

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ 5-6 КУРСІВ
МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ**

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ТЕСТОВИХ
ЗАВДАНЬ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ КРОК-2
СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ**

Харків

ХНМУ

2018

Рекомендації щодо розв'язання тестових завдань ліцензійного іспиту КРОК-2 студентами медичних факультетів: Метод. вказівки для студентів 5-6 курсів медичних факультетів/ складачі: Шевченко О.С., Матвеева С.Л., Чопорова О.І., Бутов Д.О., Степаненко Г.Л., Погорелова О.О. - Харків, ХНМУ, 2018. – 11 с.

Упорядники:

Шевченко О.С.,
Матвеева С.Л.,
Чопорова О.І.,
Бутов Д.О.,
Степаненко Г.Л.,
Погорелова О.О.

Дані методичні вказівки створено для студентів медичних ВУЗІВ 5-6 курсів для підготовки до складання ліцензійного іспиту КРОК-2. В методичні вказівки увійшли тестові завдання з фтизіатрії, що були вибрані з буклету КРОК-2 за 2015- 2017 навчальний рік.

До всіх тестових завдань вказано вірні відповіді А з коротким обґрунтуванням та поясненням, а також тезисно наведено інформацію щодо невірних відповідей. До кожної задачі підготовлено резюме з поясненням згідно умов завдань та запитань ліцензійного іспиту КРОК-2.

ВСТУП

Світовою практикою в галузі вищої освіти доведено, що реалізація навчальних технологій сьогодення неможлива без процедури тестування, оскільки тестування є найбільш ефективною формою створення оперативного та надійного зворотного зв'язку в організації та управлінні навчальним процесом; дає можливість об'єктивно оцінити рівень знань, вмінь, навичок та якості знань студентів, максимально зменшити фактор суб'єктивності а також організувати самостійну роботу студентів. Тестування менше навантажує психологічно як студентів, так і викладача. Тестування має бути системним і в університеті воно повинно проводитись від початку навчання студентів до закінчення ними навчального закладу. Відомо, що головним завданням навчання у ВНЗ є формування студентів професійних компетенцій. Для того, щоб дізнатися, чи досягнуто мету, необхідно здійснити точний та об'єктивний контроль, під час якого визначається рівень навчальних (науково-практичних) досягнень студентів. Оптимальною формою контролю в цьому випадку має бути тестовий контроль. Тест-це, насамперед, інструмент оцінювання, використання якого повинно точно вказувати область і рівень знань або незнань студентів. Протягом навчання у медичному ВНЗ студент медик постійно стикається з необхідністю вирішення тестових завдань, що є одним з елементів підготовки до складання ліцензійного іспиту КРОК. Успішне складання іспиту є результатом кропіткої роботи протягом навчання у медичному ВНЗ і виступає обов'язковою умовою для отримання диплому про вищу освіту в сучасних умовах. Під час підготовки до складання ліцензійованого іспиту КРОК-2 використання створених вказівок має на меті допомогти студенту правильно обрати вірну відповідь, тезисно обґрунтовують помилковість інших відповідей, що дає змогу пригадати у стислий час інформацію з різних дисциплін, що вивчалися на різних кафедрах під час 6-ти річного навчання в медичному ВНЗ, та поліпшити якість підготовки до ліцензійного іспиту КРОК-2.

Пояснення до тестових завдань для підготовки студентів 6 курсу ХНМУ до стандартизованого державного ліцензійного іспиту (Крок-2) українською мовою, які рекомендовані Центром тестування при МОЗ України (2015-2017 н.р.).

1. Хворий 40-ка років скаржиться на болі у лівому кульшовому суглобі, що посилюються під час ходи, підвищення температури до 37,7°C впродовж 2-х місяців. В анамнезі: вогнищевий туберкульоз легень. На рентгенограмі лівого кульшового суглоба визначається деструкція суміжних поверхонь головки стегнової кістки і даху вертлюгової западини, звуження суглобової щілини. Проба Манту з 2 ТО - папула 14 мм. Який з перелічених діагнозів найбільш імовірний?

- A. **Туберкульозний коксит зліва**
- B. Саркома лівого кульшового суглоба
- C. Артрозо-артрит лівого кульшового суглоба
- D. Ревматоїдний артрит
- E. Ревматичний артрит

Правильна відповідь - **Туберкульозний коксит зліва**

1. **Туберкульозний коксит** характеризується інтоксикаційним і больовим синдромом, з формуванням деструкції суміжних поверхонь головки стегнової кістки і даху кульшової западини, звуження суглобової щілини на тлі даних про інфікування організму мікобактеріями туберкульозу (позитивна проба Манту) і даними анамнезу про перенесений очаговий туберкульоз.

2. Для **саркоми тазостегнового суглоба** також характерні біль, що підсилюється при ходьбі, деструкція кістки і звуження суглобової щілини, проте туберкульоз в анамнезі і позитивна проба Манту свідчать на користь туберкульозного ураження.

3. **Артрозо-артрит** відноситься до захворювань дегенеративно-дистрофічного характеру, переважно характерний для хворих похилого віку. В анамнезі у таких хворих відзначається травма, запальні захворювання суглоба, спадкова схильність. Клініко-рентгенологічні дані, які спостерігаються у хворого (біль, що підсилюється при ходьбі, деструкція кістки, звуження суглобової щілини) відповідають картині артрозо-артриту, проте позитивна проба Манту і легеневий туберкульоз в анамнезі свідчать на користь туберкульозного ураження суглоба.

4. **Ревматоїдний артрит** - це системне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням дрібних суглобів за типом ерозійно-деструктивного поліартриту неясної етіології із складним аутоімунним патогенезом. У разі атипового перебігу в формі моно- або олигоартриту з ураженням великих суглобів, зазвичай спостерігаються летючість змін, зникнення змін в суглобі

протягом 1-1,5 міс. Перераховані дані, а також позитивна проба Манту і туберкульоз в анамнезі, дозволяють виключити даний діагноз у пацієнта.

5. Ревматичний артрит - системне запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією патологічного процесу в оболонках серця. Найчастіше в анамнезі у даних хворих в якості пускового фактора присутня інфекційне захворювання, викликане β -гемолітичним стрептококом групи А. Суглобовий синдром при ревматизмі характеризується ураженням великих суглобів з доброякісним перебігом, без деформації суглоба. Перераховані вище дані дозволяють виключити діагноз «ревматичний артрит» у пацієнта.

На користь діагнозу «лівобічний туберкульозний коксит» крім перерахованих клініко-рентгенологічних даних свідчить позитивна проба Манту і вогнищевий туберкульоз легень в анамнезі, а тому цей діагноз найбільш імовірний.

2. Хворий 20-ти років скаржиться на сильний головний біль, двоїння в очах, загальну слабкість, підвищення температури тіла, дратівливість. Об'єктивно: температура тіла $38,1^{\circ}\text{C}$, в контакт вступає неохоче, болісно реагує на подразники. Птоз лівої повіки, розбіжна косоокість, анізокорія S>D. Виражений менінгеальний синдром. При люмбальній пункції ліквор витікає під тиском 300 мм вод.ст., прозорий, з легкою опалесценцією, через добу випала фібринозна плівка. Білок - 1,4 г/л, лімфоцити — $600/\text{мм}^3$, цукор - 0,3 ммоль/л. Який попередній діагноз ?

- A. Туберкульозний менінгіт
- B. Менінгококовий менінгіт
- C. Лімфоцитарний менінгіт Армстронга
- D. Сифілітичний менінгіт
- E. Паротитний менінгіт

Правильна відповідь - **Туберкульозний менінгіт**

1. **Туберкульозний менінгіт** підтверджується результатами дослідження спинномозкової рідини: прозорий опалесцентний ліквор, випадання фібринозної плівки, лімфоцитоз, підвищений вміст білка, низький рівень глюкози.

2. **Менінгококовий менінгіт** характеризується гострим початком, вираженою інтоксикацією, лихоманкою, розвитком тромбгеморрагического синдрому, шоку. Для спинномозкової рідини характерні каламутність, нейтрофільний плеоцитоз, підвищення рівня білка при нормальному рівні глюкози.

3. Для **лімфоцитарного менінгіту Армстронга** характерний гострий початок з лихоманкою, найсильнішою головним болем і блювотою, значне зменшення

симптоматики після люмбальної пункції. Для нього також характерне підвищення тиску ліквору до 300-400 мм вод.ст., опалесценція спинномозкової рідини, лімфоцитарний плеоцитоз (проте до значно більших цифр - 1000-2000 кл.). Крім того для лимфоцитарного менінгіту Армстронга не характерно зниження рівня глюкози, отже даний діагноз не є найбільш вірогідним у хворого.

4. **Сифілітичний менінгіт** частіше розвивається в другій стадії сифілісу і протікає у вигляді латентного або гострого менінгіту, для якого характерна висока температура з різко вираженими менінгеальними симптомами. Гумозний менінгоенцефаліт, що розвивається в третій стадії сифілісу, характеризується млявим перебігом з переважанням осередкової симптоматики. У спинномозковій рідині характерний лімфоцитарний плеоцитоз (100-500 кл.), Підвищення рівня білка, позитивна реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном; рівень глюкози не знижується. Таким чином, дані дослідження спинномозкової рідини і відсутність сифілісу в анамнезі, дозволяють виключити даний діагноз.

5. При **паратитному менінгіті** симптоми ураження нервової системи як правило з'являються після запалення слинних залоз. Паротитний менінгіт починається гостро (на 4-7-й день хвороби), з'являється озноб, підвищення температури тіла до 39⁰С і вище, сильний головний біль, блювота, виражений менінгеальний синдром. Симптоми менінгіту зберігаються 10-12 днів. В аналізі спинномозкової рідини характерно значне підвищення білка (до 2,5 г / л), цитоз (до 1000 кл / мкл), нормальний вміст хлоридів і глюкози. Вищеописані особливості паротитного менінгіту не відповідають клініко-лабораторними даними, які спостерігаються у пацієнта, тому даний діагноз можна виключити.

У цьому завданні описана клініка менінгеального синдрому при туберкульозному менінгіті, яка супроводжується типовими змінами церебро-спінальної рідини: прозорий опалесцентний ліквор, випадіння фібринозної плівки, лімфоцитоз, підвищений вміст білка, низький рівень глюкози.

3. У чоловіка 47-ми років після підняття вантажу з'явилася різка біль у правій половині грудної клітини, почала наростати задуха, ціаноз шкірі та слизистої. Хворий 7 років тому хворів на інфільтративний туберкульоз правої легені. Останні три роки не обстежувався. При об'єктивному обстеженні перкуторно

справа тимпаніт, при аускультативній дихання різко послаблене. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

А. Спонтанний пневмоторакс

В. Тромбоемболія легеневої артерії

С. Екссудативний плеврит

Д. Ателектаз правої легені

Е. Госпітальна пневмонія

Правильна відповідь - **Спонтанний пневмоторакс**

1. Для **спонтанного пневмотораксу** характерний гострий початок з появою задишки і різкого болю в грудях. При фізикальному обстеженні перкуторно виявляється тимпаніт, аускультативно - ослаблення дихання на боці пневмотораксу. Враховуючи наявність інфільтративного туберкульозу в анамнезі, який часто ускладнюється формуванням порожнини розпаду, найбільш ймовірне ускладнення, яке розвинулось у хворого, - спонтанний пневмоторакс.

2. Симптоми **ТЕЛА** залежать від рівня порушення прохідності легеневої артерії і масивності ураження. Масивна ТЕЛА (ураження понад 50% обсягу судинного русла легенів) характеризується шоком, системною гіпотензією і частим виникненням раптової смерті. Субмасивна ТЕЛА (ураження 30-50% судинного русла легенів) проявляється симптомами правошлуночкової недостатності. Немасивна ТЕЛА (ураження менше 30% судинного русла легенів) характеризується формуванням інфаркту легкого. В анамнезі у пацієнтів з ТЕЛА зазвичай присутні стани, пов'язані з підвищеним тромбоутворенням (тромбоз вен нижніх кінцівок, тривала іммобілізація і т.д.). При об'єктивному обстеженні відзначаються притуплення перкуторного звуку над ураженою частиною легені, аускультативно - ослаблення дихання. З огляду на вищевикладені дані, діагноз ТЕЛА у даного хворого можна виключити.

3. **Екссудативний плеврит** відноситься до частих ускладнень легеневого туберкульозу, проте для нього характерно більш поступове наростання симптоматики, притуплення перкуторного звуку над випотом.

4. **Ателектаз легені** зазвичай виникає при туберкульозному ураженні внутрішньогрудних лімфовузлів, які при збільшенні можуть заблокувати бронх. Хоча при ателектазі також відзначається гострий початок з розвитком легеневої недостатності і ослаблення дихання над легенею з ателектазом, перкуторно у таких хворих відзначається притуплення, що дозволяє виключити даний діагноз.

5. Для **госпітальної пневмонії** характерно більш поступовий початок захворювання, в клініці переважають симптоми інтоксикації, над вогнищем

ураження відзначається притуплення перкуторного звуку, таким чином у даного хворого можна виключити діагноз «госпітальна пневмонія».

На підставі інфільтративного туберкульозу в анамнезі, який часто ускладнюється формуванням порожнини розпаду і розвитком гострого стану з гострим початком, появою задишки і різкого болю в грудях, яке при перкусії легень виявляється тимпанітом, аускультативно - ослабленим диханням на стороні поразки, можна встановити найбільш ймовірне ускладнення, розвинулась у хворого, - спонтанний пневмоторакс.

4. У 12-ти річної дитини протягом 6-ти місяців періодично з'являється лихоманка до 38,5°C, кашель, задишка, одноразово кровохаркання. БЦЖ - рубець відсутній. Дідусь хворіє на туберкульоз. В легенях розсіяні сухі і різнокаліберні вологі хрипи. Рентгенологічно: однотипна рівномірна дрібновогнищева інфільтрація легень, у верхніх частках тонкостінна каверна із слабковираженою перифокальною інфільтрацією. Яке захворювання імовірне?

- A. Туберкульоз легень
- B. Вогнищева пневмонія
- C. Хронічний бронхіт
- D. Бронхіальна астма
- E. Синдром Хамана-Річа

Правильна відповідь - **Туберкульоз легень**

1. **Туберкульоз легень.** У хворого характерна клінічна картина (підвищення температури до 38,5⁰ С, задишка і наявність хрипів) первинного туберкульозу з ускладненням у вигляді кровохаркання. Дитина була вакцинована, але поствакцинальний рубець відсутній, що свідчить про неефективність проведеної вакцинації. Крім того, встановлено контакт з хворим на туберкульоз дідусем. Рентгенологічна картина типова для туберкульозного процесу: однотипна рівномірна мелковогнищева інфільтрація легень, у верхніх частках тонкостінна каверна зі слабкою перифокальною інфільтрацією.

2. Для **вогнищевої пневмонії** характерно підвищення температури до 38,5⁰ С, задишка і наявність хрипів. Але при цьому не характерний зазвичай контакт з хворим на туберкульоз, відсутність рубця після вакцинації БЦЖ і відповідно інша рентгенологічна картина: зазвичай це нижні відділи легень, наявність однорідної інфільтрації без порожнин розпаду.

3. При **хронічному бронхіті** характерно підвищення температури до 38,5⁰ С, задишка і наявність хрипів. Але при цьому не характерний зазвичай контакт з хворим на туберкульоз, відсутність рубця після вакцинації БЦЖ і відповідно інша рентгенологічна картина: посилення легеневого малюнка.

4. При неускладненому перебігу **бронхіальної астми** не характерно підвищення температури до 38,5⁰ С, хоча характерна задишка і наявність хрипів. Але при цьому не характерний зазвичай контакт з хворим на туберкульоз, відсутність рубця після вакцинації БЦЖ. Рентгенологічна картина при бронхіальній астмі залежить від стадії розвитку хвороби і тяжкості перебігу. У період між нападами на початку захворювання рентгенологічні зміни відсутні. У першій стадії при тяжкому перебігу і в другій стадії рентгенологічно виявляються емфізема легенів, легенева серце і ін. Ускладнення бронхіальної астми.

5. При **синдромі Хамана-Річа** не ускладнений протягом не характерно підвищення температури до 38,5⁰ С, хоча характерна задишка і наявність хрипів. Але при цьому не характерний зазвичай контакт з хворим на туберкульоз, відсутність рубця після вакцинації БЦЖ. При рентгенологічному дослідженні хворих синдромом Хаммена - Річа в основному спостерігається картина інтерстиціального склерозу і емфіземи з наявністю розсіяних різної величини, і щільності вогнищевих тіней.

У цьому завданню представлені клініко-анамнестичні (інтоксикаційний і бронхо-легеневий синдром, підтверджений туберкульозний контакт з дідусем, ознаки неефективності вакцинації БЦЖ) і рентгенологічні дані (однотипна рівномірна мелкоочаговая інфільтрація легень, у верхніх частках тонкостінна каверна зі слабо перифокальною інфільтрацією), які дозволяють підтвердити туберкульозну етіологію захворювання легенів.

5. У хворої 35-ти років близько року тому виникли слабкість, пітливість, субфебрильна температура, біль та обмеження рухів у лівому колінному

суглобі. 2 роки тому лікувалася з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Об'єктивно: положення лівої кінцівки вимушене, колінний суглоб збільшений, болючий під час пальпації, рух в ньому обмежений. Проба Манту з 2 ТО - папула 23 мм. В легенях вогнищеві тіні посиленої інтенсивності. Який попередній діагноз?

- A. Туберкульозний гоніт
- B. Посттравматичний артрит
- C. Хронічний остеомієліт
- D. Пухлина колінного суглоба
- E. Ревматоїдний артрит

Правильна відповідь - Туберкульозний гоніт

1. **Туберкульозний гоніт.** Клінічна картина характерна для туберкульозу колінного суглоба: виникнення слабкості, пітливість, субфебрильна температура, біль і обмеження рухів в колінному суглобі, положення кінцівки вимушене, колінний суглоб збільшений, болючий при пальпації, рухи в ньому обмежені. Крім того, у хворого раніше спостерігалася генералізована форма туберкульозу (дисемінований туберкульоз), що зазвичай характерно для даного захворювання. Крапку в діагнозі ставить наявність гіперергічної реакції при постановці проби Манту. Наявність в легких інтенсивних вогнищевих тіней (кальцинати), скоріше за все, говорить про перенесений раніше туберкульоз.

2. **Посттравматичний артрит** виникає внаслідок механічного пошкодження зв'язкового апарату, менісків, хрящової тканини, суглобової капсули, сухожиль. При цьому частіше страждають колінні і гомілковостопні суглоби, але в даному випадку не характерно наявність слабкості, пітливості, субфебрильної температури. Хоча може бути біль і обмеження рухів в колінному суглобі, положення кінцівки вимушене, збільшення суглоба, болючість при пальпації, обмежений рух. При цьому не буває гіперергічної реакції Манту і даних про раніше перенесений туберкульоз.

3. **Хронічний остеомієліт** - гнійне або пролиферативне запалення кісткової тканини, яке характеризується утворенням секвестрів або відсутністю тенденції до одужання і наростанням резорбтивних і продуктивних змін в кістки і періості через 2-3 міс від початку гострого процесу. Не характерна вказана в задачі клінічна картина. Хоча може бути біль і обмеження рухів в колінному суглобі, положення кінцівки вимушене, збільшення суглоба, болючість при пальпації, обмежений рух. При цьому не буває гіперергічної реакції Манту і даних за раніше перенесений туберкульоз.

4. **Пухлина колінного суглоба.** Першим специфічним проявом пухлини колінного суглоба є больовий симптом, який носить постійний, різкий, інтенсивний характер, не пов'язаний з будь-якою фізичною причиною. Больові відчуття, в основному, посилюються у нічний час, що може привести до формування безсоння. Другим за частотою проявом вважається набряковий симптом, який проявляє себе набряканням м'яких тканин навколо колінного

суглоба. Такі симптоми дуже часто призводять до порушення рухової функції нижньої кінцівки. Людині стає боляче пересуватися, а в деяких випадках неможливо провести повне згинання в коліні. Крім того, може спостерігатися загальні симптоми, такі як: слабкість, пітливість і субфебрильна температура. При цьому не буває гіперергічної реакції Манту і відсутні дані за раніше перенесеного туберкульозу.

5. Ревматоїдний артрит є системним захворюванням сполучної тканини з переважним ураженням дрібних суглобів за типом ерозійно-деструктивного поліартриту неясної етіології із складним аутоімунним патогенезом. Клінічний перебіг захворювання може бути різноманітним і залежить від певних ускладнень ревматоїдному артриті. Але, при цьому не характерно наявність гіперергічної реакції Манту і відсутні дані за раніше перенесений дисеміній туберкульоз.

На підставі даних про раніше перенесений дисемінірований туберкульоз, наявність в легенях залишкових змін у вигляді кальцинатів, гіперергічної реакції Манту, можна стверджувати, що дана картина запального процесу колінного суглоба має туберкульозну етіологію.