

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Медичний факультет
Кафедра факультетської терапії**

Ганич Тарас Михайлович

Блецкан Мирослава Михайлівна

Ганич Оксана Тарасівна

Тестові ситуаційні завдання з гастроентерології

**для підготовки до ліцензійного іспиту « Крок -2» студентів 6
курсу медичного факультету**

**ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА
Розділ – гастроентерологія**

Ужгород – 2019

Ганич Т.М., Блецкан М.М., Ганич О.Т. Тестові ситуаційні завдання з гастроентерології для підготовки до ліцензійного іспиту «Крок -2» студентів 6 курсу медичного факультету. Внутрішня медицина. Розділ-гастроентерологія. Методичні рекомендації - Ужгород, 2019. – 24 с.

Автори:

Ганич Т.М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету.

Блецкан М.М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету.

Ганич О.Т. – кандидат медичних наук, доцент кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету.

У методичних рекомендаціях подані зразки тестових ситуаційних завдань з гастроентерології для підготовки студентів 6 курсу медичного факультету до ліцензійного іспиту «Крок-2». Методичні рекомендації розроблені згідно робочої програми з «Внутрішньої медицини III» за спеціальністю 222 Медицина (VI курс).

Затверджено на засіданні кафедри факультетської терапії 19.09.2019 року, протокол № 1 та на засіданні Вченої ради медичного факультету УжНУ 30 жовтня 2019 року, протокол № 2.

Рецензенти:

Дербак М.А.– доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з курсами валеології та основ медичних знань медичного факультету Ужгородського національного університету.

Товт-Коршинська М.І.– доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету.

Відповідальний за випуск:

Рішко О.А. – кандидат медичних наук, доцент кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету

Тестові ситуаційні завдання з гастроентерології для підготовки до ліцензійного іспиту «Крок -2»

1.Хворий К., 35 років, скаржиться на давлячий біль в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена

помірна болісність у гастродуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

- А.Виявлення аутоантитіл до парієтальних клітин.
- В.Визначення рівня гастрину крові.
- С.Дослідження шлункової секреції.
- Д.Дослідження моторної функції шлунку
- Е.Виявлення хеликобактерної інфекції в слизовій шлунку

2.Хворий Д., 55 років страждає на виразкову хворобу шлунку протягом 10 років. За останні 6 місяців схуд на 15 кг, посилилась слабкість, з'явилась анорексія, відраза до м'ясної їжі, блювота, відчуття порушення прохідності їжі. Яке найбільш вірогідне ускладнення протягом хвороби розвинулось у хворого?

- А. Стеноз воротара
- В. Кровотеча.
- С. Перфорація.
- Д. Пенетрація.
- Е.Малігнізація.

3.Хвору 45 років турбує біль у животі після прийому їжі, вночі, який зменшується після дефекації, проноси, які з'являються після вживання цільного молока, метеоризм. Об'єктивно: живіт м'який, здутий. Печінка, селезінка не збільшені. Який діагноз є найбільш імовірним?

- А.Лактазна недостатність
- В.Неспецифічний виразковий коліт.
- С.Хронічний гастрит.
- Д.Функціональна діарея.
- Е.Целіакія.

4.Хворий 32 років скаржиться на важкість та розпирання в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, схильність до проносів. В аналізі шлункового вмісту вільна хлористоводнева кислота відсутня в усіх порціях. ФГДС: вогнищеве витончення слизової оболонки тіла шлунку, колір блідий, багато слизу. Який діагноз є найбільш ймовірним у даного хворого?

- А.Хронічний гастрит тип В.
- В.Хронічний гастрит тип А
- С.Хронічний гастрит тип С.
- Д.Виразкова хвороба шлунка.
- Е.Функціональна диспепсія.

5.Хвора М., 36 р., скаржиться на біль в епігастрії, що виникає вночі і зранку натще та через 2 год. після прийому їжі, блювоту „кавовою гущею”, печію, періодичні запаморочення, загальну слабкість. Об'єктивно: болючість в гастродуоденальній зоні, позитивний с-м Менделя. ЗАК: Нв - 90 г/л; лейкоцити - $8 \cdot 10^9$ /л; ШОЕ-20 мм/год. Чим ускладнився перебіг захворювання?

- А.Пенетрація.
- В.Перфорація.
- С.Стеноз.
- Д.Шлунково-кишкова кровотеча.
- Е.Малігнізація.

6.Хворий М., 57 р. Скарги на відчуття важкості, розпирання, ниючий біль в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, відсутність апетиту, схильність до проносів, загальну слабкість. Об'єктивно: живіт м'який, болючий в епігастрії. Кал рідкий, без домішок. ЕФГДС: слизова оболонка шлунка бліда, з ділянками гіперемії, стоншена. Морфологічно:

лімфоцитарна інфільтрація з формуванням фолікулів, атрофія слизової оболонки дна шлунка. Найбільш ймовірний діагноз?

- А.Хронічний гастрит типу В
- В.Хронічний гастрит типу С
- С.Хронічний гастрит типу А
- Д.Рак шлунка
- Е.Хвороба Менетріє

7.У хворого 37 років на 3 добу лікування гострого отиту цефтріаксоном у добовій дозі 2 грами з'явився рідкий стілець 5-6 разів на добу. Калові маси без домішок крові, слизу. Температура тіла 36,6°C. Реакція Грегерсена негативна. Бактеріологічне дослідження калу не виявило патогенних мікроорганізмів. Яка найбільш характерна причина діареї?

- А.Дисбіоз кишківника
- В.Синдром надмірного бактеріального росту
- С.Антибіотикоасоційована діарея
- Д.Виразковий коліт
- Е.Хвороба Крона

8.Хворий 46 років, поступив у хірургічне відділення зі скаргами на болі в епігастральній ділянці одразу після прийому їжі. При рентгенологічному обстеженні підвищена кількість шлункового вмісту, в середній третині тіла по малій кривизні визначається "ніша" розмірами 0,4х0,6 см, оточена запальним валом, біль при пальпації черевної стінки в проекції "ніші". Складки слизової потовщені, звивисті. Перистальтика прискорена, евакуація вмісту шлунка не змінена. Який найбільш імовірний діагноз?

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

9.Робітник Д., 42 років, звернувся в поліклініку зі скаргами на швидку втомлюваність, епізодичні болі в животі, порушення сну. Півтори роки працює на приватному підприємстві "Автосервіс" у цеху зарядки акумуляторів та вулканізації шин. Об'єктивно: тони серця приглушені, АТ – 140/70 мм рт.ст., пульс 84 уд./хв., дихання везикулярне. Аналіз крові: Нв - 120 г/л, еритроцити - $4,0 \cdot 10^{12}/л$, 35 % еритроцитів з базофільною зернистістю, загальна кількість ретикулоцитів - 2%. Аналіз сечі: питома вага – 1,018, лейкоцити – 5 в полі зору, креатинін сечі - 300 мкг/л. Визначіть професійну патологію та вкажіть, які лабораторні дослідження підтверджують її наявність.

- А.Хронічна свинцева інтоксикація (сатурнізм); базофільна зернистість еритроцитів та креатинін сечі.
- В.Хронічна ртутна інтоксикація (меркуріалізм); креатинін сечі.
- С.Карбокситоксикоз; рівень гемоглобіну в крові.
- Д.Цинкова інтоксикація; загальна кількість ретикулоцитів.
- Е.Хронічна свинцева інтоксикація (сатурнізм), скарги хворого.

10.Хвора 42 років скаржится на різку слабкість, значне схуднення, посилення випадіння волосся, кровоточивість ясен, біль в кістках та м'язах, рідкий стілець (5-10 раз на добу), здуття живота, бурчання. Хворіє з дитинства. Об'єктивно: язик вологий, сосочки злаженні, живіт помірно вздутий, більше навколо пупка. Дані копрограми: виявлено багато жирних кислот, сполучнотканинні волокна, клітковина. Діагноз:

- А.Хронічний коліт.
- В.Хвороба Крона.
- С.Синдром подразненої товстої кишки.

Д. Неспецифічний виразковий коліт.

Е. Хронічний ентерит.

11. Хворий 52 р. скаржиться на криваве блювання, важкість в правому підребер'ї, відсутність апетиту, слабкість. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: іктеричність склер, шкіри, на шкірі обличчя - судинні «зірочки», асцит, розширення вен передньої черевної стінки. Печінка виступає на 4 см, селезінка – на 3 см з-під краю реберної дуги. Що є ймовірною причиною кровотечі?

А. Ерозивний езофагіт.

В. Пухлина стравоходу.

С. Синдром Мелорі-Вейса

Д. Цироз печінки.

Е. Тромбоз ворітної вени

12. У хворої 45-ти років з мегалобластною анемією при ендоскопічному дослідженні з біопсією слизової оболонки шлунка виявлені атрофічні ділянки дифузного характеру в фундальній частині шлунка. Який провідний механізм розвитку даного захворювання?

А. Застосування НПЗП

В. Аутоімунний (антитіла до обкладкових клітин)

С. Хімічні ураження

Д. Н. рулогі – інфекція

Е. Променеве ураження

13. Дівчинка 13-ти років протягом 5-ти років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що віддає у праву лопатку, напади болю пов'язані з порушенням дієти, вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час нападу болю пальпація живота болюча, максимально в точці проекції жовчного міхура температура тіла – 36,6°C. З найбільшою імовірністю у хворої має місце:

А. Дискінезія жовчновивідних шляхів

В. Виразкова хвороба 12 палої кишки

С. Хронічний гастродуоденіт

Д. Хронічний панкреатит

Е. Хронічний холецистит

14. Хворий 28-ми років скаржиться на біль у животі ріжучого характеру. Захворів різко 1,5 години тому, коли відчув гострий біль під грудьми. До цього нічим не хворів. Об'єктивно: шкіра бліда, хворий лежить на спині. При зміні положення тіла біль загострюється. Пульс – 92 уд./хв, ритмічний, АТ- 100/60 мм рт.ст. З боку серця та легень патології немає. Язик сухий, чистий. Живіт втягнутий, не бере участі в диханні, під час пальпації різко напружений та болісний у всіх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Гострий панкреатит

В. Гострий холецистит

С. Гостра кишкова непрохідність

Д. Гострий апендицит

Е. Перфоративна виразка шлунка

15. У дівчинки 12-ти років хронічний вірусний гепатит С впродовж 7-ми років. Стан погіршився за останні 6 місяців. Схудла, з'явилася жовтяничність шкірних покривів і склер. Виражене свербіння шкіри, судинні «зірочки», носові кровотечі. Асцит. Печінка +4 см, селезінка на рівні пупкової лінії. З розвитком якого синдрому пов'язане виражене свербіння шкіри у хворої?

А. Портальна гіпертензія

- В. Гепатоцелюлярна недостатність
- С. Набряково-асцитичний синдром
- Д. Гіперспленізм
- Е. Холестаза

16. Хлопчик 15-ти років протягом останніх 5 років хворіє на виразкову хворобу 12-ти палої кишки. Останнє загострення хвороби було весною. Раптово з'явився «кинжальний» біль в епігастрії, який дещо тамувався в колінно-ліктьовому положенні. Стан дитини тяжкий, різка блідість, тахікардія, симптоми подразнення очеревини. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Перфорація 12-палої кишки
- В. Гострий панкреатит
- С. Гострий апендицит
- Д. Калькульозний холецистит
- Е. Гостра кишкова непрохідність

17. Пацієнт 60-ти років скаржиться на практично постійне відчуття важкості та переповнення в епігастрії, що посилюється після їжі, відрижку з тухлим запахом, іноді блювання з'їденою 1-2 дні тому їжею, схуднення. 12 років тому вперше виявлена виразка пілоричного відділу шлунка. Спостерігав періодичний «голодний» біль, з приводу якого приймав ранітидин. Погіршення протягом 3-х місяців. Об'єктивно: визначається «шум плеску» в епігастральній ділянці. Про яке ускладнення йдеться?

- А. Стороннє тіло шлунка
- В. Малігнізація виразки шлунка
- С. Функціональний спазм воротаря
- Д. Стеноз пілоруса
- Е. Пенетрація виразки шлунка

18. Пацієнт 65-ти років звернувся зі скаргами на блювоту з'їденим, схуднення, відсутність апетиту. При огляді тургор шкіри знижений, в лівій надключичній ділянці щільний лімфовузол діаметром 1 см. При пальпації живота визначається перерозтягнутий шлунок, в епігастрії пальпується пухлиноподібне утворення. Яка патологія зумовлює таку картину?

- А. Панкреатит
- В. Гастрит
- С. Виразкова хвороба шлунка
- Д. Рак шлунка
- Е. Дуоденальна виразка

19. Хлопчику 12 років. Протягом року у дитини періодично виникають напади болю в навколопупкової ділянці та епігастрії, нудота, зниження апетиту, метеоризм, рідкі випорожнення. Пальпаторно: болючість в епігастрії, панкреатичній точці Дежардена, холедохопанкреатичній зоні Шоффара, позитивний симптом Мейо-Робсона. Рівень амілази крові та сечі підвищений. УЗД підшлункової залози: підвищення ехогенності, розширення панкреатичної протоки. Ваш попередній діагноз:

- А. Виразкова хвороба 12-типалої кишки
- В. Муковісцидоз
- С. Хронічний холецистит
- Д. Функціональна діарея
- Е. Хронічний панкреатит

20. Жінка 35-ти років скаржиться на слабкість, часті випорожнення з домішками крові, зменшення ваги тіла на 8 кг за 6 місяців, періодично – підвищення температури до 37,8°C. Об'єктивно: температура тіла – 37,5°C, пульс – 86 уд./хв, АТ – 110/70 мм рт.ст. Шкіра бліда,

пальпаторно живіт помірно болючий. У крові: Нв – 92 г/л, ШОЕ – 35 мм/год. Колоноскопія: слизова прямої та сигмоподібної кишки зерниста, гіперемована, набрякла, нерівномірно потовщена (псевдополіпи), кровить, на її поверхні – ерозії та виразки. Яка патологія найбільш імовірно викликала ураження кишки у хворої?

- А. Неспецифічний виразковий коліт
- В. Синдром подразненого кишківника
- С. Хвороба Крона
- Д Поліпоз кишки
- Е. Рак прямої кишки

21. Хлопчика 2-х років госпіталізовано зі скаргами на зменшення маси тіла, нестійкі випорожнення, анорексію, які з'явилися після введення в раціон манної каші (з 5 місяців). Дитина адинамічна, млява, шкіра бліда, суха, підшкірно-жировий шар значно стоншений. Живіт здутий, напружений, під час перкусії у верхній частині живота тимпаніт, шум плеску, випорожнення пінисті, світлого кольору, смердючі. Копроцитограма: нейтральний жир - багато. Яка найбільш вірогідна причина захворювання?

- А. Хронічний ентерит
- В. Целіакія
- С. Муковісцидоз
- Д. Дисбактеріоз кишечника
- Е. Дисахаридазна недостатність

22. Жінка 63 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, відразу до м'ясних продуктів. Два тижні тому -шлункова кровотеча. Об'єктивно: температура тіла-37,5°C, ЧДР- 20/хв, пульс – 96 уд./хв, АТ-110/75 мм рт.ст. Під час пальпації в епігастрії - біль та напруження м'язів. У крові: Нв-82 г/л, ШОЕ- 35 мм/год. Яке дослідження найбільш достовірно надасть змогу встановити діагноз?

- А.Рентгенологічне
- В.Цитологічне
- С.Копрологічне
- Д.Ендоскопічне
- Е.Дослідження шлункового вмісту

23. У чоловіка 42 років, що протягом 20 років хворіє на виразку дванадцятипалої кишки, з'явилося постійне відчуття важкості в шлунку після їжі, відрижка тухлим, блювання вжитою напередодні їжею, схуднення. Об'єктивно: стан відносно задовільний, тургор тканин знижений. Живіт під час пальпації м'який, симптомів подразнення очеревини немає, "шум плеску" в епігастрії. Випорожнення 1 раз на 3 дні. Яке ускладнення найбільш відповідає стану хворого та зазначеній клініці?

- А.Прикрита перфорація виразки
- В.Пенетрація виразки
- С.Рак шлунка
- Д.Виразковий стеноз вихідного відділу шлунка
- Е.Хронічний панкреатит

24. Жінка 35 років звернулася зі скаргами на періодичний біль у навколупупковій та лівій клубовій ділянках, що зменшується після дефекації або відходження газів. Випорожнення до 6 разів на день, неоформлені, з домішками слизу. Апетит нормальний, вагу не втрачала. Схожі симптоми відзначає протягом 1,5 років, але за даними колоноскопії органічних змін не виявлено. Об'єктивно: живіт м'який, дещо болісний під час пальпації в лівій клубовій ділянці. У крові та сечі - норма. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А.Целіакія
- В.Хвороба Крона

- С.Псевдомембранозний коліт
- Д.Синдром подразненого кишечника
- Е.Диспанкреатизм

25. Чоловік 76 років скаржиться на біль в епігастральній ділянці з періодичним блюванням протягом останніх 2 місяців. Дисфагії та блювання "кавовою гущею" не відзначалося. За цей період схуд на 5 кг, апетит знижений. Не палить, алкоголем не зловживає. Раніше у зв'язку з шлунковою диспепсією приймав антациди та інгібітори протонної помпи, в останній час ці препарати полегшення не приносять. Об'єктивно: зниженого харчування, у лівій надключичній ямці пальпується лімфатичний вузол. Печінка не збільшена. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А.Пухлина стравоходу
- В.Виразка шлунка
- С.Діафрагмальна грижа
- Д.Пілоростеноз
- Е.Карцинома шлунка

26. Чоловік 45-ти років скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії через 1,5-2 години після вживання їжі. Протягом 11-ти років страждає на виразкову хворобу. Об'єктивно: температура тіла - 36,5°C, ЧДР- 16/хв, пульс -70 уд./хв, АТ- 120/80 мм рт.ст. Пальпаторно: локальна болісність у правій епігастральній ділянці. Які показники внутрішньошлункової рН-метрії в ділянці тіла шлунка будуть найхарактернішими для захворювання цього пацієнта?

- А.рН 4,0 - 5,0
- В.рН 6,0 - 7,0
- С.рН 1,0-2,0
- Д.рН 5,0 - 6,0
- Е. рН 3,0 - 4,0

27.Чоловік 32-х років скаржиться на печію та ниючий біль в надчерев'ї через 2-3 години після прийому їжі. Загострення - весною та восени. Харчова непереносимість яєць та риби. Об'єктивно: при пальпації живота -болісність у гастродуоденальній ділянці. ЕФГДС: виразка 5 мм на передній стінці дванадцятипалої кишки. Позитивний уреазний тест. Який найбільш вірогідний провідний механізм розвитку захворювання?

- А. Продукція аутоантитіл
- В. Хелікобактерна інфекція
- С. Зниження синтезу простагландинів
- Д. Порушення моторики шлунка
- Е. Харчова алергія

28. Чоловік 40-ка років хворіє на аутоімунний гепатит. У крові: А/Г (альбумін/ глобуліновий) коефіцієнт - 0,8, білірубін - 42 мкмоль/л, трансамінази: АЛТ- 2,3 ммоль / (год ×л), АСТ- 1,8 ммоль/(год×л). Що із перерахованого є найбільш ефективним в лікуванні?

- А. Противірусні препарати
- В. Гепатопротектори
- С. Антибактеріальні засоби
- Д. Глюкокортикоїди, цитостатики
- Е. Гемосорбція, вітамінотерапія

29.Жінка, 34 років, скаржиться на ниючий біль в правому підребер'ї, який посилюється після вживання жирної і смаженої їжі, гіркоту в роті. Хворіє 9 років. Об'єктивно: хвора підвищеного харчування, шкіра звичайного кольору. Відзначається помірний біль в правому підребер'ї, позитивний симптом Мюссі - Георгієвського. Печінка не збільшена. Результати багатомоментного фракційного дуоденального зондування: отримана жовч з мішура об'ємом

85 мл протягом 55 хв, під час мікроскопічного дослідження визначаються лейкоцити 20-30 в п/з. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Дискінезія жовчного міхура за гіпотонічним типом
- В. Жовчокам'яна хвороба з гіпотонією жовчного міхура
- С. Хронічний некалькульозний холецистит з дискінезією за гіпомоторним типом
- Д. Хронічний калькульозний холецистит з дискінезією за гіпермоторним типом
- Е. Рак жовчного міхура.

30. Хворий К., 40 років, поступив у клініку зі скаргами на частий стілець з домішками слизу, крові та гною, біль в лівій здухвинній ділянці живота, субфебрильну температуру тіла. Хворіє протягом 1,5 року. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням. Живіт: при поверхневій пальпації – локальна болючість в лівій здухвинній ділянці; при глибокій пальпації – ущільнення сигмовидної кишки, низхідного відділу поперечноободової кишки. Заг. аналіз крові: ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 118 г/л, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/л$, ШОЕ – 24 мм/год. Колоноскопія: набряк слизової оболонки прямої та сигмовидної кишки, її кровоточивість, виразки. Ваш попередній діагноз?

- А. Хронічний ентерит
- В. Хвороба Крона
- С. Неспецифічний виразковий коліт
- Д. Целиакія
- Е. Псевдомембранозний коліт

31. Хворий на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки скаржиться на загальну слабкість, задишку під час незначного навантаження, бажання їсти крейду. Об'єктивно: хворий блідий, виявляються трофічні зміни шкіри. Аналіз крові: ер. $-3,3 \cdot 10^{12}/л$; Нв - 90 г/л; КП - 0,75, ретикулоцити – 2%, залізо крові - 5,6 мкмоль/л. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

- А. Гемолітична анемія
- В. Залізодефіцитна анемія.
- С. Еритремія.
- Д. Апластична анемія.
- Е. В₁₂-фолієводефіцитна анемія.

32. Хвора, 38 років, госпіталізована в лікарню з приступом різких болів в правому підребер'ї з іррадіацією в спину, нудоту, повторним блюванням без полегшення стану. При ультразвуковому обстеженні в області шийки жовчного міхура виявлено 2 конкременти діаметром відповідно 7 і 8 мм. Вкажіть засіб для медикаментозного розчинення каменів у біліарній системі:

- А. Оксафенамід
- В. Урсофальк
- С. Лактулоза
- Д. Мотиліум
- Е. Силібор.

33. Чоловік, 36 років, протягом 2 днів скаржиться на запаморочення, загальну слабкість. 8 років тому визначена деформація цибулини дванадцятипалої кишки. Об'єктивно: температура тіла - 36,7°C, ЧД - 22 за хв., пульс – 99 уд. за 1 хв., АТ - 95/60 мм рт. ст. Шкіра та слизові оболонки бліді. Запідозрено кровотечу в травному тракті. Яке дослідження найімовірніше підтвердить кровотечу у даного хворого?

- А. Колоноскопія.
- В. ЕФГДС.
- С. Ректороманоскопія.
- Д. Визначення прихованої крові в калі.
- Е. Рентгеноскопія.

34.Хвора 38 років прокинулася вночі від раптового різкого кинжального болю в правому підребер'ї, який іррадіював у праву лопатку та праву ключицю. Біль супроводжувався нудотою, повторним блюванням, що не приносить полегшення. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мерфі, Мюссі-Георгієвського. Пальпаторно - різка болючість у правому підребер'ї. Анамнестично встановлено, що подібні болі меншої інтенсивності турбували місяць тому назад, пройшли самостійно. Спеціально раніше не обстежувалась. Який попередній діагноз буде найімовірнішим ?

- А. Загострення хронічного некалькульозного холециститу
- В. Заворот кишок
- С. Ниркова коліка
- Д. Напад печінкової коліки (жовчокам'яна хвороба)
- Е. Загострення хронічного панкреатиту.

35.Чоловік 27 років 12 років хворіє на виразкову хворобу з локалізацією виразки в дванадцятипалій кишці. Теперішнє погіршення стану спостерігається протягом 2 тижнів. Яка схема терапії краща для даного хворого?

- А. Метронідазол, но-шпа, ампіцилін.
- В. Атропін, вікалін, фестал.
- С. Но-шпа, омепразол, фосфалюгель.
- Д. Де-нол, платифілін, есенціале.
- Е. Метронідазол, омепразол, кларитроміцин.

36.У дитини другого року життя протягом останніх місяців з включенням в добовий раціон продуктів, що виготовлені з пшениці, спостерігається анорексія, блювання, млявість, поступове зниження маси тіла, нестійкий стілець. Дитина зниженого відживлення, збільшений живіт за рахунок метеоризму. Кал пінистий, сіруватий, дещо ахолічний, блискучий, у значній кількості, з різко неприємним запахом. Дані копрологічного аналізу: поліфекалія, кал напівформлений, блискучий. При мікроскопічному дослідженні виявляється велика кількість жиру-стеаторея. Який діагноз найбільш ймовірний?

- А.Целіакія
- В.Муковісцидоз
- С.Ексудативна ентеропатія
- Д.Дисахаридозна недостатність
- Е. Хронічний ентерит

37.У жінки 37 років спостерігаються періодичні ниючі, розпираючі чи спастичні болі в правому підребер'ї, гіркота в роті, нудота та метеоризм - після жирної, гострої їжі, при нервових навантаженнях. Субфебрилітет, помірна загальна слабкість, втомлюваність. Об'єктивно: болючість пальпаторно в точці Кера, печінка не збільшена, симптомів подразнення очеревини немає. Дуоденальне зондування - у IV порції - лейкоцити 20-30 у полі зору, за 60 хвилин виділилось 90 мл жовчі. УЗД- потовщення стінок жовчного міхура до 7-8 мм, збільшення об'єму органа. Хворіє з періодичними погіршеннями стану 6 років.

Ваш імовірний діагноз ?

- А. Хронічний некалькульозний холецистит, гіпотонічно-гіпокінетична дискінезія жовчного міхура
- В. Хронічний некалькульозний холецистит, гіперкінетична жовчних протоків
- С. Жовчокам'яна хвороба, калькульозний холецистит
- Д. Гіпертонічно-гіперкінетична дисфункція жовчного міхура
- Е. Хронічний рецидивуючий холангіт з явищами помірного протокового холестазу.

38.Хвора А., 38 років, поступила у клініку зі скаргами на частий стілець з домішками слизу, крові та гною, біль в лівій здухвинній ділянці живота, субфебрильну температуру тіла. Хворіє протягом 3-х років. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Язик сухий,

обкладений білим нашаруванням. Живіт: при поверхневій пальпації – локальна болючість в лівій здухвинній ділянці; при глибокій пальпації – ущільнення сигмовидної кишки, низхідного відділу поперечноободової кишки. Заг. аналіз крові: ер. – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 118 г/л, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 37 мм/год. Попередній діагноз-неспецифічний виразковий коліт. Вкажіть найбільш інформативний метод, який дозволяє підтвердити діагноз :

- А.Посів калу.
- В.Копрограма.
- С.УЗД органів черевної порожнини.
- Д.Аналіз калу на приховану кров.
- Е.Колоноскопія.

39.Хворий Д., 41 рік, скаржиться на помірну загальну слабкість, схуднення на 4 кг за півроку, відчуття перебоїв в роботі серця, періодичні болі в області пупка розпираючого характеру через 2–3 години після прийому їжі, метеоризм, урчання в животі, стілець до 4 разів на добу, великого об'єму (поліфекалія), ламкість нігтів, кровоточивість ясен. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний з частотою серцевих скорочень 88 за хвилину, поодинокі шлуночкові екстрасистоли. Копроскопія: стілець жовтуватого кольору, без домішок крові чи гною, стеаторея ++, креаторея +. Діастаза сечі – 64 ОД. Цукор крові – 4,2 ммоль/л. Причиною розвитку синдрому малабсорбції у даного хворого є:

- А.Цукровий діабет.
- В. Хронічний панкреатит.
- С.Хронічний ентерит.
- Д.Хронічний невиразковий коліт
- Е.Хронічний гіпоацидний аутоімунний гастрит (тип А).

40.Хворий Д., 28 років, поступив у клініку зі скаргами на частий стілець з домішками слизу , крові та гною, біль в лівій здухвинній ділянці живота, субфебрильну температуру тіла. Хворіє протягом 3-х років. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням. Живіт: при поверхневій пальпації – локальна болючість в лівій здухвинній ділянці; при глибокій пальпації – ущільнення сигмовидної кишки, низхідного відділу поперечноободової кишки. Заг. аналіз крові: ер. – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 118 г/л, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 26 мм/год. Які зміни слизової оболонки товстої кишки спостерігаються при даній нозології:

- А.Множинні поверхневі виразки
- В.Ерозії.
- С.Некротичне запалення слизової оболонки
- Д.Контактна кровоточивість слизової оболонки
- Е.Всі перераховані

41.Жінка, 37 років, звернулася до лікаря з приводу загострення хронічного гепатиту. У крові виявлено підвищення рівня непрямого білірубину, АсАТ, АлАТ та зниження рівня альбуміну і протромбіну. Який з патологічних процесів найбільш імовірно обумовив ці зміни?

- А.Цитоліз та печінкова недостатність.
- В.Холестаз і запалення.
- С.Портальна гіпертензія.
- Д.Гіперспленізм.
- Е.Порушення гемостазу.

42.У юнака 20 років – переймистий біль у животі, порушення стільця. Схуд на 10 кілограмів за останній рік. Живіт м'який, болючий по ходу товстого кишечника, особливо зліва. На основі клініко-лабораторних даних та колоноскопії виставлено діагноз неспецифічного виразкового коліту. Які зміни стільця найбільш характерні для НВК?

- А.Частий несформований, пінистий з кислим запахом.

- В. Діарея з кров'ю, слизом, домішками гною.
- С. Пінистий, містить часточки неперервної їжі, великого об'єму.
- Д. Чергування закріпів зі слизистими проносами.
- Е. Періодичні закріпи, стілець зі слідами свіжої крові.

43. У пацієнта 56 років виявлено помірну іктеричність шкіри і склер, збільшення розмірів печінки і селезінки. Три роки тому лікувався з приводу гепатиту В. У крові: HBsAg, HBeAg (+). Висока концентрація ДНК- HBV. Який із наведених засобів рекомендується для базової етіотропної терапії захворювання?

- А. Вітогепат.
- В. Карсил.
- С. Преднізолон.
- Д. Пегасис
- Е. Есенціале - форте.

44. Чоловік, 20 років, скаржиться на пекучий стискаючий біль у надчеревній ділянці, печію, відрижку кислим. Об'єктивно: стан задовільний. Під час пальпації визначається болючість в надчеревній ділянці. ФГДС з морфологією біоптатів патології з боку слизової оболонки не виявила. Призначення якого препарату буде найбільш ефективним для курсового лікування виявлених симптомів?

- А. Гастроцепіну.
- В. Альмагелю.
- С. Де - нолу.
- Д. Пантопразолу.
- Е. Метоклопраміду

45. Хворий К., 38 років, поступив у клініку зі скаргами на частий стілець з домішками слизу і крові, біль в лівій здухвинній ділянці живота, субфебрильну температуру тіла. Хворіє протягом 3-х років. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Язик сухий, обкладений білим на шаруванням. Живіт: при поверхневій пальпації – локальна болючість в лівій здухвинній ділянці; при глибокій пальпації – ущільнення сигмовидної кишки, низхідного відділу поперечноободової кишки. Заг. аналіз крові: ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 118 г/л, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/л$, ШОЕ – 26 мм/год. Колоноскопія: набряк слизової оболонки прямої та сигмовидної кишки, її кровоточивість, виразки. Яке базисне лікування призначите в даному випадку?

- А. Левоміцетин.
- В. Но-шпа.
- С. Сульфасалазин.
- Д. Фестал.
- Е. Креон

46. Хворий 32 років протягом 5 років хворіє на хронічний гастродуоденіт. Палить, харчується нерегулярно. Обіймає керівну посаду. Протягом останнього місяця з'явився нічний та голодний біль. Об'єктивно: визначається локальна болючість, резистентність та позитивний симптом Менделя в пілородуоденальній зоні. Дані ФГДС: виразка на передній стінці дванадцятипалої кишки. Який з факторів є провідним у виникненні даної патології?

- А. Паління.
- В. Порушення моторної функції.
- С. Інфікованість *Helicobacter pylori*.
- Д. Порушення харчування.
- Е. Стресовий фактор.

47. Хворий К., 37 років, поступив у клініку зі скаргами на частий стілець з домішками слизу і крові, біль в лівій здухвинній ділянці живота, субфебрильну температуру тіла. Хворіє

протягом 4-х років. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням. Живіт: при поверхневій пальпації – локальна болючість в лівій здухвинній ділянці; при глибокій пальпації – ущільнення сигмовидної кишки, низхідного відділу поперечноободової кишки. Заг. аналіз крові: ер. – $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нв – 111 г / л, лейкоц. – $9,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 36 мм/год. Колоноскопія: набряк слизової оболонки прямої та сигмовидної кишки, її кровоточивість, виразки. Терапія сульфасалазином недостатньо ефективна. Додатково призначити:

- А. Левоміцетин.
- В. Но-шпу.
- С. Фестал.
- Д. Левофлорксацин
- Е. Преднізолон

48. Хворий, 56 років, скаржиться на печію, відрижку, що посилюються в разі нахилу тулуба, біль під час ковтання за грудиною. Під час рентгенологічного дослідження виявлено килу стравохідного отвору діафрагми. Чим зумовлена дана клінічна симптоматика?

- А. Ерозивним гастритом.
- В. Хронічним гастритом.
- С. Виразкою шлунка.
- Д. Рефлюкс - езофагітом.
- Е. Виразкою дванадцятипалої кишки.

49. У студента медичного факультету під час екзаменаційної сесії на фоні психічного напруження, зловживання каваю і куріння появились ниючі болі в епігастральній області та печія натще, а також після вказаних провокуючих факторів. Скарги зменшувались після прийому мінеральної води. При зверненні в студентську поліклініку було рекомендовано дообстеження та фоновий прийом препарату з групи H_2 - гістаміноблокаторів. Який з вказаних препаратів належить до цієї групи ?

- А. Фамотидин
- В. Омепразол
- С. Пірензепін
- Д. Кларитин
- Е. Маалокс

50. У жінки 42 років, що протягом 5 років хворіє на неспецифічний виразковий коліт, під час ректороманоскопії виявлено виражений запальний процес у нижніх відділах кишківника, псевдополіпозні зміни слизової оболонки. У крові: ер. – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, л. – $9,8 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 52 мм/год. Який препарат є патогенетичним при даній хворобі?

- А. Креон.
- В. Месалазин
- С. Вікасол.
- Д. Лінекс.
- Е. Мотиліум.

51. Хворий 26 років страждає неспецифічним виразковим колітом протягом трьох років. Лікувався нерегулярно. Два дні тому, при черговому загостренні захворювання, стан хворого різко погіршився: посилювався біль в животі, зменшилася частота стільця, з'явилося здуття живота, підвищилась температура тіла до 39°C . На оглядовій рентгеноскопії черевної порожнини - ознаки мегаколону. Яке ускладнення НВК розвинулося у хворого?

- А. Перфорація товстої кишки.
- В. Рак товстої кишки.
- С. Токсична дилатація товстої кишки.
- Д. Стриктурна товстої кишки.

Е. Імунне запалення.

52. У хворого 25 років, восени з'явилися печія, закрепи, біль у надчеревній ділянці, що виникають через 1,5 - 2 години після їди, інколи вночі. Біль посилюється у разі вживання гострої, солоної і кислої їжі, зменшується після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Хворий зниженого харчування, язик не обкладений, вологий. Під час перкусії і пальпації живота визначається болючість в мезогастрії, у цій самій ділянці - резистентність м'язів передньої черевної стінки. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Автоімунний гастрит.
- В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.
- С. Діафрагмальна кила.
- Д. Жовчокам'яна хвороба.
- Е. Хронічний панкреатит.

53. Заробітчанин 28 років, на фоні нераціонального харчування почав відчувати натще ниючі болі в епігастрії, періодичну печію після їжі, відрижки повітрям та кислим. Дообстеження пацієнта виявило в нього різко підвищену кислотність шлункового соку на фоні рефлюкс-езофагіту, ерозивного антрального гастриту. Який з наведених нижче препаратів може забезпечити ефективну 24-годинну регуляцію кислотності в даного пацієнта при однократному прийомі на добу ?

- А. Рабепразол
- В. Маалокс.
- С. Сукральфат
- Д. Гастроцепін.
- Е. Фамотидин

54. Хворий 48 років скаржиться на ниючий біль у бокових відділах живота, який зменшується після дефекації та відходження газів, чергування проносів та закрепів. 2 роки тому переніс дизентерію. Під час пальпації живота виявляється болісність, чергування спазмованих та атонічних відділів товстої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для визначення діагнозу?

- А. Копроцитограма у динаміці
- В. УЗД органів черевної порожнини
- С. Ректороманоскопія
- Д. Колоноскопія
- Е. Пальцеве дослідження прямої кишки

55. Хворий С., 30 років, лікувався з приводу пневмонії антибіотиками. Через тиждень появився головний біль, відсутність апетиту, тенезми (до 10-15 разів на добу), переважно вранці, з виділенням рідких випорожнень та слизу, які супроводжуються переймоподібним болем в животі. В анамнезі - перенесений 10 років тому сальмонельоз, після чого періодично спостерігались здуття та нестійкий стілець. Об'єктивно : хворий астеничної статури. Язик вологий, чистий. Живіт здутий, чутливий при пальпації по ходу товстої кишки.

Колоноскопія: слизова оболонка гіперемована, набрякла, вкрита слизом, місцями кишка спазмована. Вкажіть попередній діагноз.

- А. Синдром подразненої товстої кишки
- В. Неспецифічний виразковий коліт
- С. Хвороба Крона
- Д. Хвороба Уїпла
- Е. Хронічний коліт, дисбактеріоз кишечника

56. Хвора 42 років скаржиться на різку слабкість, значне схуднення, посилене випадіння волосся, кровоточивість ясен, біль в кістках та м'язах, рідкий стілець (5-10 раз на добу),

здуття живота, бурчання. Хворіє з дитинства. Об-но: язик вологий, сосочки сглаженні, живіт помірно здутий, більше навколо пупка. Дані копрограми: поліфекалія, креаторея, стеаторея, амілорея. Ваш діагноз:

- А.Целиакія
- В.Хронічний коліт
- С.Хвороба Крона
- Д. Хронічний ентерит
- Е. Дисахаридазна недостатність

57. Жінка 32 років скаржиться на посилення спастичного болю внизу живота після психоемоційного напруження. Випорожнення інтермітивні: 2-3 акти дефекації після пробудження чергуються із закрепамі протягом 1-2 днів. Об'єктивно: маса тіла збережена, помірний біль під час пальпації сигмоподібної кишки. Нв -130 г/л, л. -5,2 •10⁹ /л, ШОЕ – 9 мм/год. Ректороманоскопічне дослідження болоче через спастичний стан кишок, їх слизова оболонка не змінена. Яке захворювання найбільш імовірно в даної пацієнтки?

- А. Синдром мальабсорбції.
- В. Хвороба Крона.
- С. Неспецифічний виразковий коліт.
- Д. Гостра ішемія кишок.
- Е. Синдром подразненої товстої кишки.

58.Хворий 52 років скаржиться на оперізуючий біль у верхній половині живота, нудоту, блювання 1-2 рази на добу. Хворіє близько 10 років. Загострення 2-3 рази на рік, зазвичай після вживання алкоголю. Зниженого харчування. Шкіра суха, злегка жовтянича. Живіт в епігастрії, а також у зоні Шоффара болісний і резистентний. Відзначається позитивний симптом Мейо-Робсона. Яка головна ланка патогенезу цього захворювання?

- А. Активація протеолітичних ферментів у підшлунковій залозі
- В. Порушення активності ентерокинази в кишечнику
- С. Зниження всмоктування поживних речовин у тонкій кишці
- Д. Утруднення відтоку жовчі з біліарної системи
- Е. Підвищена продукція соляної кислоти у шлунку.

59.Хворий 62-х років випадково намацав у себе в лівій підключичній ямці щільний, розміром трохи більший за горошину, рухливий, не спаяний зі шкірою вузлик. При розпитуванні з'ясувалося, що за останні 6 місяців він схуд на 12 кг. Зазначає слабкість, зменшення працездатності, зниження апетиту. Яке дослідження є першочерговим для встановлення діагнозу ?

- А. ЕФГДС
- В. Пункція лімфатичного вузла
- С. Рентгенографія ОГК
- Д.УЗД органів черевної порожнини
- Е. Стернальна пункція

60.Чоловік 34 років тривалий час відмічає розлиті болі мінливої локалізації в животі середньої інтенсивності, частіше через 20-30 хвилин після їжі або зранку, метеоризм, часті (7-10 разів на добу) проноси (водянистий стілець невеликого об'єму зі слизом), тенезми. Акт дефекації тимчасово зменшує або знімає біль. В анамнезі- перенесена 10 років тому харчова токсикоінфекція. Об'єктивно- болючість в нижній половині живота, кишки нерівномірно здуті і спазмують. Копроскопія: кал темного кольору, слиз, амілорея . Який препарат з групи прокінетиків можна застосувати в даного пацієнта ?

- А. Мосаприд
- В. Атропіну сульфат.

- С. Лоперамід
- Д. Но-шпа.
- Е. Прозерин.

61. Хворий Д., 62 роки, скаржиться на погіршення останніми роками переносимості молочних страв. При вживанні свіжого молока чи страв, що приготовлені на молоці, виникає урчання, здуття живота, діарея без домішок крові чи гною. При виключенні з раціону молока дана симптоматика самостійно ліквідується. Причиною розвитку даного стану є:

- А. Вроджена дисахаридозодефіцитна ентеропатія.
- В. Глютенідова ентеропатія.
- С. Вторинна дисахаридозна недостатність.
- Д. Синдром подразненої товстої кишки.
- Д. Ішемічний коліт.

62. У чоловіка 34 років на фоні незбалансованого харчування, нервових і фізичних перевантажень появились болі в епігастрії натще і через 1-1,5 годин після їжі, періодична печія після гострої та кислої їжі, відрижки повітрям і кислим, нудота переважно натще. Рентгеноскопія шлунку і 12-палої кишки: виразкова "ніша" на задній стінці цибулини. Дихальний тест (після перорального прийому сечовини, міченої радіоактивним вуглецем) - позитивний. Яка з вказаних схем лікування забезпечить кращу антихелікобактерну дію при вперше виявленій виразці 12-палої кишки ?

- А. Де-нол + метронідазол + фамотидин
- В. Тетрациклін + сукральфат + пантопразол.
- С. Амоксицилін + кларитроміцин + рабепразол.
- Д. Солкосерил + маалокс + омепразол.
- Е. Гастроцепін + метронідазол + ранітидин.

63. Чоловік, 34 років, скаржиться на біль у правій пахвинній ділянці, часті проноси, іноді з домішками крові, біль у суглобах, часте підвищення температури тіла. Хворіє протягом кількох місяців. Живіт під час пальпації м'який, чутливий у правій пахвинній ділянці. При колоноскопії: поздовжні виразки, рельєф слизової нагадує „бруківку”. Який діагноз є найбільш імовірним?

- А. Туберкульозний ілеотифліт.
- В. Глютенідова ентеропатія.
- С. Неспецифічний виразковий коліт.
- Д. Хвороба Крона.
- Е. Псевдомембранозний ентероколіт.

64. Хвора 53-х років скаржиться на гострий біль в правому підребер'ї, який виник через 2 години після вечері, нудоту, блювання жовчю. Хворіє 18 годин. Хвора неспокійна, метушиться в ліжку. Пульс – 98 уд./хв., язик обкладений білими нашаруваннями, вологий. Температура тіла – 38,2°C. Під час огляду: права половина відстає в акті дихання, пальпаторно в правому підребер'ї - напруження м'язів, болючість. Позитивні френікус-симптом та симптом Ортнера. Симптоми подразнення очеревини негативні. Поставте діагноз :

- А. Гострий апендицит
- В. Гострий перитоніт
- С. Гострий холецистит
- Д. Кишкова непрохідність
- Е. Гострий панкреатит

65. У дівчинки 11-ти років хронічний вірусний гепатит С впродовж 7-ми років. Стан погіршився за останні 6 місяців. Схудла, з'явилася жовтяничність шкірних покривів і склер. Виражене свербіння шкіри, судинні "зірочки" носові кровотечі. Асцит. Печінка +4 см,

селезінка на рівні пупкової лінії. З розвитком якого синдрому пов'язане виражене свербіння шкіри у хворої?

- А. Гіперспленізм
- В. Набряково-асцитичний синдром
- С. Портальна гіпертензія
- Д. Холестаза
- Е. Гепатоцелюлярна недостатність

66. Жінка 60-ти років скаржиться на загальну слабкість, почуття тягаря, тиснення, переповнення в епігастрії, нудоту, відрижку після їжі. Хворіє біля 15-ти років. Об'єктивно: температура - 36,4°C, ЧД- 20/хв, пульс – 88 уд./хв, АТ- 115/75 мм рт.ст. Шкіра та слизові бліді. У крові: ер.-2,0•10¹²/л, Нв-100 г/л. Виявлені антитіла до парієтальних клітин шлунка. Яка найбільш імовірна причина розвитку анемічного синдрому в даної хворої?

- А. Продукція антитіл до внутрішнього фактору
- В. Порушення синтезу гемоглобіну
- С. Порушення синтезу еритропоєтину
- Д. Порушення всмоктування заліза
- Е. Підвищена витрата заліза

67. Хворий 31-го року звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення лімфовузлів зліва під ключицею. Біль у грудях та животі, свербіння шкіри в ночі. Хворіє протягом року. Об'єктивно : пальпуються збільшені неболючі лімфовузли зліва в надключичній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В крові : Нв – 70 г/л, лейкоцити – 19,6 • 10⁹/л, еоз.- 1%, пал.- 8 %, с.- 83%, лімф.- 2%, мон.- 6%, ШОЕ – 55 мм/год, тромбоцити – 158 • 10⁹/л. На Р-графії грудної порожнини у верхівці правої легені визначається інфільтрат, який контрастує з легеневою тканиною. Яке дослідження найбільш доцільно провести для підтвердження діагнозу ?

- А. Рентгенологічне дослідження шлунку
- В. Трепанобіопсія
- С. Біопсія лімфовузла
- Д. Стернальна пункція
- Е. Аналіз сечі на білок Бенс-Джонса

68. Хвора 28-ми років скаржиться на біль в правому підребер'ї та суглобах, жовтяничний колір шкіри, зниження маси тіла на 10 кг за рік, підвищення температури до 38°C. Захворювання розпочалося після пологів півроку тому. Об'єктивно: іктеричність шкіри та склер, на повіках - ксантоми. Печінка +4 см, щільна, болісна, край загострений. Селезінка +2 см. У крові: АсАТ- 280 ОД/л, АлАТ- 340 ОД/л, загальний білірубін - 97,6 мкмоль/л, вільний - 54,6 мкмоль/л, НВsAg-не виявлений. Назвіть основний механізм патогенезу захворювання:

- А. Токсичне ушкодження гепатоцитів
- В. Жирова дистрофія печінки
- С. Порушення відтоку жовчі
- Д. Аутоімунний
- Е. Вірусна інфекція

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

- А. Виразковий коліт

- В. Синдром подразненого кишківника
- С. Хвороба Крона
- Д. Поліпоз кишки
- Е. Рак прямої кишки

70. У хворого цироз печінки. Останні два місяці з'явилася задишка, набряки обох ніг, асцит. Хворий приймав: гепатопротектори, глюкокортикоїди. Яку комбінацію ліків найбільш доцільно додати до лікування, що вже проводиться?

- А. Аскорутин + гіпотіазид
- В. Урсодезоксихолева кислота + фуросемід
- С. Альдактон + аскорутин
- Д. Альбумін + аскорутин
- Е. Альдактон + фуросемід

71. Хворий 48-ми років госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає на виразку 12-ти палої кишки. Протягом останнього місяця спостерігає щоденне блювання. Схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається «шум плеску». Нижня межа шлунку на рівні гребінцевої лінії.

Лабораторно: загальний білок – 47 г/л; К – 2.1 ммоль/л, Са – 1.6 ммоль/л, хлориди – 82 ммоль/л, гематокрит – 64%. Який попередній діагноз?

- А. Компенсований стеноз воротаря
- В. Декомпенсований стеноз воротаря
- С. Малігнізована виразка шлунка
- Д. Субкомпенсований стеноз воротаря
- Е. Кровоточива виразка 12-ти палої кишки

72. У дівчинки 15-ти років 2 роки тому діагностований хронічний холецистохолангіт. Дієти не дотримувалася. Стан погіршився за останні 3 місяці. Відзначається підвищення температури тіла. Болі у животі нападоподібного характеру після жирної, гострої їжі.

Непокоїть свербіння шкіри. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, печінка +3 см, пальпація болісна, позитивні міхурні симптоми. У крові: лейкоцити – 12×10^9 /л, ШОЕ – 20 мм/год. Який препарат слід обов'язково включити до комплексу лікувальних заходів?

- А. Ентеросорбенти
- В. Жовчогінний
- С. Прокінетики
- Д. Антибіотики
- Е. Ферменти підшлункової залози

73. У хворого з виразковою хворобою 12-палої кишки змінилася клінічна картина: біль постійний з іррадіацією у спину, що посилюється після їжі, погано зупиняється атропіном. Втрата ваги за півроку до 6 кг. Ендоскопічно виявлена виразка цибулини 12-палої кишки з щільними краями, деформація цибулини. Чим можна пояснити зміни клінічної картини?

- А. Перфорація
- В. Малігнізація
- С. Дуоденоспазм
- Д. Стеноз воротаря
- Е. Пенетрація

74. Жінка 41-го року протягом 8-ми років хворіє на хронічний холецистит. Турбують майже постійний монотонний ниючий біль або відчуття важкості у правому підребер'ї, гіркота у роті зранку, закреп. Під час пальпації живота спостерігається невелика болючість у точці проекції жовчного міхура. Об'єм міхура після жовчогінного сніданку зменшився лише на 15% (за даними УЗД). Призначення яких лікарських засобів є найбільш доцільним?

- А.М- холінолітики
- В.Холекінетики
- С.Міоспазмолітики
- Д.Холеретики
- Е.Холеспазмолітики

75.Хлопчик 13-ти років скаржиться на "голодні" нічні болі у животі, закрепи, печію. Хворіє більше двох років. Яке захворювання найбільш імовірне?

- А. Дискінезія жовчовивідних шляхів
- В. Гострий гастрит
- С. Виразкова хвороба шлунка
- Д.Хронічний гастрит
- Е. . Виразкова хвороба 12-палої кишки

76.У хворої 50-ти років впродовж півтора місяця спостерігається стабільне наростання жовтяниці, анемії з періодичними підвищеннями температури тіла. Під час пальпації виявлено збільшений і безболісний жовчний міхур. Розвиток якого захворювання можна припустити?

- А. Рак головки підшлункової залози
- В. Рак жовчного міхура
- С. Жовчнокам'яна хвороба
- Д. Ехінококоз печінки
- Е. Первинний склерозуючий холангіт

77.Хвора 35-ти років скаржиться на виражену загальну слабкість, пожовтіння склер, важкість у правому підребер'ї, періодичну лихоманку, біль в суглобах, кровоточивість ясен. В крові:

АлАТ- 1,98 ммоль/год×л, АсАТ- 2,5 ммоль/год×л, загальний білірубін - 105 мкмоль/л, прямий - 65 мкмоль/л, АНА у титрі 1:160, антитіла до гладеньких м'язів у титрі 1:40, збільшення IgG у 2 рази. НВV-ДНК(-), НСV-РНК(-). Який попередній діагноз?

- А. Системний червоний вовчак
- В. Хвороба Вільсона-Коновалова
- С. Аутоімунний гепатит
- Д. Хвороба Жильбера
- Е. Вірусний гепатит В

78.Хворий 55-ти років скаржиться на постійний біль у попереку, кістках тазу, загальну слабкість, пітливість, схуднення. Апетит збережений, хворіє протягом 6 місяців. Родосліжнення кісток тазу: виражений остеопороз, множинні округлі деструкції до 1 см в діаметрі з чіткими контурами. Аналіз крові: еритроцити - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ - 40 мм/год, тромбоцити - $160 \cdot 10^9/л$, загальний білок - 110 г/л. У сечі: білок - 7 г/л. Який попередній діагноз?

- А.Рак шлунку з метастазами
- В.Мієломна хвороба
- С.Хронічний гломерулонефрит,нефротичний синдром
- Д.Хронічний попереково-крижовий радикуліт
- Е.Хвороба Бехтерева

79. Хворий 68-ми років впродовж 35-ти років страждає на хронічний панкреатит. В останні 5 років відмічає зменшення больового синдрому, здуття живота, часті випорожнення (сіруватого кольору, блискучі, з домішками неперетравленої їжі) до 3-4 разів на добу, прогресуючу втрату ваги тіла. Зміна симптоматики в хворого обумовлена наростанням проявів:

- А.Зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози
- В.Внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози

- С. Синдрому лактазної недостатності
- Д. Синдрому подразненого кишківника
- Е. Хронічного ентероколіту

80. Хвора скаржиться на схуднення, біль в нижній частині живота, випорожнення з домішками слизу та крові до 15 разів на добу. Під час фіброколоноскопії в ділянці сигмовидної кишки виявлені локальні псевдополіпозні розростання, плоскі поверхневі виразкові ділянки неправильної форми, що не зливаються, вкриті слизом та фібрином; контактна кровоточивість. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Синдром подразненої кишки
- В. Неспецифічний виразковий коліт
- С. Хвороба Крона
- Д. Поліпоз кишківника
- Е. Псевдомембранозний коліт

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

- А. УЗД органів черевної порожнини
- В. Копрограма
- С. Ретроградна панкреатографія
- Д. Пероральна холецистографія
- Е. ЕФГДС

82. Хвора 50-ти років скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі, впродовж 5-ти років турбував біль у епігастрії, нудота. Порушення випорожнення. Об'єктивно: частота серцевих скорочень – 92 уд./хв. Підвищеної повноти, язик обкладений, істеричні склери. Живіт м'який, болючий у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В загальному аналізі крові: лейкоцити – $9.6 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 14 мм/год. Яке дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?

- А. Сцинтиграфію печінки
- В. Холецистографію
- С. Ретроградну холангіопанкреатографію
- Д. Бактеріологічне дослідження мочі
- Е. Ультразвукове дослідження жовчного міхура

83. Хворий скаржиться на відчуття важкості за грудиною та періодичне відчуття зупинки їжі, дисфагію. При рентгенологічному обстеженні барієвий контраст виявляє поодинокі мішкоподібне випинання передньоправої стінки стравоходу з рівними контурами та чітко окресленою шийкою. Ваш діагноз.

- А. Рак стравоходу.
- В. Кила стравохідного отвору діафрагми.
- С. Дивертикул стравоходу
- Д. Варикозне розширення вен стравоходу.
- Е. Поліп стравоходу.

84. Хвора 41 р. скаржиться на біль у епігастрії після фізичного навантаження, печію, тривалу гикавку, посилену салівацію. Об-но: ознаки гіпохромної анемії, позитивна реакція на

приховану кров. Рентгенографія шлунка у положенні хворого вниз головою - йде поступлення барієвої суміші у кардіальний відділ шлунка. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Гастрит із зниженою кислотоутворюючою функцією шлунка
- В. Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба.
- С. Кила стравохідного отвору діафрагми.
- Д. Виразкова хвороба.
- Е. Дуоденогастральний рефлекс

85. До дільничного терапевта звернувся пацієнт 43-х років зі скаргами на печію, відрижку кислим, появу болю під час ковтання їжі, а також неможливістю ковтати тверду їжу. Хворий повідомив, що печія та відрижка кислим у нього спостерігається впродовж 8-ми років. Погіршення свого стану спостерігає останні 3 місяці. Яке обстеження потрібно пройти пацієнту в першу чергу?

- А. Тест з інгібітором протонної помпи
- В. Фіброєзофагогастродуоденоскопія
- С. Комп'ютерна томографія грудної клітки
- Д. Добовий езофаго-рН-моніторинг
- Е. Багатогодинний езофаго- рН-моніторинг

86. Хвора 55-ти років скаржиться на випорожнення 3-4 рази протягом 1-2 годин переважно вранці, після сніданку. Посилення діареї пов'язує з підвищеними вимогами з боку оточення, хвилюванням, очікуванням небезпеки. Об'єктивно: метушлива, багатомовна, збільшеної ваги. Шкіра без змін, тургор нормальний, живіт м'який безболісний. В аналізі крові змін не має; аналіз калу: несформований, незначна кількість крохмальних зерен та м'язових волокон, лейкоцити – 3-4 в п/з; колоноскопія без патології. Лікування сорбентами призводило до недостатнього позитивного ефекту. З метою покращення лікування слід призначити:

- А. Ампіцилін
- В. Бісакодил
- С. Дротаверин
- Д. Анаприлін
- Е. Лоперамід

87. Дитина 1,5 років народилася з масою тіла 3100 г, довжиною 51 см. Годувалася грудьми. Після введення прикорму (вівсяна каша) перестала набирати вагу, з'явилися випорожнення з неприємним запахом у великій кількості. Об'єктивно: явища гіпотрофії II ст., блідість шкіри, великий живіт. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Целиакія
- В. Проста диспепсія
- С. Муковісцидоз
- Д. Кишкова інфекція
- Е. Глистна інвазія

88. Хворий 63-х років скаржиться на біль у правій пахвинній ділянці, здуття живота, слабкість, стійкі закрепки більше 7 місяців. Об'єктивно: шкіра бліда, суха. В правій здухвинній ділянці пальпується утворення 5-7 см, малорухоме, неболюче. Аускультативно: підсилення кишкових шумів. У крові: еритроцити - $2,9 \cdot 10^{12}/л$, Нв-80 г/л, ШОЕ - 32 мм/год. Кров у калі. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Хвороба Крона
- В. Поліп сліпої кишки
- С. Рак правої нирки
- Д. Спастичний коліт
- Е. Рак сліпої кишки

89. Хвора 47-ми років вагою 100 кг звернулася зі скаргами на ниючий біль в колінних та кульшових суглобах, який виникає під час рухів і в стані спокою, підсилюється під вечір та при фізичному навантаженні. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, під час пальпації - біль у внутрішній поверхні в місці проекції суглобової щілини, рухи супроводжуються хрускотом. Протягом 16 років хворіє на виразкову хворобу ДПК. Який засіб симптоматичної терапії є найбільш доцільним у даній ситуації ?

- А. Ібупрофен
- В. Піроксикам
- С. Целекоксиб
- Д. Диклофенак натрію
- Е. Індометацин

90. У пацієнта 54-х років м'яка первинна артеріальна гіпертензія, ІХС : стенокардія напруги ІІ ФК, СН ІІ ст. Супутній діагноз : гастроєзофагіальна рефлексна хвороба, ерозивний езофагіт ІІ стадія. Постійний прийом якого з препаратів може викликати у хворого посилення проявів гастроентерологічної патології?

- А. Гідрохлортиазид
- В. Омепразол
- С. Ранітидин
- Д. Ізосорбід динітрат
- Е. Фуросемід

91. Хворий 39-ти років скаржиться на запаморочення, швидку втомлюваність. Три доби тому прооперований з приводу активної виразки 12-лої кишки, ускладненої кровотечею. Операція – вшивання кровоточивої виразки. Об'єктивно : шкірні покриви бліді. АТ – 100/60 мм рт.ст., пульс – 98 уд./хв. В крові: еритроцити – $2,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 76 г/л, КП – 0,8, ретикулоцити – 8%, тромбоцити – $320 \cdot 10^9/л$, лейкоцити – $9 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз ?

- А. Гіпопластична анемія
- В. Нейроциркуляторна дистонія
- С. Гостра постгеморагічна анемія
- Д. В12 – дефіцитна анемія
- Е. Гемолітична анемія

92. Хворий страждає на хронічний рецидивуючий панкреатит з вираженим порушенням зовнішньосекреторної функції. Після вживання жирної гострої їжі, алкоголю, з'являється "масний" кал. Зниження продукції якого фактору є найбільш вірогідною причиною стеатореї?

- А. Трипсину
- В. Ліпази
- С. Кислотності шлункового соку
- Д. Амілази
- Е. Лужної фосфатази

93. Хвора 30-ти років скаржиться на переймоподібний короткочасний біль в правому підбер'ї, спостерігається зв'язок з порушенням дієти, нервово-психічним перевантаженням. Больові точки і зони шкірної гіперестезії нерізно виражені. Дані фракційного дуоденального зондування: подовження часу другої фази, скорочення часу виділення міхурової жовчі при збереженні об'єму міхурової жовчі. Дослідження супроводжувалось болями у правому підбер'ї. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гіпокінетична дискінезія жовчного міхура
- В. Хронічний холецистит в стадії загострення

С.Гіперкінетична дискінезія жовчного міхура
Д.Жовчнокам'яна хвороба
Е.Холангіт

94.Хворий страждає на виразкову хворобу шлунка більше 15-ти років, неодноразово лікувався з приводу загострень. Упродовж року зазначає відчуття важкості у шлунку, відрижку з неприємним запахом. За останні три дні декілька раз було блювання неперетравленою їжею. Який з наведених методів дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

- А.Ультразвукове дослідження
- В.рН-метрія
- С.Рентгенологічне дослідження
- Д.Багатоетапне дуоденальне зондування
- Е.Дослідження на наявність *Helicobacter pylori*

95.Хворий 47-ми років скаржиться на рецидивуючі болі у лівому підребер'ї, які можуть бути спровоковані прийомом гострої їжі. Біль віддає у спину. Відзначається втрата ваги до 5 кг у період загострення. Випорожнення нестійкі: закріп змінюється кашкоподібними випорожненнями з домішкою жиру до 3-5 разів на добу. Живіт болісний в епігастрії та лівому підребер'ї. Рубець після холецистектомії. Відрізки товстої кишки під час пальпації чутливі. Амїлаза сечі у день госпіталізації - 1024 ОД. Патогенетичне лікування хворого має включати:

- А.Антибіотики для ерадикації хелікобактеріозу
- В.Антиферментні препарати
- С.Спазмолітики
- Д.Прокінетики
- Е.Протизапальні засоби

96.У підлітка 13-ти років скарги на проноси, слабкість, зниження маси тіла. Стан погіршується після вживання великої кількості борошняних виробів. Такі явища спостерігаються з раннього дитинства. Об'єктивно: стан задовільний, зниженого харчування, відстає у фізичному розвитку. Причиною захворювання у даному випадку є:

- А.Глистяна інвазія
- В.Непереносимість глютену
- С.Хронічний панкреатит, синдром мальдигестії
- Д.Дисбактеріоз кишечника
- Е.Дефіцит лактази

97.Хвора 37-ми років перенесла гепатити А і В. Доставлена у важкому стані. При надходженні блювання рідкою кров'ю і згортками повним ротом. АТ- 80/40 мм рт.ст. Пульс - 108 уд./хв. Живіт збільшений, безболісний. З рота "печінковий" запах. Визначте найбільш імовірне джерело кровотечі:

- А.Гострі виразки 12-палої кишки
- В.Розрив слизової кардіального відділу шлунка
- С.Варикозні вени стравоходу і шлунка
- Д.Хронічна виразка шлунка
- Е.Легенева кровотеча

98.Хвора 24-х років скаржиться на ниючі болі, відчуття важкості, розпирання в епігастрії після їди, раннього насичення. Описані скарги непокоять протягом 3-х років (по декілька місяців на рік), іноді пов'язані зі стресовою ситуацією. В анамнезі вегето-судинна дистонія. На ФГДС і УЗД органів черевної порожнини органічної патології не виявлено. Провідним у патогенезі даного захворювання є:

- A. Аутоімунне запалення слизової оболонки шлунка
- B. Інфекційне запалення слизової оболонки шлунка
- C. Низький рівень шлункової секреції
- D. Порушення моторики шлунка і 12-палої кишки
- E. Високий рівень шлункової секреції

99. Хворий 73-х років звернувся до лікаря зі скаргами на зростаючу слабкість, запаморочення, больові відчуття в епігастральній ділянці, відрижку. В крові: гіперхромія, помірна цитопенія. Після обстеження встановлено діагноз: В12-дефіцитна анемія. Які зміни при обстеженні шлунка з найбільшою імовірністю виявив лікар?

- A. Недостатність кардії, ерозивний рефлюкс-езофагіт
- B. Множинні ерозії шлунка
- C. Атрофічний гастрит
- D. Поліп антрального відділу шлунка
- E. Гіпертрофічний гастрит

100. Чоловік 29-ти років скаржиться на щоденну печію, що виникає після їди, при нахилах вперед, в положенні лежачи, відрижку кислим, покашлювання. Вказані скарги непокоять протягом 4-х років. Об'єктивний статус і лабораторні показники в нормі. При ФГДС виявлений катаральний езофагіт. Провідним у виникненні даного захворювання є:

- A. Недостатність нижнього стравохідного сфінктера
- B. Гіперсекреція хлоридної кислоти
- C. Дуодено-гастральний рефлекс
- D. Гіпергастринемія
- E. Хелікобактерна інфекція

Навчальне видання

Ганич Тарас Михайлович

Блецкан Мирослава Михайлівна

Ганич Оксана Тарасівна

Тестові ситуаційні завдання з гастроентерології для підготовки до ліцензійного іспиту
«Крок -2» студентів 6 курсу медичного факультету.

Внутрішня медицина.

Розділ-гастроентерологія.

Методичні рекомендації

Формат 60'84/16. Папір офс.

Ум.-друк. арк.2,1. Тираж 100 пр.