та підшкірними вузликами. У пацієнтки немає типових ознак ревматичної гарячки.
2. *Системний червоний вовчак*: Характеризується різноманітними симптомами, включаючи шкірні висипання, артрит, ураження нирок та інші. Однак, стягнутість шкіри та утруднення ковтання не є типовими для вовчака.
3. *Дерматоміозит*: Характеризується м'язовою слабкістю та шкірними висипаннями. У пацієнтки немає явних ознак м'язової слабкості.
4. *Подагра*: Характеризується гострими нападами артриту, зазвичай уражаючи один суглоб, найчастіше перший плюснефаланговий суглоб. У пацієнтки немає типових ознак подагри.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті питання мало б бути:

1. Для гострої ревматичної лихоманки: треба було б додати мігруючий характер болю в суглобах, підвищені титри антистрептолізину-О, ознаки кардиту.
2. Для системного червоного вовчака: типові шкірні прояви (еритема у вигляді метелика на обличчі), ураження нирок, наявність антинуклеарних антитіл.
3. Для дерматоміозиту: м'язова слабкість, підвищення рівня м'язових ферментів (креатинкіназа).
4. Для подагри: гострий біль в одному суглобі, підвищення рівня сечової кислоти.



125.

Пацієнтка віком 62 роки скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, що регулярно з'являється впродовж останнього місяця, загальну слабкість і швидку стомлюваність. В анамнезі:

хронічна ниркова недостатність із проведенням гемодіалізу через центральний венозний катетер у лівій яремній вені. Об'єктивно спостерігається: аускультативно - над легенями дихання везикулярне, тони серця ясні, систолічний шум над трикуспідальним клапаном, ЧСС - 84/хв, АТ - 125/75 мм рт. ст., під час пальпації живіт м'який і безболісний. На ЕКГ патології не виявлено. Під час трансторакальної ультрасонографії серця вперше встановлено трикуспідальну регургітацію. Який найімовірніший діагноз?

1. Інфекційний ендокардит трикуспідального клапана (вірна відповідь)

2. Гостра коронавірусна інфекція
3. Гострий ревмокардит
4. Виникнення гострої серцевої недостатності
5. Системний червоний вовчак

Пояснення

Клінічна картина:

1. Пацієнтка має лихоманку неясного генезу, загальну слабкість та швидку стомлюваність, що триває протягом місяця.
2. В анамнезі хронічна ниркова недостатність, що вимагає гемодіалізу через центральний венозний катетер.
3. При аускультатії виявлено систолічний шум над трикуспідальним клапаном, що вказує на його можливе ураження.
4. Під час трансторакальної ехокардіографії вперше виявлено трикуспідальну регургітацію.

Фактори ризику:

1. Наявність центрального венозного катетера є значним фактором ризику розвитку інфекційного ендокардиту, особливо правого відділу серця.
2. Хронічна ниркова недостатність також підвищує ризик інфекційних ускладнень.

Інфекційний ендокардит трикуспідального клапана найчастіше виникає у пацієнтів з внутрішньовенною наркотичною залежністю або наявністю центрального венозного катетера.

Клінічні прояви можуть бути неспецифічними, включаючи лихоманку, слабкість, шуми в серці та ознаки емболії легеневої артерії.

Діагноз підтверджується за допомогою ехокардіографії та посіву крові.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Гостра коронавірусна інфекція:*

Хоча лихоманка та слабкість можуть бути симптомами COVID-19, відсутність респіраторних симптомів та наявність шуму в серці роблять цей діагноз менш вірогідним.

2. *Гострий ревмокардит:*

Ревмокардит частіше зустрічається у молодих пацієнтів і зазвичай пов'язаний з попередньою стрептококовою інфекцією. Відсутність даних про ревматичну лихоманку в анамнезі робить цей діагноз менш вірогідним.

3. *Виникнення гострої серцевої недостатності:*

Хоча трикуспідальна регургітація може призвести до правошлуночкової недостатності, у цьому випадку немає явних ознак серцевої недостатності.

4. Системний червоний вовчак:

Так, системний червоний вовчак(СЧВ) може викликати ендокардит Лібмана-Сакса. Але він частіше вражає клапани лівих відділів серця. Так само при СЧВ є багато інших симптомів, які не описані в цьому клінічному випадку.

Як можна було б змінити запитання, щоб інші відповіді були вірними:

1. Для того, щоб відповідь "Гостра коронавірусна інфекція" була вірною, необхідно додати респіраторні симптоми, такі як кашель, задишка, біль у горлі.
2. Для того, щоб відповідь "Гострий ревмокардит" була вірною, необхідно додати дані про попередню стрептококову інфекцію та ознаки ревматичної лихоманки.
3. Для того, щоб відповідь «Системний червоний вовчак» була вірною, потрібно додати симптоми які притаманні для СЧВ: висип на обличчі, артрит, плеврит, перикардит, ураження нирок, наявність антинуклеарних антитіл.



126.

Пацієнт віком 36 років скаржиться на загальну слабкість, ниючий біль у ділянці епігастрія, рідкі випорожнення чорного кольору. Із анамнезу відомо, що симптоми з'явилися після фізичного навантаження. Хворіє на неспецифічний виразковий коліт протягом 5-ти років, на цей час знаходиться в стані ремісії. Тиждень тому лікувався з приводу невралгії сідничного нерва. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, вологі, ЧСС - 95/хв, пульс ритмічний, АТ - 90/60 мм рт. ст., у навколупупковій ділянці під час пальпації відзначається болючість. Яке дослідження необхідно виконати для підтвердження діагнозу?

1. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини

2. Гастродуоденофіброскопію (вірна відповідь)

3. КТ органів черевної порожнини

4. Іригоскопію

5. Колоноскопію

Пояснення

З огляду на клінічну картину (мелена, біль в епігастрії, слабкість, блідість шкіри, гіпотензія, тахікардія) та анамнез (прийом НПЗП), у пацієнта можна запідозрити шлунково-кишкову кровотечу, найбільш імовірно, з верхніх відділів ШКТ.

ГДФС є "золотим стандартом" діагностики та лікування кровотеч з верхніх відділів ШКТ. Вона дозволяє візуалізувати джерело кровотечі, оцінити її інтенсивність та провести ендоскопічний гемостаз.

Мелена (чорні рідкі випорожнення) вказує на кровотечу з верхніх відділів ШКТ, оскільки кров, проходячи через кишечник, зазнає змін під дією травних ферментів.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини:* не інформативна для діагностики кровотечі.
2. *КТ органів черевної порожнини:* може бути корисним для виявлення інших патологій, але не є першочерговим методом при підозрі на кровотечу.
3. *Іригоскопія:* використовується для дослідження товстої кишки, а не верхніх відділів ШКТ.

4. **Колоноскопія:** використовується для дослідження товстої кишки, а не верхніх відділів ШКТ.

Враховуючи анамнез (прийом НПЗП), слід розглянути можливість виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею.

Як зробити інші відповіді вірними:

1. Щоб відповідь "Колоноскопія" була вірною, у питанні потрібно вказати на наявність крові в калі, а не мелени. А також вказати, що пацієнт скаржиться на біль внизу живота.
2. Щоб відповідь "Іригоскопія" була вірною, потрібно вказати в анамнезі на підозру на дивертикуліт.
3. Щоб відповідь "КТ органів черевної порожнини" була вірною, потрібно вказати в питанні, що є підозра на пухлину, яка дала кровотечу.
4. Щоб відповідь "Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини" була вірною, потрібно вказати в питанні, що є підозра на перфорацію виразки.



127.

Пацієнтка віком 56 років із ревматоїдним артритом приходить до лікаря на контрольний огляд. Інших серйозних захворювань в анамнезі немає. Менопауза настала 1 рік тому. Приймає протиревматичні препарати та замісну гормональну терапію. Пацієнтка регулярно займається фізичними вправами. Сканування DEXA виявило: T-score - 1,80, що вказує на зниження щільності кісткової тканини. Який із нижченаведених препаратів призвів до таких змін?

1. Медроксипрогестерону ацетат
2. Сульфасалазин
3. Напроксен
4. Адаліумаб

5. Преднізолон (вірна відповідь)

Пояснення

Зниження щільності кісткової тканини у пацієнтки з ревматоїдним артритом, яка приймає протиревматичні препарати та замісну гормональну терапію, найімовірніше, пов'язане з тривалим застосуванням глюкокортикоїдів, таких як преднізолон.

Преднізолон:

- Глюкокортикоїди, такі як преднізолон, широко використовуються для лікування ревматоїдного артриту через їх потужну протизапальну дію.
- Однак тривале застосування глюкокортикоїдів відоме своїм негативним впливом на кісткову тканину, що призводить до остеопорозу та підвищеного ризику переломів.
- Глюкокортикоїди пригнічують формування кісткової тканини, збільшують резорбцію кісток і знижують всмоктування кальцію в кишечнику.

Інші препарати:

1. *Медроксипрогестерону ацетат, сульфасалазин, напроксен та адаліумаб* не мають такого вираженого негативного впливу на кісткову тканину, як глюкокортикоїди. Хоча тривалий прийом напроксену, як і інших нестероїдних протизапальних засобів, може мати певні негативні побічні ефекти, але не настільки виражені, як у глюкокортикоїдів.
2. *Замісна гормональна терапія*, навпаки, може мати захисний ефект на кісткову тканину у жінок в постменопаузі.

Сам по собі ревматоїдний артрит також може сприяти зниженню щільності кісткової тканини через хронічне запалення.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити умову задачі, наприклад:

1. Для сульфасалазину: якщо пацієнтка має додаткові фактори ризику, такі як дефіцит вітаміну D або кальцію, сульфасалазин може посилити втрату кісткової маси.
2. Для адалімумабі: тривале застосування адалімумабі, особливо в комбінації з іншими факторами ризику, теоретично може сприяти зниженню щільності кісткової тканини, хоча це менш поширене, ніж при використанні глюкокортикоїдів.
3. Для напроксену: тривале застосування напроксену, особливо у великих дозах, може вплинути на метаболізм кальцію і, як наслідок, на щільність кісткової тканини.
4. Для медроксипрогестерону ацетату: тривале застосування медроксипрогестерону ацетату може призвести до зниження мінеральної щільності кісток, особливо у жінок в пременопаузі.



128.

Пацієнтка віком 37 років скаржиться на загальну слабкість, слинотечу, солодкуватий присмак у роті, блювання, спастичний біль у животі, кров'янисті випорожнення, біль у попереку, зменшення виділення сечі. Із анамнезу відомо, що працює на виробництві з виготовлення вимірювальної апаратури. Об'єктивно спостерігається: некротичні виразки на яснах, болючість живота під час пальпації. За результатами аналізу крові виявлено: еритроцити - $3,87 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 125 г/л , лейкоцити - $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити - $175 \cdot 10^9/\text{л}$. Гостра інтоксикація якою речовиною виникла у пацієнтки?

1. Свинцем
2. Марганцем
3. Бензолом

4. Ртуттю (вірна відповідь)

5. Миш'яком

Пояснення

З огляду на описані симптоми та анамнез пацієнтки, найбільш вірогідним є отруєння ртуттю.

Симптоми:

- Слинотеча, солодкуватий присмак у роті, блювання, спастичний біль у животі, кров'янисті випорожнення - типові ознаки гострого отруєння ртуттю. Ртуть викликає подразнення та некроз слизових оболонок шлунково-кишкового тракту.
- Біль у попереку та зменшення виділення сечі свідчать про ураження нирок, що також характерно для отруєння ртуттю.
- Некротичні виразки на яснах - один з характерних симптомів отруєння ртуттю.

Анамнез:

- Робота на виробництві вимірювальної апаратури підвищує ризик контакту з ртуттю, оскільки вона широко використовується в таких приладах.

Аналіз крові:

- Зміни в аналізі крові не є специфічними для отруєння ртуттю, але можуть відображати загальну реакцію організму на інтоксикацію.

Чому інші варіанти менш вірогідні:

1. **Свинець**: отруєння свинцем зазвичай проявляється іншими симптомами, такими як головний біль, запор, анемія, ураження нервової системи.
2. **Марганець**: отруєння марганцем частіше викликає неврологічні розлади, такі як паркінсонізм.
3. **Бензол**: отруєння бензолом в першу чергу впливає на кровотворну систему, викликаючи анемію, лейкопенію, тромбоцитопенію.
4. **Миш'як**: отруєння миш'яком також викликає шлунково-кишкові розлади, але часто супроводжується шкірними висипаннями та ураженням нервової системи.

Як можна було б змінити питання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь "Свинець" була вірною, потрібно було б додати в анамнез згадку про роботу з акумуляторами, фарбами або іншими джерелами свинцю, а також додати симптоми, характерні для свинцевої інтоксикації, такі як "свинцева облямівка" на яснах, головний біль, запор.
2. Щоб відповідь "Марганець" була вірною, потрібно було б додати в анамнез згадку про роботу в гірничодобувній промисловості або на виробництві феросплавів, а також додати неврологічні симптоми, такі як тремор, м'язова ригідність, порушення ходи.
3. Щоб відповідь "Бензол" була вірною, потрібно було б додати в анамнез згадку про роботу з розчинниками, лаками або іншими джерелами бензолу, а також додати зміни в аналізі крові, характерні для бензольної інтоксикації, такі як анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія.
4. Щоб відповідь "Миш'як" була вірною, потрібно було б додати в анамнез згадку про роботу з пестицидами, гербіцидами або іншими джерелами миш'яку, а також додати шкірні висипання та ураження нервової системи.



129.

Пацієнтка віком 35 років скаржиться на безсоння, підвищену температуру тіла, зниження маси тіла, сухість шкіри, часте серцебиття. Об'єктивно спостерігається: гіперплазія щитоподібної залози II ступеня. Які порушення гормонального рівня найбільш характерні для цього захворювання?

1. Підвищення тироксину (вірна відповідь)

2. Гіперглікемія
3. Зниження тироксину
4. Зниження трийодтироніну
5. Підвищення пролактину

Пояснення

З огляду на симптоми, які тут описані (безсоння, підвищена температура тіла, зниження маси тіла, сухість шкіри, часте серцебиття, гіперплазія щитоподібної залози), найбільш ймовірним діагнозом є гіпертиреоз.

Гіпертиреоз – це стан, при якому щитоподібна залоза виробляє надмірну кількість гормонів тироксину (Т4) та трийодтироніну (Т3).

Ці гормони регулюють обмін речовин в організмі. Їх надлишок призводить до прискорення метаболічних процесів, що проявляється у вигляді:

- частого серцебиття
- підвищеної температури тіла
- зниження маси тіла

- безсоння
- сухості шкіри

Гіперплазія щитоподібної залози (збільшення її розмірів) також є типовим симптомом гіпертиреозу.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Гіперглікемія:* хоча гіпертиреоз може впливати на рівень цукру в крові, гіперглікемія не є основним гормональним порушенням при цьому захворюванні.
2. *Зниження тироксину:* зниження тироксину характерне для гіпотиреозу, протилежного гіпертиреозу стану.
3. *Зниження трийодтироніну:* як і зниження тироксину, зниження трийодтироніну вказує на гіпотиреоз.
4. *Підвищення пролактину:* підвищення пролактину може викликати різні симптоми, але вони не відповідають клінічній картині, описаній у питанні.



130.

Пацієнт віком 58 років скаржиться на задишку під час помірних фізичних навантажень та продуктивний кашель. Із анамнезу відомо, що кинув курити 2 роки тому. За результатами спірографії ОФВ1 становить 74%. На підставі оцінки вираженості симптомів і ризику загострень пацієнта було віднесено до групи 2В за GOLD. Якою має бути початкова терапія для цього пацієнта?

1. Монотерапія інгаляційними кортикостероїдами
2. Подвійна терапія інгаляційними кортикостероїдами та beta_2-агоністами пролонгованої дії
3. Монотерапія beta_2-агоністами короткої дії
4. Подвійна терапія інгаляційними кортикостероїдами та beta_2-агоністами короткої дії

5. Монотерапія beta_2-агоністами пролонгованої дії (вірна відповідь)

Пояснення

Згідно з рекомендаціями GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), початкова терапія ХОЗЛ залежить від групи, до якої належить пацієнт, що визначається на основі симптомів, ризику загострень та функції легень.

У цьому випадку:

- Група 2В:
- Помірні симптоми (задишка при помірних навантаженнях, кашель).
- Ризик загострень: середній.
- ОФВ1 74% (помірне обмеження).

Рекомендована початкова терапія для групи 2В:

- Монотерапія бронхолітиками пролонгованої дії (beta2-агоністи пролонгованої дії (БАТД) або антихолінергічні препарати пролонгованої дії (МАТД)).

Пояснення:

1. *Бронхолітики пролонгованої дії (БАТД або МАТД)* є препаратами першої лінії для пацієнтів з ХОЗЛ групи В, оскільки вони ефективно покращують симптоми та якість життя.
2. *Інгаляційні кортикостероїди (ІКС)* зазвичай додають до терапії лише у випадках частих загострень або при наявності супутньої астми.

3. Бронхолітики короткої дії (БАТД короткої дії) використовуються для полегшення гострих симптомів, але не для регулярної підтримуючої терапії.

Важливо враховувати індивідуальні особливості пацієнта, такі як супутні захворювання та переваги, при виборі терапії.

Регулярне спостереження та корекція терапії є необхідними для оптимального контролю ХОЗЛ.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті запитання, мало б бути:

1. Для «Монотерапія інгаляційними кортикостероїдами»: "Пацієнт має часті загострення ХОЗЛ та супутню астму."
2. Для «Подвійна терапія інгаляційними кортикостероїдами та beta_2-агоністами пролонгованої дії»: "Пацієнт має часті загострення ХОЗЛ."
3. Для «Монотерапія beta_2-агоністами короткої дії»: "Пацієнт має гостре загострення ХОЗЛ."
4. Для «Подвійна терапія інгаляційними кортикостероїдами та beta_2-агоністами короткої дії»: "Пацієнт має гостре загострення ХОЗЛ, та супутню астму."

Основні групи за GOLD:

- **Група А:** 0-1 помірних загострень, що не ведуть до госпіталізації. Оцінка за шкалами: mMRS 0-1, CAT <10. Лікування бронхолітиком (БАТД або МАТД, перевага надається засобам тривалої дії).
- **Група В:** 0-1 помірних загострень, що не ведуть до госпіталізації. Оцінка за шкалами: mMRS ≥2, CAT ≥10. Рекомендованим початковим вибором є подвійна комбінована терапія БАТД і МАТД.
- **Група Е:** ≥2 помірних загострень, або ≥1, що призвело до госпіталізації. Початковим вибором має бути подвійна комбінована терапія БАТД і МАТД. Використання комбінації БАТД+ІГК для ХОЗЛ небажане. Якщо пацієнт має показання до ІГК та/або рівень еозинофілів ≥ 300 клітин/μL слід призначати потрібну терапію: МАТД+БАТД+ІГК.

У випадку неефективності потрібної терапії пацієнтам з ХОЗЛ можуть призначатися інгібітори фосфодієстерази-4, які знижують вираженість запального процесу в бронхах, що в свою чергу призводить до меншої частоти загострень ХОЗЛ. Прикладом препарату цієї групи є рофлуміласт (призначається перорально). Дослідження показали, що він знижує кількість нейтрофілів в харкотинні, ефективно зменшуючи частоту помірних та тяжких загострень ХОЗЛ.



131.

Пацієнт віком 60 років скаржиться на щоденний біль в епігастральній ділянці тривалістю 30-40 хв. Із анамнезу відомо, що захворювання почалося 2 тижні тому з гострого болю в животі та втрати свідомості. Потім напади стали менш інтенсивними, у зв'язку з чим пацієнту провели фіброгастроскопію. Об'єктивно спостерігається: ознаки емфіземи легень, АТ - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 100/хв, аускультативно - тони серця послаблені, 5-6 екстрасистол за 1 хв. Органи черевної порожнини без особливостей. На ЕКГ виявлено: елевация сегмента ST у II, III, aVF-відведеннях. Який найімовірніший діагноз?

1. Пенетрація виразки

2. Інфаркт міокарда нижньої стінки (вірна відповідь)

3. Розшарування аорти

4. Стабільна стенокардія

5. Проплапс мітрального клапана

Пояснення

З огляду на клінічну картину та дані ЕКГ, найбільш імовірним діагнозом є інфаркт міокарда нижньої стінки. Ось пояснення:

1. Елевація сегмента ST у II, III, aVF відведеннях:

Це класична ознака інфаркту міокарда нижньої стінки. Ці відведення відображають електричну активність нижньої частини серця, і елевація ST вказує на гостре пошкодження міокарда в цій області.

2. Біль в епігастральній ділянці:

Інфаркт міокарда нижньої стінки може іррадіювати в епігастральну ділянку, імітуючи захворювання органів черевної порожнини.

3. Втрата свідомості та гострий біль у животі в анамнезі:

Ці симптоми можуть бути пов'язані з гострим епізодом інфаркту міокарда, що призвів до порушення гемодинаміки.

4. Ознаки емфіземи легень, АТ - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 100/хв, аускультативно - тони серця послаблені, 5-6 екстрасистол за 1 хв.:

Ці симптоми вказують на порушення гемодинаміки, що може бути пов'язано з інфарктом міокарда.

Чому інші варіанти менш імовірні:

1. Пенетрація виразки:

Хоча біль в епігастральній ділянці може бути присутнім при пенетрації виразки, елевація сегмента ST на ЕКГ не є типовою ознакою цього стану.

2. Розшарування аорти:

Розшарування аорти зазвичай супроводжується гострим, роздираючим болем у грудях, який іррадіює в спину. Хоча біль може іррадіювати в живіт, ЕКГ зміни не є характерними.

3. Стабільна стенокардія:

Стабільна стенокардія зазвичай викликає біль у грудях при фізичному навантаженні, який проходить в спокої. Елевація сегмента ST на ЕКГ не спостерігається при стабільній стенокардії.

4. Пролапс мітрального клапана:

Пролапс мітрального клапана часто протікає безсимптомно або з неспецифічними симптомами. ЕКГ зміни при пролапсі мітрального клапана зазвичай не включають елевацію сегмента ST.

Щоб інші відповіді були вірними, в тексті запитання мало б бути наступне:

1. Пенетрація виразки:

В анамнезі - виразкова хвороба шлунка, раптовий гострий «кинджальний» біль в епігастрії, напруження м'язів передньої черевної стінки.

2. Розшарування аорти:

Гострий, роздираючий біль в грудях, що іррадіює в спину, різниця артеріального тиску на правий і лівий руках.

3. Стабільна стенокардія:

Біль в грудях, що виникає при фізичному навантаженні і проходить в спокої, депресія сегмента ST на ЕКГ.

4. Проплапс мітрального клапана:
Систолічний шум на верхівці серця, можливі епізоди серцебиття.



132.

Пацієнт віком 50 років скаржиться на діарею (до 20-ти разів на день), що супроводжується виділенням слизу та крові, тенезми, абдомінальний біль у нижньому лівому квадранті живота, зниження маси тіла на 10 кг за останні 6 місяців, загальну слабкість. Під час колоноскопії виявлено: у ділянці від прямої кишки до селезінкового кута ободової кишки слизова оболонка гіперемована, збіднений судинний малюнок, наявність ерозій та виразок, контактна кровоточивість. Який найімовірніший діагноз?

1. Целіакія
- 2. Неспецифічний виразковий коліт (вірна відповідь)**
3. Синдром подразненої кишки з переважанням діареї
4. Хронічний геморой
5. Хвороба Крона

Пояснення

Найімовірніший діагноз: Неспецифічний виразковий коліт (НВК)

Клінічна картина:

- Діарея з кров'ю та слизом (характерний симптом НВК).
- Тенезми (помилкові позиви до дефекації, також характерні для НВК).
- Біль у нижньому лівому квадранті живота (відповідає локалізації ураження при НВК).
- Зниження маси тіла та загальна слабкість (системні прояви хронічного запального процесу).

Колоноскопія:

- Гіперемія слизової оболонки, збіднений судинний малюнок, ерозії та виразки (характерні для НВК зміни).
- Контактна кровоточивість (підтверджує запалення та пошкодження слизової оболонки).
- Локалізація процесу (від прямої кишки до селезінкового кута) характерна для НВК.

Чому інші відповіді менш імовірні:

1. Целіакія:

- Характеризується порушенням всмоктування в тонкому кишківнику, а не запаленням товстого.
- Діарея при целіакії зазвичай не супроводжується кров'ю та слизом.
- Колоноскопія при целіакії не виявляє виразок та ерозій у товстій кишці.

2. Синдром подразненого кишківника (СПК) з переважанням діареї:

- СПК є функціональним розладом, а не запальним.
- При СПК зазвичай немає крові та слизу в калі, а також виражених змін при колоноскопії.

3. Хронічний геморой:

- Викликає кровотечу, але зазвичай не супроводжується діареєю, тенезмами та змінами слизової оболонки товстої кишки.

4. Хвороба Крона:

- Може уражати будь-який відділ шлунково-кишкового тракту, а не тільки товсту кишку.
- При хворобі Крона ураження часто має сегментарний характер ("пропуски"), а не суцільний, як при НВК.
- При хворобі Крона частіше зустрічаються нориці, та гранульоми, чого не спостерігається в данному випадку.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті питання мало б бути:

1. Целіакія:

- Додати симптоми порушення всмоктування (здуття живота, стеаторея).
- Вказати на наявність антитіл до тканинної трансглутамінази.

2. Синдром подразненого кишківника:

- Описати симптоми, що посилюються при стресі та після їжі.
- Вказати на відсутність крові та слизу в калі.
- Вказати на відсутність змін при колоноскопії.

3. Хронічний геморой:

- Описати кровотечу, пов'язану з дефекацією, без діареї та тенезмів.
- Вказати на виявлення гемороїдальних вузлів при пальцевому дослідженні прямої кишки.

4. Хвороба Крона:

- Описати сегментарний характер ураження при колоноскопії.
- Вказати на можливу наявність нориць або гранулом.
- Вказати на можливе ураження інших відділів ШКТ.



133.

Пацієнт віком 39 років скаржиться на сухість у ротовій порожнині, поліурію, зниження гостроти зору, спрагу. За результатами лабораторного дослідження виявлено: глюкоза капілярної крові натще - 6,7 ммоль/л, після їжі - 12,8 ммоль/л, глікозильований гемоглобін - 8,5 %. Яке дослідження дозволить з'ясувати тип цукрового діабету?

1. Визначення HLA-антигенів

2. Визначення індексу HOMA

3. Визначення ліпази крові

4. Загальний аналіз крові

5. Визначення рівня С-пептиду (вірна відповідь)

Пояснення

У цьому клінічному випадку пацієнт має симптоми, які вказують на цукровий діабет (сухість у роті, поліурія, зниження зору, спрага) та лабораторні дані, що підтверджують гіперглікемію (підвищений рівень глюкози в крові натще та після їжі, підвищений глікозильований гемоглобін). Однак, щоб з'ясувати тип цукрового діабету (1-й чи 2-й), необхідно провести додаткове дослідження.

Чому правильна відповідь - визначення рівня С-пептиду:

1. С-пептид – це пептид, який утворюється в підшлунковій залозі разом з інсуліном. Вимірювання рівня С-пептиду дозволяє оцінити функцію бета-клітин підшлункової залози, які виробляють інсулін.
2. При цукровому діабеті 1-го типу бета-клітини руйнуються, тому рівень С-пептиду буде низьким або відсутнім.
3. При цукровому діабеті 2-го типу бета-клітини можуть функціонувати, але недостатньо ефективно, або існує резистентність до інсуліну, тому рівень С-пептиду може бути нормальним або підвищеним.

Чому інші відповіді не є правильними:

1. *Визначення HLA-антигенів:* хоча HLA-антигени пов'язані з ризиком розвитку цукрового діабету 1-го типу, вони не дозволяють однозначно встановити тип діабету.
2. *Визначення індексу HOMA:* індекс HOMA використовується для оцінки інсулінорезистентності, що характерно для цукрового діабету 2-го типу, але не дозволяє відрізнити його від 1-го типу.
3. *Визначення ліпази крові:* ліпаза - це фермент, який бере участь у розщепленні жирів. Її визначення не має відношення до діагностики типу цукрового діабету.
4. *Загальний аналіз крові:* загальний аналіз крові може показати неспецифічні зміни, але не дозволяє встановити тип цукрового діабету.

В деяких випадках, для уточнення діагнозу можуть використовуватися інші дослідження, такі як визначення антитіл до бета-клітин підшлункової залози (наприклад, антитіла до глутаматдекарбоксилази - GADA).

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити запитання, наприклад:

1. Для відповіді "Визначення HLA-антигенів": "Яке дослідження дозволяє оцінити генетичну схильність до цукрового діабету 1-го типу?"
2. Для відповіді "Визначення індексу HOMA": "Яке дослідження дозволяє оцінити інсулінорезистентність при цукровому діабеті 2-го типу?"
3. Для відповіді "Загальний аналіз крові": "Яке дослідження дозволяє оцінити загальний стан пацієнта з цукровим діабетом та виявити можливі ускладнення?"



134.

У двох ліквідаторів аварії на АЕС - скарги на загальну слабкість, нудоту, повторне блювання, яке виникло через 1,5 год після опромінення, головний біль. Об'єктивно спостерігається: невелика гіперемія склер, пульс - 102/хв, АТ - 90/70 мм рт. ст. Інших патологічних змін не виявлено. Яку групу препаратів доцільно призначити потерпілим?

1. Препарати йоду
2. Антикоагулянти
3. Антибіотики

4. Протиблювотні засоби (вірна відповідь)

5. Анальгетики

Пояснення

У цьому випадку у ліквідаторів спостерігаються симптоми, характерні для первинної реакції на опромінення, а саме:

1. Загальна слабкість

2. Нудота та блювання
3. Головний біль
4. Гіперемія склер
5. Тахікардія
6. Гіпотонія

Ці симптоми вказують на розвиток легкої або середньої форми гострої променевої хвороби.

Чому протиблювотні засоби є вірною відповіддю:

Головним завданням у перші години після опромінення є полегшення симптомів та запобігання зневодненню, яке може виникнути внаслідок повторного блювання. Тому призначення протиблювотних засобів є першочерговим.

Чому інші відповіді не є вірними:

1. *Препарати йоду:* Препарати йоду застосовуються для захисту щитоподібної залози від радіоактивного йоду, але вони не впливають на симптоми первинної реакції на опромінення.
2. *Антикоагулянти:* Антикоагулянти застосовуються для запобігання тромбоутворенню, але вони не є необхідними на ранніх стадіях гострої променевої хвороби.
3. *Антибіотики:* Антибіотики застосовуються для боротьби з інфекціями, але вони не є необхідними на ранніх стадіях гострої променевої хвороби, якщо немає ознак інфекційного процесу.
4. *Анальгетики:* Анальгетики можуть бути використані для полегшення головного болю, але вони не є першочерговими в цьому випадку.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь "Препарати йоду" була вірною, потрібно додати інформацію про можливе радіоактивне забруднення йодом.
2. Щоб відповідь "Антикоагулянти" була вірною, потрібно додати інформацію про можливі ускладнення, такі як тромбоутворення.
3. Щоб відповідь "Антибіотики" була вірною, потрібно додати інформацію про можливі інфекційні ускладнення.
4. Щоб відповідь "Анальгетики" була вірною, потрібно уточнити, що у пацієнтів сильний головний біль.



135.

Пацієнт віком 22 роки скаржиться на помірний біль у правому коліні. Із анамнезу відомо, що скарги турбують протягом 2-х днів після незначної травми, хворіє на гемофілію А. Об'єктивно спостерігається: праве коліно збільшене у розмірі, набрякле, гаряче на дотик, під час згинання виникає біль. Діапазон рухів обмежений болем і набряком. За результатами загального аналізу крові виявлено: гемоглобін - 112 г/л, еритроцити - $4,0 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,84, тромбоцити - $310 \cdot 10^9/л$, лейкоцити - $5,9 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні - 1%, еозинофіли - 1%, базофіли - 1%, сегментоядерні - 61%, моноцити - 8%, лімфоцити - 28%, ретикулоцити - 1%. ШОЕ - 16 мм/год. Який із нижченаведених лікарських засобів необхідно застосувати у цьому разі?

1. Вітамін К
2. Концентрат фактора VIII (вірна відповідь)
3. Свіжозаморожену плазму
4. Антидіуретичний гормон (вазопресин)

Пояснення

З огляду на клінічну картину (біль, набряк, гіперемія суглоба після травми у пацієнта з гемофілією А) та результати аналізів (анемія, що вказує на крововтрату), найбільш вірною відповіддю є концентрат фактора VIII.

Гемофілія А – це спадкове захворювання, пов'язане з дефіцитом фактора VIII згортання крові. Травма у таких пацієнтів може призвести до крововиливу в суглоб (гемартрозу), що супроводжується болем, набряком та обмеженням рухів.

Концентрат фактора VIII є препаратом вибору для лікування кровотеч у пацієнтів з гемофілією А. Він забезпечує замісну терапію, відновлюючи необхідний рівень фактора VIII у крові.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Вітамін К*: Вітамін К необхідний для синтезу деяких факторів згортання крові, але не фактора VIII. Він не є ефективним у лікуванні гемофілії А.
2. *Свіжозаморожена плазма*: Свіжозаморожена плазма містить усі фактори згортання крові, але концентрація фактора VIII в ній відносно низька. Для ефективного лікування гемартрозу необхідне введення концентрованого препарату фактора VIII.
3. *Антидіуретичний гормон (вазопресин)*: Вазопресин регулює водний баланс в організмі та не впливає на систему згортання крові.
4. *Концентрат фактора IX*: Концентрат фактора IX використовується для лікування гемофілії В (дефіцит фактора IX), а не гемофілії А.

Для оцінки стану суглоба та виключення інших можливих причин болю та набряку (наприклад, інфекції) необхідно провести додаткові обстеження, такі як рентгенографія або ультразвукове дослідження.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити клінічну картину пацієнта:

1. Для відповіді "Вітамін К" – пацієнт повинен мати дефіцит вітаміну К, наприклад, через захворювання печінки або прийом антикоагулянтів.
2. Для відповіді "Свіжозаморожена плазма" – пацієнт повинен мати масивну крововтрату або ДВЗ-синдром, коли потрібне заміщення багатьох факторів згортання.
3. Для відповіді "Антидіуретичний гормон (вазопресин)" – у пацієнта має бути нецукровий діабет.
4. Для відповіді "Концентрат фактора IX" – у пацієнта має бути гемофілія В.



136.

Пацієнтка віком 40 років скаржиться на задишку під час фізичного навантаження, прискорене серцебиття, крововиливи на шкірі та слизових оболонках. Із анамнезу відомо, що скарги турбують протягом 5-ти місяців з поступовим посиленням, 10 років працює на хімічному виробництві, контактує з бензолом. Об'єктивно спостерігається: пульс - 120/хв, шкіра та слизові оболонки бліді, чисельні точкові крововиливи. За результатами загального аналізу крові виявлено: гемоглобін - 74 г/л, еритроцити - $2,4 \cdot 10^{12}/л$, КР - 0,93, MCV (середній об'єм еритроцита) - 87,7 фл (норма – 76,0-96,0 фл), MCH (середній вміст гемоглобіну в еритроциті) - 30,1 пг (норма – 28-32 пг), тромбоцити - $44 \cdot 10^9/л$, лейкоцити - $1,2 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли - 3%, еозинофіли - 1%, базофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 59%, моноцити - 5%, лімфоцити - 31%, ретикулоцити - не визначаються. ШОЕ - 42 мм/год. Який додатковий метод дослідження буде доцільно використати для верифікації діагнозу?

1. Стернальна пункція з оцінкою мієлограми (вірна відповідь)

2. Визначення рівня сироваткового заліза в крові
3. Визначення рівня феритину в крові
4. Визначення рівня вітаміну В₁₂ у крові
5. Визначення рівня білірубіну та його фракцій у крові

Пояснення

З огляду на клінічну картину (задишка, прискорене серцебиття, крововиливи), анамнез (контакт з бензолом) та результати загального аналізу крові (панцитопенія - зниження всіх трьох основних клітин крові: еритроцитів, лейкоцитів та тромбоцитів), найбільш доцільним додатковим методом дослідження є стернальна пункція з оцінкою мієлограми.

Стернальна пункція з оцінкою мієлограми дозволить оцінити стан кісткового мозку, де відбувається утворення клітин крові. При панцитопенії необхідно виключити захворювання кісткового мозку, такі як апластична анемія, гострий лейкоз, мієлодиспластичний синдром та інші.

Інші запропоновані методи дослідження (визначення рівня сироваткового заліза, феритину, вітаміну В₁₂, білірубіну) можуть бути корисними для діагностики певних видів анемій, але в даному випадку вони не є першочерговими, оскільки панцитопенія свідчить про більш серйозне ураження кісткового мозку.

Контакт з бензолом є відомим фактором ризику розвитку апластичної анемії та лейкозів. Тому, проведення стеральної пункції є необхідним для встановлення остаточного діагнозу.

Чому інші відповіді можуть бути невірними:

1. *Визначення рівня сироваткового заліза, феритину та вітаміну В₁₂*: Ці дослідження корисні для діагностики залізодефіцитної анемії або В₁₂-дефіцитної анемії. Однак, у даному випадку, панцитопенія вказує на більш серйозну проблему, ніж просто дефіцит поживних речовин.
2. *Визначення рівня білірубіну та його фракцій*: Це дослідження використовується для оцінки функції печінки та діагностики гемолітичних анемій. Хоча гемоліз може супроводжувати деякі захворювання кісткового мозку, це не є першочерговим дослідженням при панцитопенії.

Щоб інші відповіді були вірними, питання мало б бути сформульоване так:

1. Для діагностики залізодефіцитної анемії: "Який додатковий метод дослідження буде доцільно використати для діагностики залізодефіцитної анемії?" (Відповідь: Визначення рівня сироваткового заліза в крові).
2. Для діагностики В₁₂-дефіцитної анемії: "Який додатковий метод дослідження буде доцільно використати для діагностики В₁₂-дефіцитної анемії?" (Відповідь: Визначення рівня вітаміну В₁₂ у крові).
3. Для діагностики гемолітичної анемії: "Який додатковий метод дослідження буде доцільно використати для діагностики гемолітичної анемії?" (Відповідь: Визначення рівня білірубіну та його фракцій у крові).



137.

Пацієнтка віком 25 років після введення антибактеріального препарату відчула різку загальну слабкість та втратила свідомість менше ніж на 5 с. Об'єктивно спостерігається: загальний стан

задовільний, рівень свідомості за шкалою ком Глазго - 15 балів. На ЕКГ: синусова тахікардія. Глюкоза крові - 3,7 ммоль/л. Який найімовірніший діагноз?

1. набряк Квінке
2. Гіпоглікемічна кома
3. Анафілактичний шок

4. Синкопе (вірна відповідь)

5. Кропив'янка

Пояснення

Синкопе – це раптова, короткочасна втрата свідомості, яка зазвичай відбувається через тимчасове зменшення кровотоку до мозку.

У цьому випадку, пацієнтка втратила свідомість менше ніж на 5 секунд, що відповідає короткочасності синкопе.

Загальний стан пацієнтки задовільний після епізоду, рівень свідомості за шкалою Глазго - 15 балів, що також підтверджує короткочасність та відсутність серйозних наслідків, характерних для синкопе.

Синусова тахікардія та знижений рівень глюкози в крові, може супроводжувати синкопальний стан.

Чому інші варіанти менш імовірні:

1. *Анафілактичний шок:* Зазвичай супроводжується більш вираженими симптомами, такими як утруднене дихання, набряк Квінке, кропив'янка, різке зниження артеріального тиску. В описі випадку ці симптоми відсутні. Хоча анафілактичний шок може наступати після введення антибіотиків, але не має клінічних ознак.
2. *Гіпоглікемічна кома:* При гіпоглікемічній комі рівень глюкози зазвичай значно нижчий, а стан пацієнта - більш важкий. Хоча рівень глюкози дещо знижений, але не критично.
3. *Набряк Квінке та кропив'янка:* Це алергічні реакції, які зазвичай супроводжуються набряком шкіри, слизових оболонок, висипаннями. В описі випадку ці симптоми не спостерігаються.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно додати в текст запитання такі дані:

1. Анафілактичний шок: Додати інформацію про утруднене дихання, набряк Квінке, кропив'янку, зниження артеріального тиску.
2. Гіпоглікемічна кома: Вказати на значно нижчий рівень глюкози в крові та більш важкий стан пацієнтки.
3. набряк Квінке та кропив'янка: Описати набряк шкіри, слизових оболонок, висипання.



138.

Пацієнта віком 38 років шпиталізовано з накладеними турнікетами на нижніх кінцівках. Об'єктивно спостерігається: свідомість сплутана, запах сечі з рота. НА ЕКГ виявлено: високі зубці Т, порушення ритму. ЧД - 28/хв. В аналізі крові: K^{++} - 7,1 ммоль/л, Na^{++} - 120 ммоль/л, креатинін - 250 мкмоль/л. Яка тактика лікування є найдоцільнішою?

1. Проведення регідратації
2. Проведення плазмофільтрації

3. Плазмосорбція

4. Проведення ультрафільтрації

5. Гемодіаліз (вірна відповідь)

Пояснення

З огляду на клінічну картину та результати аналізів, у пацієнта розвинувся синдром тривалого здавлення (СТЗ) з гострою нирковою недостатністю (ГНН) та гіперкаліємією.

Гемодіаліз – це найефективніший метод для швидкого виведення надлишку калію, креатиніну та інших токсичних речовин з крові.

При СТЗ відбувається масивний викид міоглобіну та інших продуктів розпаду м'язів, що призводить до пошкодження нирок. Гемодіаліз допомагає очистити кров від цих токсинів і відновити функцію нирок.

Гіперкаліємія ($K^+ - 7,1$ ммоль/л) є критичним станом, що може призвести до порушення серцевого ритму та зупинки серця. Гемодіаліз швидко знижує рівень калію в крові.

Чому інші відповіді невірні:

1. Проведення регідrataції:

- Регідrataція є важливим компонентом лікування СТЗ, але вона недостатня для корекції гіперкаліємії та ГНН.
- Регідrataція допомагає відновити об'єм циркулюючої крові та покращити функцію нирок, але вона не може швидко вивести надлишок калію та токсинів.

2. Проведення плазмофільтрації, плазмосорбція, проведення ультрафільтрації:

- Ці методи можуть бути корисними в деяких випадках ГНН, але вони менш ефективні, ніж гемодіаліз, для швидкого виведення калію та токсинів при СТЗ.
- Плазмофільтрація та плазмосорбція, методи екстракорпоральної детоксикації, що застосовують для видалення з плазми крові токсичних речовин, але вони не так ефективно знижують рівень Калію, як гемодіаліз.
- Ультрафільтрація – метод екстракорпорального очищення крові, що застосовується для видалення з організму надлишку рідини, але не для корекції гіперкаліємії.

Для того, щоб інші відповіді також були вірними, необхідно було б змінити клінічну картину пацієнта. Наприклад, якщо б у пацієнта не було гіперкаліємії та ГНН, то регідrataція могла б бути достатньою. Якщо б у пацієнта була менш виражена ГНН, то плазмофільтрація або ультрафільтрація могли б бути альтернативними методами лікування.



139.

Пацієнт віком 56 років скаржиться на інверсію сну, дратівливість, порушення концентрації уваги, зміни у почерку. Із анамнезу відомо, що зловживає алкоголем, у минулому був шпиталізований у зв'язку з гострим панкреатитом. Об'єктивно спостерігається: дрібнорозгонистий тремор, судинні зірочки на шкірі тулуба та обличчя, пальмарна еритема. За результатами лабораторних досліджень виявлено: еритроцити - $3,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити - $4,1 \cdot 10^9/л$, альбуміни - 29 г/л, АСТ - 135 Од/л, АЛТ - 95 Од/л. Який лікарський засіб необхідно призначити пацієнту для корекції психоневрологічного стану?

1. Ранітидин

2. Фуросемід

3. Амітриптилін

4. Ніфедипін

5. Лактулозу (вірна відповідь)

Пояснення

З огляду на клінічну картину та результати лабораторних досліджень, у пацієнта, ймовірно, розвинулася печінкова енцефалопатія на тлі алкогольного ураження печінки.

Лактулоза – синтетичним дисахаридом, який не всмоктується в тонкому кишечнику. Він досягає товстого кишечника, де ферментується бактеріями до коротколанцюгових жирних кислот. Це призводить до зниження рН, що сприяє перетворенню аміаку (NH_3) в іони амонію (NH_4^+), які не всмоктуються.

Печінкова енцефалопатія виникає через накопичення аміаку в крові, оскільки печінка не може його ефективно метаболізувати. Лактулоза допомагає знизити рівень аміаку, зменшуючи симптоми енцефалопатії.

Чому інші відповіді невірні:

1. Ранітидин:

Це блокатор H_2 -гістамінових рецепторів, який використовується для зниження секреції шлункової кислоти. Він не впливає на рівень аміаку або симптоми печінкової енцефалопатії.

2. Фуросемід:

Це петльовий діуретик, який використовується для лікування набряків. Його застосування може призвести до електролітних порушень, що може погіршити стан пацієнта з печінковою енцефалопатією.

3. Амітриптилін:

Це трициклічний антидепресант. Він може погіршити когнітивні функції та викликати сонливість, що небажано при печінковій енцефалопатії.

4. Ніфедипін:

Це блокатор кальцієвих каналів, який використовується для лікування гіпертонії та стенокардії. Він не має жодного впливу на печінкову енцефалопатію.

Крім лактулози, для лікування печінкової енцефалопатії також можуть використовуватися антибіотики (наприклад, рифаксимін), які зменшують кількість бактерій, що продукують аміак в кишечнику.

Важливо також скорегувати інші порушення, такі як електролітні дисбаланси та порушення харчування.

Вказані симптоми та результати аналізів прямо вказують на проблеми з печінкою, викликані зловживанням алкоголю. Тому лактулоза є першим препаратом для призначення.

Що мало б бути в тексті запитання, щоб інші відповіді теж були вірними:

1. Щоб відповідь «Амітриптилін» була вірною, у пацієнта повинні бути симптоми депресії, які не пов'язані з печінковою енцефалопатією. Наприклад, тривалий пригнічений настрій, втрата інтересу до життя, суїцидальні думки.
2. Щоб відповідь «Фуросемід» була вірною, у пацієнта повинні бути виражені набряки, асцит, що потребують діуретичної терапії.
3. Щоб відповідь «Ранітидин» була вірною, у пацієнта повинні бути симптоми виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки.
4. Щоб відповідь «Ніфедипін» була вірною, у пацієнта повинна бути артеріальна гіпертензія, яка потребує корекції.



140.

Пацієнт віком 30 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, біль у суглобах рук і ніг, періодичний кашель із виділенням кров'янистого мокротиння, гнійно-кров'янисті виділення з носа, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що симптоми з'явилися 2 місяці тому. Об'єктивно спостерігається: на слизовій оболонці ротової порожнини виявлено виразки, на шкірі тулуба та кінцівок візуалізується геморагічний висип. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: множинні двобічні інфільтрати. В аналізі крові: ШОЕ - 60 мм/год, СРБ - +++, виявлено цитоплазматичні АНЦА до протеїнази 3. В аналізі сечі: еритроцити - 10-15 у полі зору. Який найімовірніший діагноз?

1. Хвороба Кавасакі

2. Мікроскопічний поліангіт

3. Гранулематозний поліангіт (хвороба Вегенера) (вірна відповідь)

4. Хвороба Вальденстрема

5. IgA-асоційований васкуліт (Шенлейна-Геноха)

Пояснення

Клінічна картина:

- Підвищення температури, біль у суглобах, кашель з кров'янистим мокротинням, гнійно-кров'янисті виділення з носа, виразки в ротовій порожнині, геморагічний висип, множинні двобічні інфільтрати на рентгенограмі. Ці симптоми вказують на системне ураження, характерне для васкулітів.

Лабораторні дані:

- Висока ШОЕ та СРБ свідчать про активний запальний процес.
- Виявлення цитоплазматичних АНЦА до протеїнази 3 (cANCA) є високоспецифічним для гранулематозного поліангіту.
- Еритроцити в сечі вказують на ураження нирок.

Гранулематозний поліангіт (хвороба Вегенера):

- Це системний васкуліт, який характеризується гранулематозним запаленням дихальних шляхів, некротизуючим васкулітом дрібних і середніх судин і гломерулонефритом.
- Типові симптоми включають ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів, нирок і шкіри.
- cANCA є важливим діагностичним маркером.

Чому інші відповіді невірні:

1. *Хвороба Кавасакі:*

Характерна для дітей, проявляється лихоманкою, висипом, ураженням слизових оболонок, лімфаденопатією та коронарним артеріїтом.

2. *Мікроскопічний поліангіт:*

Характеризується некротизуючим васкулітом дрібних судин, але зазвичай не має гранулематозного запалення дихальних шляхів. АНЦА при ньому зазвичай до мієлопероксидази (pANCA).

3. *Хвороба Вальденстрема:*

Це лімфоплазмоцитарна лімфома, яка проявляється гіпервіскозним синдромом, лімфаденопатією та гепатоспленомегалією.

4. *IgA-асоційований васкуліт (Шенлейна-Геноха):*

Характеризується геморагічним висипом, болем у животі, артритом і гломерулонефритом. Характерно відкладання IgA в судинній стінці.

Щоб інші відповіді були вірними, необхідно змінити клінічну картину та лабораторні дані:

1. Хвороба Кавасакі:

Потрібно вказати на дитячий вік, лихоманку, зміни слизових оболонок (червоні губи, «полуничний» язик), лімфаденопатію та можливі зміни на ЕКГ (коронарний артеріт).

2. Мікроскопічний поліангіт:

потрібно вказати на рANCA, та ураження нирок у вигляді швидко прогресуючого гломерулонефриту.

3. Хвороба Вальденстрема:

Необхідно вказати на лімфаденопатію, гепатоспленомегалію, підвищення рівня IgM і симптоми гіпервіскозного синдрому (порушення зору, кровотечі).

4. *IgA-асоційований васкуліт (Шенлейна-Геноха):*

Необхідно вказати на геморагічний висип на нижніх кінцівках, біль у животі та артрит.



141.

У пацієнта віком 40 років, що хворіє на цукровий діабет, швидкість клубочкової фільтрації становить 65 мл/хв/1,73 м². Оцініть фільтраційну здатність нирок.

1. Хронічна хвороба нирок G5
2. Хронічна хвороба нирок G1
3. Хронічна хвороба нирок G3
4. Хронічна хвороба нирок G4

5. Хронічна хвороба нирок G2 (вірна відповідь)

Пояснення

Хронічна хвороба нирок (ХХН) класифікується на 5 стадій на основі швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). У цьому випадку ШКФ пацієнта становить 65 мл/хв. Згідно з класифікацією, це відповідає II стадії ХХН.

I стадія: ШКФ ≥ 90 мл/хв (з пошкодженням нирок або без нього)

II стадія: ШКФ 60-89 мл/хв (з пошкодженням нирок)

III стадія: ШКФ 30-59 мл/хв

IV стадія: ШКФ 15-29 мл/хв

V стадія: ШКФ <15 мл/хв (термінальна ниркова недостатність)

Також слід враховувати наявність протеїнурії (білок у сечі). Протеїнурія є важливим фактором, що вказує на пошкодження нирок.



142.

Пацієнт віком 45 років скаржиться на підвищену спрагу, часте сечовиділення та втрату маси тіла протягом останніх 2-х місяців. В анамнезі: батько хворів на цукровий діабет. Яке діагностичне дослідження найінформативніше для підтвердження діагнозу: цукровий діабет?

1. Вимір глюкози крові натщесерце
2. Глюкозотолерантний тест

3. Вимір глікозильованого гемоглобіну (вірна відповідь)

4. Визначення рівня інсуліну в крові
5. Вимір глюкози в сечі

Пояснення

У цьому клінічному випадку пацієнт має класичні симптоми цукрового діабету: полідипсія (підвищена спрага), поліурія (часте сечовипускання) та втрата ваги. Крім того, у нього є сімейний анамнез діабету, що підвищує ризик захворювання.

Вимір глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) є найінформативнішим діагностичним дослідженням у цьому випадку. HbA1c відображає середній рівень глюкози в крові за останні 2-3 місяці, надаючи більш повну картину глікемічного контролю, ніж одноразовий вимір глюкози в крові.

Чому інші варіанти менш інформативні:

1. *Вимір глюкози крові натщесерце:* Хоча це стандартний тест на діабет, одноразовий вимір може не виявити діабет, якщо рівень глюкози натщесерце не надто високий.
2. *Глюкозотолерантний тест:* Цей тест також корисний, але він більш трудомісткий і не завжди необхідний, якщо HbA1c явно підвищений.
3. *Визначення рівня інсуліну в крові:* Рівень інсуліну може бути змінним і не завжди відображає наявність діабету, особливо на ранніх стадіях.
4. *Вимір глюкози в сечі:* Глюкоза в сечі з'являється лише тоді, коли рівень глюкози в крові перевищує нирковий поріг (близько 10 ммоль/л [180 мг/дл]), тому цей тест менш чутливий і специфічний для діагностики діабету.

Щоб інші відповіді також були вірними, питання можна було б змінити наступним чином:

1. Якщо б питання стосувалося початкового скринінгу на діабет, то "Вимір глюкози крові натщесерце" також був би прийнятним варіантом.
2. Якщо б у пацієнта були неясні результати інших тестів, то "Глюкозотолерантний тест" міг би бути корисним для підтвердження діагнозу.
3. Якщо б питання стосувалося диференціальної діагностики типів діабету, то "Визначення рівня інсуліну в крові" могло б надати додаткову інформацію.
4. Якщо б питання стосувалося оцінки важкості гіперглікемії, то «Вимір глюкози в сечі» міг би надати додаткову інформацію.

Для діагностики цукрового діабету також використовуються такі критерії, як рівень глюкози в плазмі крові через 2 години після перорального глюкозотолерантного тесту та випадковий рівень глюкози в плазмі крові.

Важливо враховувати клінічну картину пацієнта та інші фактори ризику при встановленні діагнозу цукрового діабету.



Пацієнту зі стабільною ішемічною хворобою серця було призначено антиагрегантну терапію, а саме: ацетилсаліцилову кислоту. Як доцільно приймати кишковорозчинні форми ацетилсаліцилової кислоти?

1. Одразу перед їжею
2. За 30-60 хв після їжі
3. Одразу після їжі

4. За 30-60 хв до їжі (вірна відповідь)

5. Під час їжі

Пояснення

Згідно з сучасними рекомендаціями, кишковорозчинні форми ацетилсаліцилової кислоти (АСК) слід приймати за 30-60 хвилин до їжі. Це пов'язано з кількома факторами:

- Швидкість всмоктування: Прийом натщесерце забезпечує швидше всмоктування АСК у тонкому кишківнику, що сприяє швидшому досягненню терапевтичного ефекту.
- Кишковорозчинна оболонка: Кишковорозчинна оболонка захищає слизову оболонку шлунка від подразнюючої дії АСК, розчиняючись лише в лужному середовищі тонкого кишківника. Їжа може сповільнити цей процес.

Чому інші варіанти невірні:

1. Прийом АСК під час або після їжі може сповільнити її всмоктування, зменшивши ефективність препарату.
2. Прийом безпосередньо перед їжею, не дасть достатньо часу для розчинення кишковорозчинної оболонки.

Важливо запивати АСК достатньою кількістю води (100-200 мл).

Регулярний прийом АСК є ключовим для профілактики серцево-судинних ускладнень у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Іноді лікарі можуть рекомендувати прийом АСК після їжі, якщо у пацієнта є підвищений ризик побічних дій з боку шлунково-кишкового тракту.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити умову задачі:

1. Якщо у пацієнта підвищений ризик шлунково-кишкових кровотеч, тоді можна приймати АСК після їжі.
2. Якщо у пацієнта немає кишковорозчинної форми АСК, тоді її потрібно приймати під час їжі.



144.

Пацієнтка віком 48 років скаржиться на виражену втомлюваність, закрепи, збільшення маси тіла на 10 кг протягом останнього року, випадіння волосся, ламкість нігтів, сухість шкіри та мерзлякуватість. Об'єктивно спостерігається: сухість шкіри, ламкість нігтів, сухість та ламкість волосся, набряк обличчя та кінцівок, пульс - 57/хв, АТ - 110/60 мм рт. ст., під час поверхневої пальпації - живіт дещо здутий. Який найімовірніший діагноз?

1. Гіпотиреоз (вірна відповідь)

2. Дифузний токсичний зоб
3. Аутоімунний тиреоїдит
4. Ендемічний зоб

Пояснення

Гіпотиреоз - це стан, при якому щитоподібна залоза не виробляє достатньо гормонів. Гормони щитоподібної залози регулюють обмін речовин в організмі.

Симптоми гіпотиреозу, описані у пацієнтки, включають:

- Виражену втомлюваність
- Закрепи
- Збільшення маси тіла
- Випадіння волосся
- Ламкість нігтів
- Сухість шкіри
- Мерзлякуватість
- набряк обличчя та кінцівок
- Брадикардію (пульс 57/хв)
- Низький артеріальний тиск (110/60 мм рт. ст.)

Ці симптоми узгоджуються з клінічною картиною гіпотиреозу.

Чому інші відповіді менш вірогідні:

1. *Дифузний токсичний зоб*: Характеризується гіперфункцією щитоподібної залози, що призводить до протилежних симптомів (тахікардія, втрата ваги, підвищена пітливість).
2. *Аутоімунний тиреоїдит*: Це причина гіпотиреозу, але не самостійний діагноз у цьому контексті.
3. *Ендемічний зоб*: Виникає внаслідок дефіциту йоду, але не пояснює всі симптоми пацієнтки.
4. *Метаболічний синдром*: Характеризується сукупністю факторів ризику серцево-судинних захворювань, але не пояснює всі специфічні симптоми гіпотиреозу.

Як можна було б змінити питання, щоб інші відповіді були вірними:

1. Дифузний токсичний зоб: Якщо б у пацієнтки були симптоми гіпертиреозу (тахікардія, втрата ваги, тремор, підвищена пітливість).
2. Аутоімунний тиреоїдит: Якщо б питання звучало так: "Яка найбільш вірогідна причина гіпотиреозу у пацієнтки з описаними симптомами?"
3. Ендемічний зоб: Якщо б в анамнезі пацієнтки був дефіцит йоду і зоб.
4. Метаболічний синдром: Якщо б у пацієнтки були симптоми, що вказують на метаболічний синдром (ожиріння, гіпертонія, дисліпідемія, порушення толерантності до глюкози).

Для підтвердження діагнозу гіпотиреозу необхідно провести лабораторні дослідження: рівень ТТГ (тиреотропного гормону) та Т4 (тироксину).

Також може бути корисним УЗД щитоподібної залози.



145.

Пацієнтка віком 20 років скаржиться на слабкість, сонливість протягом останніх днів, із кількома епізодами блювання, біль у животі. Із анамнезу відомо, що останні 3 місяці відзначає посилення спраги та збільшення сечовиділення. Раніше не хворіла. У батька - цукровий діабет. Об'єктивно спостерігається: сухість шкірних покривів та слизових оболонок, ЧСС - 90/хв. В аналізі крові: лейкоцити - $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, глюкоза - 31 ммоль/л, кетонемія, осмолярність - 300 ммоль/кг, вміст гідрокарбонатів - 15 ммоль/л. Який стан виник у пацієнтки?

1. Гострий апендицит
2. Вагітність
3. Алкогольний кетоацидоз
- 4. Діабетичний кетоацидоз (вірна відповідь)**
5. Гіперосмолярний стан

Пояснення

Пацієнтка має класичні симптоми діабетичного кетоацидозу (ДКА):

- Слабкість і сонливість: через високий рівень глюкози та кетонів у крові.
- Блювання та біль у животі: через кетоацидоз.
- Посилена спрага та збільшення сечовиділення (полідипсія та поліурія): через гіперглікемію.
- Сухість шкіри та слизових оболонок, через дегідратацію.

Лабораторні дані:

- Високий рівень глюкози в крові (31 ммоль/л).
- Кетонемія: наявність кетонів у крові, що свідчить про розпад жирів для отримання енергії через нестачу інсуліну.
- Осмолярність 300 ммоль/кг: підвищена, що свідчить про гіперглікемію.
- Знижений рівень гідрокарбонатів (15 ммоль/л): свідчить про ацидоз.

Фактор ризику: Сімейний анамнез цукрового діабету (батько).

Чому інші варіанти не підходять:

1. *Гострий апендицит:* Хоча біль у животі може бути присутнім при ДКА, інші симптоми та лабораторні дані більше вказують на ДКА.
2. *Вагітність:* Вагітність може викликати деякі зміни в організмі, але не пояснює високий рівень глюкози, кетонемію та ацидоз.
3. *Алкогольний кетоацидоз:* Хоча алкоголь може викликати кетоацидоз, у пацієнтки є чіткі ознаки гіперглікемії та анамнез, що вказує на діабет.
4. *Гіперосмолярний стан:* Гіперосмолярний стан характеризується дуже високим рівнем глюкози, але зазвичай без вираженого кетоацидозу. У цієї пацієнтки є кетонемія та ацидоз, що вказує на ДКА.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити дані в тексті запитання:

1. Для того щоб відповісти «гострий апендицит» потрібно прибрати данні про спрагу, сечовипускання, глюкозу, кетони, та додати біль в правому боці, симптоми подразнення очеревини.
2. Для відповіді «вагітність» додати інформацію про затримку менструації, позитивний тест на вагітність.
3. Для відповіді «алкогольний кетоацидоз» додати інформацію про зловживання алкоголем, та прибрати данні про гіперглікемію.
4. Для відповіді «гіперосмолярний стан» потрібно прибрати данні про кетонемію.



146.

Пацієнтка віком 72 роки скаржиться на підвищення АТ, прискорену роботу серця, пастозність гомілок. Із анамнезу відомо, що протягом 10-ти років хворіє на артеріальну гіпертензію, регулярно

зранку приймає лізіноприл, скарги турбують упродовж 3-х тижнів. Об'єктивно спостерігається: синусова тахікардія, аускультативно вислуховується акцент II тону над аортою, АТ - 185/110 мм рт. ст., пульс - 106/хв. Які з нижченаведених лікарських засобів рекомендовано додати до схеми лікування пацієнта?

1. Нетіазидний діуретик і селективний блокатор beta-адренорецепторів (вірна відповідь)

2. Блокатор кальцієвих каналів і селективний блокатор beta-адренорецепторів

3. Нетіазидний діуретик і антагоніст рецепторів ангіотензину II

4. Нетіазидний діуретик і блокатор кальцієвих каналів

Пояснення

З огляду на клінічну картину (підвищений АТ, тахікардія, набряки гомілок) та анамнез пацієнтки, найбільш обґрунтованим є додавання до лізіноприлу комбінації нетіазидного діуретика та селективного бета-блокатора.

Нетіазидний діуретик (наприклад, гідрохлортіазид):

- Допомагає знизити об'єм циркулюючої крові, що призводить до зниження артеріального тиску.
- Також сприяє виведенню надлишку рідини, що зменшує набряки.

Селективний бета-блокатор (наприклад, бісопролол):

- Знижує частоту серцевих скорочень та силу скорочень міокарда (у даної пацієнтки тахікардія – ЧСС 106 уд/хв), що також сприяє зниженню артеріального тиску.
- Допомагає контролювати тахікардію.

Лізіноприл:

- Інгібітор АПФ, який знижує артеріальний тиск шляхом розширення кровоносних судин.

Чому інші варіанти менш оптимальні:

1. *Блокатор кальцієвих каналів і селективний блокатор beta-адренорецепторів:* Блокатори кальцієвих каналів також ефективні для зниження тиску, але додавання діуретика є більш обґрунтованим через наявність набряків.
2. *Нетіазидний діуретик і антагоніст рецепторів ангіотензину II:* Антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА) діють подібно до інгібіторів АПФ, тому їх одночасне застосування не є оптимальним бо може викликати гіперкаліємію.
3. *Нетіазидний діуретик і блокатор кальцієвих каналів:* Ця комбінація також може бути ефективною, але селективний бета-блокатор краще контролює тахікардію.

Необхідно провести додаткові обстеження (ЕКГ, аналізи крові), щоб виключити інші можливі причини підвищення артеріального тиску та тахікардії.

Важливо контролювати рівень електролітів (особливо калію) при застосуванні діуретиків.

Потрібно модифікувати спосіб життя пацієнтки: обмежити споживання солі, знизити вагу, збільшити фізичну активність.

Як зробити інші відповіді вірними:

- Щоб варіант з антагоністом рецепторів ангіотензину II був вірним, потрібно додати в анамнез, що в пацієнтки був кашель від лізіноприлу, або інші побічні ефекти від інгібіторів АПФ.



Пацієнт віком 25 років скаржиться на часті рідкі смердючі випорожнення світлого кольору та втрату маси тіла на 10 кг за останні три роки, загальну слабкість, біль у суглобах. Об'єктивно спостерігається: астеничний, ІМТ - 17 кг/м², шкіра блідо-рожева, печінка та селезінка нормальних розмірів, лімфовузли не збільшені. У загальному аналізі крові: еритроцити - $5,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін - 106 г/л, середній об'єм еритроцита - 75 фл, лейкоцити - $5,6 \cdot 10^9/л$, тромбоцити - $320 \cdot 10^9/л$, феритин - 10 нг/мл. За результатами ФГДС із біопсією виявлено: атрофія слизової оболонки тонкої кишки, збільшення кількості ендоепітеліальних лімфоцитів і гіпертрофія крипт. Виявлені антитіла класу IgG до тканинної трансглютамінази 2. Який найімовірніший діагноз?

1. Апластична анемія
2. Неспецифічний виразковий коліт
3. Хвороба Крона
4. Синдром подразненого кишечника

5. Целіакія (вірна відповідь)

Пояснення

Клінічна картина:

- Часті рідкі смердючі випорожнення світлого кольору (стеаторея) свідчать про порушення всмоктування жирів у тонкому кишечнику.
- Втрата маси тіла, загальна слабкість, біль у суглобах - типові прояви мальабсорбції та системного впливу целіакії.
- Астеничний тип статури та низький ІМТ підтверджують хронічне порушення харчування.

Лабораторні дані:

- Анемія (низький гемоглобін, середній об'єм еритроцита) та низький рівень феритину вказують на дефіцит заліза, що часто зустрічається при целіакії через порушення всмоктування.
- Виявлення антитіл класу IgG до тканинної трансглютамінази 2 є серологічним маркером целіакії.

Інструментальні дослідження:

- ФГДС з біопсією виявила атрофію слизової оболонки тонкої кишки, збільшення кількості ендоепітеліальних лімфоцитів і гіпертрофію крипт - патогномонічні ознаки целіакії.

Чому інші варіанти менш вірогідні:

1. *Апластична анемія*: Хоча анемія присутня, відсутні інші ознаки апластичної анемії, такі як панцитопенія (зниження всіх трьох ліній крові). Також апластична анемія не викликає порушень з боку шлунково-кишкового тракту.
2. *Неспецифічний виразковий коліт і Хвороба Крона*: Ці захворювання зазвичай супроводжуються болями в животі, кров'янистими випорожненнями, а не стеатореєю. Також при них не спостерігається атрофії слизової тонкого кишечника.
3. *Синдром подразненого кишечника*: Цей синдром не викликає атрофії слизової оболонки кишечника та не супроводжується мальабсорбцією.

Щоб інші відповіді були вірними, у тексті питання мало б бути:

1. Апластична анемія: Додати дані про панцитопенію в загальному аналізі крові, відсутність змін у слизовій оболонці кишечника.
2. Неспецифічний виразковий коліт: Додати дані про кров'янисті випорожнення, болі в животі, зміни в слизовій оболонці товстого кишечника.
3. Хвороба Крона: Додати дані про болі в животі, можливі фістули, зміни в слизовій оболонці різних відділів шлунково-кишкового тракту.

4. Синдром подразненого кишечника: Описати симптоми, характерні для цього синдрому (зміна частоти та консистенції випорожнень, болі в животі, пов'язані з дефекацією), при цьому підкресливши відсутність органічних змін у кишечнику.



148.

Пацієнтка віком 18 років скаржиться на біль у суглобах кистей, задишку, серцебиття, гарячку, набряки на обличчі та ногах. Об'єктивно спостерігається: на щоках і переніссі візуалізується еритематозний висип, тахікардія, АТ - 155/110 мм рт. ст. У загальному аналізі крові: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, ШОЕ - 60 мм/год. В аналізі сечі: протеїнурія - 3,3 г/л, мікрогематурія. Яке лабораторне дослідження необхідно провести першочергово?

1. Наявність LE- клітин
2. Коагулограму
3. Визначення АСЛ-О
4. Наявність ЦІК у сироватці крові

5. Визначення антитіл до ДНК (вірна відповідь)

Пояснення

З огляду на клінічну картину та результати аналізів, у пацієнтки є всі ознаки системного червоного вовчачка (СЧВ). Для підтвердження діагнозу необхідно провести визначення антитіл до ДНК.

Антитіла до ДНК:

- Ці антитіла є високоспецифічними для СЧВ. Їх виявлення є одним з основних критеріїв діагностики цього захворювання.
- У пацієнтки наявні типові симптоми СЧВ: еритематозний висип на обличчі, ураження суглобів, нирок (протеїнурія, гематурія), зміни в загальному аналізі крові (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія), а також системні прояви (гарячка, набряки, тахікардія, гіпертензія).
- Визначення антитіл до ДНК є найбільш інформативним лабораторним дослідженням для підтвердження діагнозу СЧВ у цій ситуації.

Чому інші відповіді менш пріоритетні:

1. *Наявність LE-клітин:*

LE-клітини також можуть бути виявлені при СЧВ, але цей метод менш чутливий і специфічний, ніж визначення антитіл до ДНК.

2. *Коагулограма:*

Коагулограма може бути корисною для оцінки стану системи згортання крові, але вона не є першочерговим дослідженням для діагностики СЧВ.

3. *Визначення АСЛ-О:*

АСЛ-О (антистрептолізин-О) використовується для діагностики стрептококової інфекції, яка не є основною підозрою в даному випадку.

4. *Наявність ЦІК у сироватці крові:*

Циркуючі імунні комплекси (ЦІК) можуть бути присутніми при різних аутоімунних захворюваннях, включаючи СЧВ. Їх виявлення не є настільки специфічним, як визначення антитіл до ДНК.

Щоб інші відповіді стали вірними, потрібно змінити текст запитання:

1. Для того, щоб відповідь "Коагулограма" стала вірною, потрібно додати в текст запитання інформацію про можливі кровотечі, або тромбози.
2. Для того, щоб відповідь "Визначення АСЛ-О" стала вірною, потрібно додати в текст запитання інформацію про перенесену нещодавно ангіну, або інші ознаки стрептококової інфекції.
3. Для того, щоб відповідь "Наявність ЦІК у сироватці крові" стала вірною, потрібно змінити запитання на: "Яке дослідження допоможе оцінити активність патологічного процесу".



149.

Пацієнт віком 57 років скаржиться на слабкість, втрату маси тіла та гарячку впродовж 2-х місяців, часті носові кровотечі, біль у кістках. Об'єктивно спостерігається: спленомегалія. За результатами аналізу крові виявлено: лейкоцитоз, тромбоцитоз, високий рівень сечової кислоти. Який найімовірніший діагноз?

1. Гострий подагричний артрит
2. Гемофілія
3. Туберкульоз

4. Хронічний мієлоїдний лейкоз (вірна відповідь)

5. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Пояснення

Клінічна картина:

- Слабкість, втрата ваги, гарячка, носові кровотечі, біль у кістках і спленомегалія є типовими симптомами мієлопроліферативних захворювань, зокрема ХМЛ.

Лабораторні дані:

- Лейкоцитоз, тромбоцитоз і підвищений рівень сечової кислоти є характерними для ХМЛ. Лейкоцитоз і тромбоцитоз вказують на надмірне вироблення клітин крові, а підвищення сечової кислоти є наслідком посиленого розпаду клітин.

Чому інші варіанти менш імовірні:

1. *Гострий подагричний артрит*: Хоча підвищення сечової кислоти є характерним для подагри, інші симптоми (лейкоцитоз, тромбоцитоз, спленомегалія) не відповідають цій хворобі.
2. *Гемофілія*: Гемофілія характеризується порушенням згортання крові, що призводить до тривалих кровотеч, але не пояснює лейкоцитоз, тромбоцитоз і спленомегалію.
3. *Туберкульоз*: Туберкульоз може викликати гарячку, втрату ваги та слабкість, але не пояснює лейкоцитоз, тромбоцитоз і спленомегалію.
4. *Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП)*: ІТП характеризується тромбоцитопенією (зниженням кількості тромбоцитів), а не тромбоцитозом.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити симптоматику в питанні, наприклад:

1. Для того, щоб відповідь Гострий подагричний артрит була вірною, потрібно додати в симптоматику гострий біль в одному з суглобів, наприклад в великому пальці ноги, почервоніння шкіри над суглобом.
2. Для того, щоб відповідь Гемофілія була вірною, потрібно додати в симптоматику гематому в місці незначної травми, та тривалу кровотечу після незначних поранень.
3. Для того, щоб відповідь Туберкульоз була вірною, потрібно додати в симптоматику тривалий кашель, та зміни в легенях на рентгенограмі.
4. Для того, щоб відповідь Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура була вірною, потрібно змінити тромбоцитоз на тромбоцитопенію, та додати в симптоматику висипання на шкірі.



150.

Пацієнта віком 56 років шпиталізовано зі встановленим попереднім діагнозом: тромбоемболія легеневої артерії. Порушення центральної гемодинаміки не виявлено. За шкалою Уелса та переглянутою Женевською шкалою визначена низька клінічна ймовірність ТЕЛА. Який діагностичний метод рекомендовано виконати в цьому разі?

1. Ехокардіографію
2. Рентгенографію легень
3. Мультиспіральну комп'ютерну томографію легень

4. Аналіз на D-димер (вірна відповідь)

5. Електрокардіографію

Пояснення

У цьому клінічному випадку пацієнт має низьку клінічну ймовірність тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) на основі шкал Уеллса та переглянутої Женевської шкали. Згідно з сучасними рекомендаціями, при низькій ймовірності ТЕЛА першим кроком у діагностиці є визначення рівня D-димеру.

D-димер:

- Це продукт розпаду фібрину, який утворюється при тромбоутворенні.
- Висока чутливість D-димеру дозволяє виключити ТЕЛА при його нормальному рівні.
- Якщо рівень D-димеру підвищений, необхідно проводити подальші дослідження, такі як мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) легень.

Чому інші відповіді невірні:

1. Ехокардіографія:

Може бути корисна для оцінки функції правого шлуночка та виявлення ознак переважанення, але не є першочерговим методом діагностики ТЕЛА при низькій ймовірності.

2. Рентгенографія легень:

Може виявити неспецифічні зміни, такі як ателектази або плевральний випіт, але не є достатньо чутливою для діагностики ТЕЛА.

3. Мультиспіральна комп'ютерна томографія легень:

Є "золотим стандартом" діагностики ТЕЛА, але її проводять лише при високій або проміжній клінічній ймовірності, або при підвищеному рівні D-димеру.

4. Електрокардіографія:

ЕКГ може показати неспецифічні зміни, такі як тахікардія або зміни сегмента ST, але не є діагностичним методом для ТЕЛА.

Щоб інші відповіді були вірними, потрібно змінити текст запитання:

1. Щоб відповідь "Мультиспіральна комп'ютерна томографія легень" була вірною, потрібно вказати в питанні, що у пацієнта висока вірогідність ТЕЛА, або що у нього позитивний результат аналізу на Д-димер.
2. Щоб відповідь "Ехокардіографія" була вірною, потрібно вказати в питанні, що у пацієнта є ознаки перевантаження правих відділів серця.
3. Щоб відповідь "Рентгенографія легень" була вірною, потрібно вказати в питанні, що у пацієнта є супутні захворювання легень, та необхідно виключити пневмонію.
4. Щоб відповідь "Електрокардіографія" була вірною, потрібно вказати, що у пацієнта є порушення ритму серця, та необхідно провести ЕКГ для оцінки стану серця.

