

Хвора Д., 34 роки, хворіє на цукровий діабет впродовж 15 років, перебіг захворювання лабільний. Клінічно: артеріальна гіпертензія, виражений набряковий синдром, протеїнурія, підвищення рівня креатиніну та сечовини, добова доза інсуліну останнім часом значно зменшилась. Встановіть вірний діагноз.

- A. Цукровий діабет 1 тип, важка форма. Діабетична нефропатія, стадія уремії.
- B. Цукровий діабет 1 тип, середнього ступеня важкості. Діабетична нефропатія, стадія уремії.
- C. Цукровий діабет 1 тип, важка форма. Діабетична нефропатія, стадія мікропротеїнурії.
- D. Цукровий діабет 2 тип, важка форма. Діабетична нефропатія, стадія мікропротеїнурії.
- E. Цукровий діабет 1 тип, важка форма. Діабетична нефропатія, стадія мікропротеїнурії.

Жінка, 24 роки, хвора на цукровий діабет з 6-річного віку. Звернулась до лікаря за порадою щодо корекції лікування хвороби у зв'язку із запланованою вагітністю. Осліпла на одне око через проліферативну ретинопатію. Чоловік пацієнтки хворіє на цукровий діабет з 18-річного віку. Оберіть пораду, яку ви дасте пацієнтці:

- A. Досягти стійкої компенсації цукрового діабету в обох членів подружжя.
- B. Досягти стійкої компенсації цукрового діабету та через 2 місяці після цього вирішувати питання про вагітність.
- C. Вагітність не рекомендована.
- D. Провести ретельний генеологічний аналіз подружжя.
- E. Вагітність буде можлива після зникнення ретинопатії.

Хворий Н., 56 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу 10 років, постійно приймає глібенкламід по 5 мг 3 рази в день, впродовж останніх трьох років до ендокринолога не звертався, останнім часом схуд. При огляді на правій нозі виявлено почорніння нігтя, стопа холодна, пульсація ослаблена. Цукор крові натще 15,0 ммоль/л, цукор в сечі – 2,0 %. Оберіть тактику лікування:

- A. Перевести на інсулінотерапію, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного лікування стопи.
- B. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди.
- C. На фоні даної цукрознижуючої терапії призначити судиннорозширюючі засоби.
- D. Проконсультувати у хірурга з метою термінового хірургічного лікування стопи.
- E. Перевести на комбінацію з похідними сульфонілсечовини

64-літня жінка, хвора на 2 тип ЦД. Лікується метформіном в дозі 3000 мг на добу. Глікемія натщесерце 7,8 ммоль/л, через дві години після їжі — 10,5 ммоль/л. Консультована окулістом. Заключення — «Діабетична проліферативна ретинопатія сітківки». Яка подальша тактика лікування хворої?

- A. негайно перевести на інсулінотерапію.
- B. Не змінювати терапію.
- C. Перевести на комбінацію з похідними сульфонілсечовини.
- D. Збільшити добову дозу метформіну до 4000 мг на добу.
- E. Перевести на комбінацію з тiazолідиндіонами.

Хворий 32 років із вперше діагностованим цукровим діабетом 1 типу скаржить на різкий біль в обох ногах, гіперчутливість їх, особливо в ділянці стегон, дотик одягу викликає нестерпний біль. Біль з'явився одночасно з симптоматикою діабету та значною втратою ваги. Встановіть попередній діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 тип, гостра сенсорна нейропатія.
- B. Цукровий діабет 1 тип, хронічна сенсорно-моторна нейропатія.

- C. Цукровий діабет 1 тип, компресійна мононейропатія нижніх кінцівок.
- D. Цукровий діабет 1 тип, проксимальна моторна нейропатія.
- E. Цукровий діабет 1 тип, астеноневротичний синдром.

Жінка 69 років хворіє на цукровий діабет 20 років. Застосовує гліметірид в дозі 4 мг на добу. Не дотримується дієтичного режиму. За ретельного обстеження діагностовано діабетичну нефропатію, стадію макропротеїнурії; діабетичну проліферативну ретинопатію. Проведіть корекцію терапії.

- A. Дієтичний режим, інсулінотерапія.
- B. Дієтичний режим, збільшити добову дозу гліметіриду до 6мг.
- C. Дієтичний режим, поєднати з метформіном 1000 мг 2 рази на добу.
- D. Дієтичний режим, поєднати з дапагліфлозином 10 мг 1 раз на добу.
- E. Дотримання строгого дієтичного режиму, дозу переохайних цукрознижуючих не змінювати

Хвора на цукровий діабет 1 типу, 40 років, звернулась на консультацію в зв'язку з сильною тахікардією, яка не корегувалась бета-блокаторами та антагоністами кальцію. У хворі також спостерігалась нестабільність артеріального тиску (зранку 90/60 мм рт. ст., ввечері—180-200/100—110 мм рт. ст.), ортостатичне падіння АТ. Встановіть вірний діагноз.

- A. Діабетична вегетативна нейропатія серця.
- B. Міокардит.
- C. Дифузно-токсичний зоб
- D. Симптоматична АГ.
- E. Діабетична макроангіопатія в'язцевих судин.

Хворому на цукровий діабет з нефропатією, нефротична стадія та гіпертонією призначено як сечогінний та гіпотензивний препарат верошпірон. Через 3 дні прийому зросла слабкість, особливо у м'язах ніг, брадикардія, постійне відчуття нехватки повітря. Чим може бути зумовлене погіршення стану пацієнта?

- A. Гіперкаліємією.
- B. Гіпонатріємією.
- C. Гіпокаліємією.
- D. Алергією до препарату.
- E. Метаболічним впливом діуретику на обмін глюкози.

Хворий 63 років, страждає на цукровий діабет, тип 2. Отримує глібенкламід у дозі 15 мг на добу та метформін - 1000 мг на добу. Після фізичного навантаження відчув слабкість, запаморочення, задишку, незначний біль в ділянці серця. А/Т 70/30 мм рт.ст. Пульс – 110 уд./хв. За даними ЕКГ: куполоподібний підйом сегменту ST, депресія сегменту ST в реципрокній зоні, поява зубця QS. Хворого госпіталізовано до інфарктного відділення. Яка цукрознижуюча терапія необхідна хворому?

- A. Перевести на інсулінотерапію
- B. Залишити попередню терапію
- C. Відмінити метформін
- D. Відмінити глібенкламід
- E. Відмінити метформін та глібенкламід, призначити гліклазид

Жінці 57 років, з ожирінням 3 ст. два місяці тому назад встановлено діагноз цукрового діабету. ендокринологом хворій було рекомендовано субкалорійну дієту та дозовані фізичні навантаження. рівень глікемії натще 9,2 ммоль/л. Який цукрознижуючий препарат можна рекомендувати хворій?

- A. Метформін
- B. Глібенкламід
- C. Інгібітори альфа-глюкозидаз
- D. Інгібітори НЗКТГ 2
- E. Агоністи ГПП 1

Хворий А, для лікування цукрового діабету отримує інсулін Фармасулін Н 30/70 28 ОД перед сніданком та 24 ОД перед вечерею. Глікемічний профіль 6,2 – 12,5 – 10,1 – 8,4 – 8,0 – 5,4 ммоль/л. Проведіть корекцію цукрознижуючої терапії.

- A. Збільшити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 32 ОД.
- B. Перевести режим інсулінотерапії базис-болус
- C. Рекомендовати строгіше дотримуватися дієтотерапії
- D. Комбінувати інсулінотерапію з похідними сульфонілсечовини.
- E. Змінити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 24 ОД, перед вечерею на 28

Хворий 30 років, впродовж 10 років хворіє цукровим діабетом, приймає інсулінотерапію в загальній у дозі 66 ОД на добу. В анамнезі часті гіпоглікемічні коми, зниження зору, біль у нижніх кінцівках. На очному дні визначаються м'які ексудати, венозні петлі, неовасуляризація диску зорового нерва, розповсюджені пре- та вітробетинальні крововиливи, фіброзні шварти. На реовазограмі — зниження амплітуди пульсу. Глікемія натще— 13,2 ммоль/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична проліферативна ретинопатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок.
- B. Цукровий діабет 1 типу, середньої важкості, у стані компенсації. Діабетична препроліферативна ретинопатія. Ангіопатія судин нижніх кінцівок.
- C. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації. Діабетична непроліферативна ретинопатія. Генералізована діабетична ангіопатія.
- D. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична полінейропатія нижніх кінцівок.
- E. Жоден з вищеперерахованих.

Хворий Б віком 46 років. Впродовж останніх трьох років для лікування цукрового діабету отримує 90 ОД інсуліну на добу. До цього лікувався цукрознижуючими з групи похідних сульфонілсечовини. У зв'язку з надмірним апетитом за останні 6 місяці прибавив у вазі 6 кг. Прогресують судинні ускладнення. Цукор крові натще 13 ммоль/л, рівень глікованого гемоглобіну 9,2 %. Часті нічні гіпоглікемії. Вкажіть найбільш відповідний діагноз:

- A. Цукровий діабет 2 типу, вторинноінсулінозалежний, тяжка форма, у стані декомпенсації. Синдром Сомоджі.
- B. Цукровий діабет 2 типу, вторинноінсулінозалежний, середньої важкості, у стані декомпенсації.
- C. Цукровий діабет 2 типу, тяжка форма, у стадії субкомпенсації.
- D. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації.
- E. Жоден з вищеперерахованих.

Хвора 56 років, ІМТ 29 кг/м², звернулася до гінеколога із скаргами на свербіж в ділянці внутрішньої поверхні стегон та зовнішніх статевих органів. В анамнезі – трансмуральний ІМ (ФВ 50%). Профілактично проведений аналіз крові на цукор та глікований гемоглобін: глікемія 9,2 ммоль/л, глікований гемоглобін 8,5%, ацетон в сечі відсутній. Ваша лікувальна тактика ?

- A. Бігуаніди
- B. Дієтотерапія.
- C. Похідні сульфонілсечовини II генерації (гліклазид МР).
- D. Введення інсуліну короткої дії.
- E. Препарати НЗКТГ-2 (емфагліфлозин)

Дитина 15 років хворіє цукровим діабетом I типу з 2 років. Перебіг захворювання лабільний. Останнім часом періодично відзначаються підйоми АТ. Набряків немає. Швидкість клубочкової фільтрації в нормі. Тест на мікроальбумінурію позитивний. Якій стадії діабетичної нефропатії може відповідати стан даного хворого?

- A. III стадія - початок нефропатії
- B. I стадія - гіпертрофія і гіперфункція нирок
- C. II стадія - гістологічні зміни в нирках
- D. IV стадія - нефропатія протеїнурична стадія
- E. V стадія - хронічна ниркова недостатність

У хлопчика 16 років, що страждає на цукровий діабет з 5-ти років, з'явилася суб'єктивна симптоматика - біль у ногах, відчуття мерзлякуватості, підвищена стомлюваність під час ходьби, судом у м'язах, переміжна кульгавість, зміни кольору шкіри. З чим пов'язані вищезазначені явища?

- A. Мікроангіопатією нижніх кінцівок
- B. Діабетичною нефропатією
- C. Макроангіопатією нижніх кінцівок
- D. Діабетичною ретинопатією
- E. Діабетичною нейропатією

Хворий на цукровий діабет I типу, хворіє впродовж 7 років, отримує комбінацію інсулінів (Протафан та Актрапід, в режимі базис-болус) в дозі 98 ОД на добу. Скаржиться на епізоди гіпоглікемії, особливо у нічний час. За останні 6 місяців маса тіла хворого збільшилася на 10 кг (на даний час маса тіла 85 кг). Цукор крові натще серце 11 ммоль/л, глікований гемоглобін – 8,2 %. Діагностована генералізована мікроангіопатія. При збільшенні дози інсуліну показники вмісту цукру в крові суттєво не змінюються. Встановіть вірний діагноз.

- A. ЦД I типу тяжка форма, у стані декомпенсації, феномен Сомоджі.
- B. ЦД I типу, тяжка форма, у стані компенсації, алергія на інсулін.
- C. ЦД I типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації, інсулінорезистентність.
- D. ЦД I типу середньої важкості, феномен ранкової зорі.
- E. ЦД I типу середньої важкості, у стані декомпенсації.

Для ішемічної форми синдрому діабетичної стопи характерно:

- A. Локалізація виразки на акральних зонах стопи, виразка болюча.
- B. Безболісна виразка, оточена гіперкератозом.
- C. Зниження усіх видів чутливості.

- D. Зниження колінного та ахіллового рефлексів.
- E. Збережена або незначно знижена пульсація артерій.

Визначіть антигіпертензивні засоби, що найбільш доцільні для лікування діабетичної нефропатії, стадії мікропротеїнурії.

- A. ІнгібіториАПФ.
- B. Петлеві діуретики.
- C. Антагоністи кальцію.
- D. Бета-блокатори.
- E. Тіазидні діуретики.

64-літня жінка, хвора на 2 тип ЦД. Лікується метформіном в дозі 3000 мг на добу. Глікемія натщесерце 7,8 ммоль/л, через дві години після їжі — 10,5 ммоль/л. Консультована окулістом. Заключення — «Діабетична проліферативна ретинопатія сітківки». Яка подальша тактика лікування хворої?

- A. негайно перевести на інсулінотерапію.
- B. Не змінювати терапію.
- C. Перевести на комбінацію з похідними сульфонілсечовини.
- D. Збільшити добову дозу метформіну до 4000 мг на добу.
- E. Перевести на комбінацію з тіазолідиндіонами.

Хворий на цукровий діабет 1 типу, хворіє впродовж 7 років, отримує комбінацію інсулінів (Протафан та Актрапід, в режимі базис-болюс) в дозі 98 ОД на добу. Скаржиться на епізоди гіпоглікемії, особливо у нічний час. За останні 6 місяців маса тіла хворого збільшилася на 10 кг (на даний час маса тіла 85 кг). Цукор крові натще серце 11 ммоль/л, глікований гемоглобін – 8,2 %. Діагностована генералізована мікроангіопатія. При збільшенні дози інсуліну показники вмісту цукру в крові суттєво не змінюються. Встановіть вірний діагноз.

- A. ЦД 1 типу тяжка форма, у стані декомпенсації, феномен Сомоджі.
- B. ЦД 1 типу, тяжка форма, у стані компенсації, алергія на інсулін.
- C. ЦД 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації, інсулінорезистентність.
- D. ЦД 1 типу середньої важкості, феномен ранкової зорі.
- E. ЦД 1 типу середньої важкості, у стані декомпенсації.

Для ішемічної форми синдрому діабетичної стопи характерно:

- A. Локалізація виразки на акральних зонах стопи, виразка болюча.
- B. Безболісна виразка, оточена гіперкератозом.
- C. Зниження усіх видів чутливості.
- D. Зниження колінного та ахіллового рефлексів.
- E. Збережена або незначно знижена пульсація артерій.

Визначіть антигіпертензивні засоби, що найбільш доцільні для лікування діабетичної нефропатії, стадії мікропротеїнурії.

- A. ІнгібіториАПФ.
- B. Петлевідіуретики.
- C. Антагоністикальцію.

- D. Бета-блокатори.
- E. Тіазиднідіуретики.

Хвора страждає на цукровий діабет 2 типу впродовж 20 років. Останні 6 місяців турбують часті гіпоглікемії і потреба в інсуліні зменшилася на 16 ОД на добу. В загальному аналізі сечі білок – 1,2 г/л, поодинокі лейкоцити та змінені еритроцити. Вказані, дані ознаки можуть бути проявом:

- A. Гломерулосклерозу.
- B. Супутнього пієлонефриту.
- C. Гломерулонефриту .
- D. Амілоїдозу .
- E. Мікроангіопатії.

Пацієнт 53-х років хворіє на цукровий діабет близько 5-и років. Останнім часом з'явилися скарги на біль та судоми в нижніх кінцівках, відчуття оніміння в них, мерзлякуватість. При обстеженні нижніх кінцівок: ступні звичайного кольору, теплі на дотик, всі види чутливості значно знижені, гіперкератози, пульсація на артеріях кінцівок збережена. Яке ускладнення цукрового діабету розвинулось у пацієнта?

- A. Синдром діабетичної стопи, нейропатична форма
- B. Синдром діабетичної стопи, ішемічна форма
- C. Облітеруючий ендартеріт
- D. Синдром діабетичної стопи, змішана форма
- E. Хронічна венозна недостатність

Які зміни характерні для початкової стадії діабетичної нефропатії (I стадія)

- A. Збільшується гломерулярна фільтрація.
- B. Гломерулярний кровоплин зменшується.
- C. Розмір нирок зменшується.
- D. Мікроальбумінурія.
- E. Підвищення рівня АТ.

У хворого В., який 15 років хворіє на цукровий діабет 1 типу, впродовж останнього року встановилась стабільна гіпертонія, з'явилися набряки нижніх кінцівок, пастозність обличчя. У загальному аналізі сечі білок становить 0,99 ‰, глюкоза — 3%, лейкоцити 2—3 в полі зору. Креатинін, сечовина, залишковий азот крові в межах норми. Глікемія натще 11,5 ммоль/л, показник глікованого гемоглобіну – 8,7 ‰. Вкажіть найбільш відповідний діагноз:

- A. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія макроальбумінурії. Симптоматична АГ.
- B. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, уремічна стадія. Симптоматична АГ.
- C. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія мікроальбумінурії. Симптоматична АГ.
- D. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані субкомпенсації. Діабетична нефропатія, доклінічна стадія. Симптоматична АГ.
- E. Цукровий діабет 1 тип, середньої важкості в стані субкомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія макроальбумінурії. Симптоматична АГ.

В патогенезі макроангіопатій за цукрового діабету 2 типу провідна роль належить:

- A. Важкому перебігу та значним ускладненням атеросклерозу.
- B. Підвищенню активності протеїнази С.
- C. Накопиченню кінцевих продуктів неферментативного глікування протеїнів.
- D. Активації поліолового шляху обміну глюкози.
- E. Активації оксидативного стресу.

Хвора 38 років, вагітність 10 тижнів, хворіє на цукровий діабет II типу і аліментарно-конституціональне ожиріння I ступеня. Компенсація досягнута метформіном по 0,5 г 2 рази на день. Об'єктивно: зріст 168 см, маса тіла 80 кг. Глюкоза крові натщесерце 6,7 ммоль/л, протягом доби не перевищує 9 ммоль/л. Глюкоза сечі 0.5 %, при діурезі 2л. Очне дно в нормі. Якою повинна бути тактика лікаря?

- A. Перевести хвору на інсулін.
- B. Призначити додатково акарбозу.
- C. Відмінити метморфін, дотримуватися дієти.
- D. Перевести хвору на гліпізид.
- E. Комбінувати приймання метформіну з інсуліном.

Хворий Н., 56 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу 10 років, постійно приймає глібенкламід по 5 мг 3 рази в день, останнім часом схуд, протягом трьох років до ендокринолога не звертався. При огляді на правій нозі виявлено почорніння нігтя, стопа холодна, пульсація ослаблена. Цукор крові натще 15,0 ммоль/л, цукор в сечі – 2,0 %. Оберіть тактику лікування пацієнта:

- A. Перевести на інсулінотерапію, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного лікування стопи.
- B. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди.
- C. На фоні даної цукрознижуючої терапії призначити судиннорозширюючі засоби.
- D. Проконсультувати у хірурга з метою термінового хірургічного лікування стопи.
- E. На фоні даної цукрознижуючої терапії провести ангіопластичне лікування нижньої кінцівки.

Хворий Н., 56 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу 10 років, постійно приймає глібенкламід по 5 мг 3 рази в день, останнім часом схуд, протягом трьох років до ендокринолога не звертався. При огляді на правій нозі виявлено почорніння нігтя, стопа холодна, пульсація ослаблена. Цукор крові натще 15,0 ммоль/л, цукор в сечі – 2,0 %. Оберіть тактику лікування пацієнта:

- A. Перевести на інсулінотерапію, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного лікування стопи.
- B. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди.
- C. На фоні даної цукрознижуючої терапії призначити судиннорозширюючі засоби.
- D. Проконсультувати у хірурга з метою термінового хірургічного лікування стопи.
- E. На фоні даної цукрознижуючої терапії провести ангіопластичне лікування нижньої кінцівки.

У хлопчика, віком 14-ти років, що хворіє на цукровий діабет 1 типу, об'єктивно – зріст 134 см, вага –64 кг, підшкірно-жирова клітковина в основному локалізована на животі та верхньому плечовому поясі. Обличчя округле, «місяцеподібне», наявна гепатомегалія, затримка статевого формування. Хворий часто має гіпоглікемічні стани. Яке ускладнення цукрового діабету розвилось у хворого?

- A. Синдром Моріака.
- B. Цироз печінки.
- C. Хронічний жировий гепатоз.
- D. Синдром Кушинга.
- E. Соматогенний нанізм

Для нейропатичної форми синдрому діабетичної стопи характерно:

- A. Локалізація виразкового дефекту в ділянці підошви, на пальцях в місцях стиснення.
- B. Біль у спокої, біль в ділянці виразки.
- C. Блідість шкіри стоп.
- D. Гіпотермія.
- E. Локалізація дефекту в акральних зонах стопи

Вкажіть не характерні ознаки ураження серцево-судинної системи за цукрового діабету.

- A. Міокардит.
- B. Ішемічна хвороба серця, макроангіопатія коронарних артерій.
- C. Автономна нейропатія серця
- D. Кардіоміопатія
- E. Симптоматична АГ.

Які з перелічених заходів найпоказаніші для лікування хворого в нефротичній стадії діабетичної нефропатії?

- A. Діуретики.
- B. Ангіопротектори.
- C. Перитонеальний діаліз.
- D. Леспенефрил.
- E. Антагоністи кальцію

Для хронічної периферичної дистальної діабетичної полінейропатії характерно:

- A. Зниження або втрата вібраційної, температурної, тактильної та больової чутливості, рефлексів.
- B. Деформація склепіння стопи.
- C. Наявність виразкового дефекту.
- D. Гострий біль в нижніх кінцівках, що зникає за адекватної інсулінотерапії.
- E. Переміжна кульгавість

Пацієнт 53-х років хворіє на цукровий діабет близько 5-и років. Останнім часом з'явилися скарги на біль та судоми в нижніх кінцівках, відчуття оніміння в них, мерзлякуватість. При обстеженні нижніх кінцівок: ступні звичайного кольору, теплі на дотик, всі види чутливості значно знижені, гіперкератози, пульсація на артеріях кінцівок збережена. Яке ускладнення цукрового діабету розвинулось у пацієнта?

- A. Синдром діабетичної стопи, нейропатична форма
- B. Синдром діабетичної стопи, ішемічна форма
- C. Облітеруючий ендартеріт
- D. Синдром діабетичної стопи, змішана форм
- E. Хронічна венозна недостатність

Які зміни характерні для початкової стадії діабетичної нефропатії (I стадія)?

- A. Збільшується гломерулярна фільтрація.
- B. Гломерулярний кровоплин зменшується.
- C. Розмір нирок зменшується.
- D. Мікроальбумінурія.
- E. Підвищення рівня АТ.

За якого стану діабетичної нефропатії жорсткий контроль може привести до редукції проявів нефропатії?

- A. За мікроальбумінурії.
- B. При наявності стійкої гіпертензії.
- C. За стійкої альбумінурії.
- D. За зростання вмісту сечовини сироватки крові понад норму
- E. За зростання вмісту креатиніну сироватки крові понад норму.

У хворого В., який 15 років хворіє на цукровий діабет 1 типу, впродовж останнього року розвинулась стабільна АГ, з'явилися набряки нижніх кінцівок, пастозність обличчя. У загальному аналізі сечі білок становить 0,99 ‰, глюкоза — 3%, лейкоцити 2—3 в полі зору. Креатинін, сечовина, залишковий азот крові в межах норми. Глікемія натще 11,5 ммоль/л, глікований гемоглобін — 9,1 ‰. Вкажіть найбільш відповідний діагноз:

- A. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія макроальбумінурії. Симптоматична АГ.
- B. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, уремична стадія. Симптоматична АГ.
- C. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані декомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія мікроальбумінурії. Симптоматична АГ.
- D. Цукровий діабет 1 тип, важка форма в стані субкомпенсації. Діабетична нефропатія, доклінічна стадія. Симптоматична АГ.
- E. Цукровий діабет 1 тип, середньої важкості в стані субкомпенсації. Діабетична нефропатія, стадія макроальбумінурії. Симптоматична АГ.

Хворий 36 років, на цукровий діабет 1 типу хворіє 15 років. Отримує інсулінотерапію в сумарній дозі 38 ОД/доб. Перебіг захворювання стабільний. Останні 3 місяці спостерігається мікроальбумінурія до 180 мг/доб. Показник глікованого гемоглобіну — 7,2 ‰. Які з вказаних препаратів необхідно призначити хворому в комплексному лікуванні?

- A. Діуретики
- B. Бета-адреноблокатори
- C. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
- D. Антагоністи кальцію
- E. Альфа-адреноблокатори

Хворий 36 років скаржиться на головний біль, слабкість, втрату апетиту, пастозність обличчя та ніг. З 18 років хворіє цукровим діабетом 1 типу, отримує інсулінотерапію в сумарній дозі 42 ОД на добу. Стан важкий. Обличчя сіре, набрякле, набряки на ногах. АТ 210/110 мм рт. ст., пульс 110/хв., ритмічний. Серце, легені — без особливостей. Печінка біля краю реберної дуги. Глікований гемоглобін — 10,2%. Ан. сечі: пит. вага 1022, цукор 3%, білок — 1,32 г/л, лейк. — 3-5 в п/з. Сечі мало. Яка патологія виникла у хворого?

- A. Діабетична нефропатія
- B. Рак нирок
- C. Хронічний пієлонефрит
- D. Нефротичний синдром
- E. Гломерулонефрит

У хворого, що впродовж 6 років страждає на цукровий діабет 2 типу, в останні місяці виникли пекучі болі в ступнях ніг. Об'єктивно: відмічається атрофія м'язів гомілок, шкіра суха, бліда, нігті на ногах ламкі. Рефлекси на ногах відсутні, чутливість знижена за типом —шкарпеток. Про яке захворювання слід думати?

- A. Діабетична поліневропатія
- B. Невропатія сідничного нерва
- C. Невропатія малогомілкового нерва
- D. Ендартеріт нижніх кінцівок
- E. Попереково-крижовий радикуліт

Хворий 64 років, хворіє цукровим діабетом 2 типу впродовж 4 років. Скаржиться на озноб, підвищення температури тіла до 38 С, часте сечовипускання, болі в поперековій ділянці. Цукор крові —11,2 ммоль/л. В аналізі сечі: питома вага —1019, білок —0,1 г/л, позитивна реакція на ацетон (++) , Л —30-40 в п/з, Ер —30-40 в п/з. Яке найбільш імовірне ускладнення цукрового діабету?

- A. Гострий пієлонефрит
- B. Діабетичний гломерулосклероз.
- C. Гострий гломерулонефрит
- D. Інфаркт нирки.
- E. Хронічна ниркова недостатність.

Хлопець 15 років хворіє на цукровий діабет четвертий рік. Об'єктивно: язик сухий. Заїди у кутах рота. Діабетичний рум'янець. Печінка +4 см, м'яка, неболюча. Глікемія натще —12,3 ммоль/л, показник глікованого гемоглобіну — 10,3 %. Для компенсації стану хворого потрібно?

- A. Досягти стабільної нормоглікемії.
- B. Призначити гепатопротектори.
- C. Призначити ангіопротекторні засоби.
- D. Призначити вітаміни А, Е, С.
- E. Призначити гіполіпідемічні засоби.

Хворий Н., 56 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу 10 років, постійно приймає глібенкламід по 5 мг 3 рази в день, впродовж останніх трьох років до ендокринолога не звертався, останнім часом схуд. При огляді на правій нозі виявлено почорніння нігтя, стопа холодна, пульсація ослаблена. Цукор крові натще 15,0 ммоль/л, цукор в сечі — 2,0 %. Оберіть тактику лікування:

- A. Перевести на інсулінотерапію, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного лікування стопи.
- B. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди.
- C. На фоні даної цукрознижуючої терапії призначити судиннорозширюючі засоби.
- D. Проконсультувати у хірурга з метою термінового хірургічного лікування стопи.
- E. Перевести на комбінацію з похідними сульфонілсечовини

64-літня жінка, хвора на 2 тип ЦД. Лікується метформіном в дозі 3000 мг на добу. Глікемія натщесерце 7,8 ммоль/л, через дві години після їжі — 10,5 ммоль/л. Консультована окулістом. Заключення — «Діабетична проліферативна ретинопатія сітківки». Яка подальша тактика лікування хворої?

- A. негайно перевести на інсулінотерапію.
- B. Не змінювати терапію.
- C. Перевести на комбінацію з похідними сульфонілсечовини.
- D. Збільшити добову дозу метформіну до 4000 мг на добу.
- E. Перевести на комбінацію з тiazолідиндіонами.

Хворий 32 років із вперше діагностованим цукровим діабетом 1 типу скаржить на різкий біль в обох ногах, гіперчутливість їх, особливо в ділянці стегон, дотик одягу викликає нестерпний біль. Біль з'явився одночасно з симптоматикою діабету та значною втратою ваги. Встановіть попередній діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 тип, гостра сенсорна нейропатія.
- B. Цукровий діабет 1 тип, хронічна сенсорно-моторна нейропатія.
- C. Цукровий діабет 1 тип, компресійна мононейропатія нижніх кінцівок.
- D. Цукровий діабет 1 тип, проксимальна моторна нейропатія.
- E. Цукровий діабет 1 тип, астеноневротичний синдром.

Жінка 69 років хворіє на цукровий діабет 20 років. Застосовує гліметірид в дозі 4 мг на добу. Не дотримується дієтичного режиму. За ретельного обстеження діагностовано діабетичну нефропатію, стадію макропротеїнурії; діабетичну проліферативну ретинопатію. Проведіть корекцію терапії.

- A. Дієтичний режим, інсулінотерапія.
- B. Дієтичний режим, збільшити добову дозу гліметіриду до 6мг.
- C. Дієтичний режим, поєднати з метформіном 1000 мг 2 рази на добу.
- D. Дієтичний режим, поєднати з дапагліфлозином 10 мг 1 раз на добу.
- E. Дотримання строгого дієтичного режиму, дозу переохальних цукрознижуючих не змінювати.

Хвора на цукровий діабет 1 типу, 40 років, звернулась на консультацію в зв'язку з сильною тахікардією, яка не корегувалась бета-блокаторами та антагоністами кальцію. У хворої також спостерігалась нестабільність артеріального тиску (зранку 90/60 мм рт. ст., ввечері—180-200/100—110 мм рт. ст.), ортостатичне падіння АТ. Встановіть вірний діагноз.

- A. Діабетична вегетативна нейропатія серця.
- B. Міокардит.
- C. Дифузно-токсичний зоб
- D. Симптоматична АГ.
- E. Діабетична макроангіопатія вінцевих судин.

Хворому на цукровий діабет з нефропатією, нефротична стадія та гіпертонією призначено як сечогінний та гіпотензивний препарат верошпірон. Через 3 дні прийому зросла слабкість, особливо у м'язах ніг, брадикардія, постійне відчуття нехватки повітря. Чим може бути зумовлене погіршення стану пацієнта?

- A. Гіперкаліємією.
- B. Гіпонатріємією.
- C. Гіпокаліємією.
- D. Алергією до препарату.

Е. Метаболічним впливом діуретику на обмін глюкози.

Хворий 63 років, страждає на цукровий діабет, тип 2. Отримує глібенкламід у дозі 15 мг на добу та метформін - 1000 мг на добу. Після фізичного навантаження відчув слабкість, запаморочення, задишку, незначний біль в ділянці серця. А/Т 70/30 мм рт.ст. Пульс – 110 уд./хв. За даними ЕКГ: куполоподібний підйом сегменту ST, депресія сегменту ST в реципрокній зоні, поява зубця QS. Хворого госпіталізовано до інфарктного відділення. Яка цукрознижуюча терапія необхідна хворому?

- A. Перевести на інсулінотерапію
- B. Залишити попередню терапію
- C. Відмінити метформін
- D. Відмінити глібенкламід
- E. Відмінити метформін та глібенкламід, призначити гліклазид

Жінці 57 років, з ожирінням 3 ст. два місяці тому назад встановлено діагноз цукрового діабету. Ендокринологом хворій було рекомендовано субкалорійну дієту та дозовані фізичні навантаження. Рівень глікемії натще 9,2 ммоль/л. Який цукрознижуючий препарат можна рекомендувати хворій?

- A. Метформін
- B. Глібенкламід
- C. Інгібітори альфа-глюкозидаз
- D. Інгібітори НЗКТГ 2
- E. Агоністи ГПП 1

Хворий А, для лікування цукрового діабету отримує інсулін Фармасулін Н 30/70 28 ОД перед сніданком та 24 ОД перед вечерею. Глікемічний профіль 6,2 – 12,5 – 10,1 – 8,4 – 8,0 – 5,4 ммоль/л. Проведіть корекцію цукрознижуючої терапії.

- A. Збільшити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 32 ОД.
- B. Перевести режим інсулінотерапії базис-болус
- C. Рекомендовати строгіше дотримуватися дієтотерапії
- D. Комбінувати інсулінотерапію з похідними сульфонілсечовини.
- E. Змінити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 24 ОД, перед вечерею на 28

Хворий 30 років, впродовж 10 років хворіє цукровим діабетом, приймає інсулінотерапію в загальній у дозі 66 ОД на добу. В анамнезі часті гіпоглікемічні коми, зниження зору, біль у нижніх кінцівках. На очному дні визначаються м'які ексудати, венозні петлі, неовасуляризація диску зорового нерва, розповсюджені пре- та вітроретинальні крововиливи, фіброзні шварти. На реовазограмі — зниження амплітуди пульсу. Глікемія натще— 13,2 ммоль/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична проліферативна ретинопатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок.
- B. Цукровий діабет 1 типу, середньої важкості, у стані компенсації. Діабетична препроліферативна ретинопатія. Ангіопатія судин нижніх кінцівок.
- C. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації. Діабетична непроліферативна ретинопатія. Генералізована діабетична ангіопатія.
- D. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична полінейропатія нижніх кінцівок.
- E. Жоден з вищеперерахованих.

Хворий А, для лікування цукрового діабету отримує інсулін Фармасулін Н 30/70 28 ОД перед сніданком та 24 ОД перед вечерею. Глікемічний профіль 6,2 – 12,5 – 10,1 – 8,4 – 8,0 – 5,4 ммоль/л. Проведіть корекцію цукрознижуючої терапії.

- A. Збільшити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 32 ОД.
- B. Перевести режим інсулінотерапії базис-болус
- C. Рекомендовати строгіше дотримуватися дієтотерапії
- D. Комбінувати інсулінотерапію з похідними сульфонілсечовини.
- E. Змінити дозу Фармасуліну Н 30/70 перед сніданком на 24 ОД, перед вечерею на 28

Хворий 30 років, впродовж 10 років хворіє цукровим діабетом, приймає інсулінотерапію в загальній у дозі 66 ОД на добу. В анамнезі часті гіпоглікемічні коми, зниження зору, біль у нижніх кінцівках. На очному дні визначаються м'які ексудати, венозні петлі, неовасуляризація диску зорового нерва, розповсюджені пре- та вітродетинальні крововиливи, фіброзні швартти. На реовазограмі — зниження амплітуди пульсу. Глікемія натще— 13,2 ммоль/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації. Діабетична непроліферативна ретинопатія. Генералізована діабетична ангіопатія.
- B. Цукровий діабет 1 типу, середньої важкості, у стані компенсації. Діабетичнапрепроліферативна ретинопатія. Ангіопатія судин нижніх кінцівок.
- C. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична проліферативна ретинопатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок
- D. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична полінейропатія нижніх кінцівок.
- E. Жоден з вищеперерахованих.

Хворий Б віком 46 років. Впродовж останніх трьох років для лікування цукрового діабету отримує 90 ОД інсуліну на добу. До цього лікувався цукрознижуючими з групи похідних сульфонілсечовини. У зв'язку з надмірним апетитом за останні 6 місяці прибавив у вазі 6 кг. Прогресують судинні ускладнення. Цукор крові натще 13 ммоль/л, рівень глікованого гемоглобіну 9,2 %. Часті нічні гіпоглікемії. Вкажіть найбільш відповідний діагноз:

- A. Цукровий діабет 2 типу, вторинноінсулінозалежний, тяжка форма, у стані декомпенсації. Синдром Сомоджі.
- B. Цукровий діабет 2 типу, вторинноінсулінозалежний, середньої важкості, у стані декомпенсації.
- C. Цукровий діабет 2 типу, тяжка форма, у стадії субкомпенсації.
- D. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації.
- E. Жоден з вищеперерахованих.

Хвора 56 років, ІМТ 29 кг/м², звернулася до гінеколога із скаргами на свербіж в ділянці внутрішньої поверхні стегон та зовнішніх статевих органів. В анамнезі – трансмуральний ІМ (ФВ 50%). Профілактично проведений аналіз крові на цукор та глікований гемоглобін: глікемія 9, 2 ммоль/л, глікований гемоглобін 8,5%, ацетон в сечі відсутній. Ваша лікувальна тактика ?

- A. Бігуаніди.
- B. Дієтотерапія.
- C. Похідні сульфонілсечовини II генерації (гліклазид МР).
- D. Введення інсуліну короткої дії.
- E. Препарти НЗКТГ-2 (емфагліфлозин)

Хворий на цукровий діабет 1 типу, хворіє впродовж 7 років, отримує комбінацію інсулінів (Протафан та Актрапід, в режимі базиз-болюс) в дозі 98 ОД на добу. Скаржиться на епізоди гіпоглікемії, особливо у нічний час. За останні 6 місяців маса тіла хворого збільшилася на 10 кг (на даний час маса тіла 85 кг). Цукор крові натще серце 11 ммоль/л, глікований гемоглобін – 8,2 %. Діагностована генералізована мікроангіопатія. При збільшенні дози інсуліну показники вмісту цукру в крові суттєво не змінюються. Встановіть вірний діагноз.

- A. ЦД 1 типу тяжка форма, у стані декомпенсації, феномен Сомоджі
- B. ЦД 1 типу, тяжка форма, у стані компенсації, алергія на інсулін.
- C. ЦД 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації, інсулінорезистентність.
- D. ЦД 1 типу середньої важкості, феномен ранкової зорі.
- E. ЦД 1 типу середньої важкості, у стані декомпенсації.

Для ішемічної форми синдрому діабетичної стопи характерно:

- A. Локалізація виразки на акральних зонах стопи, виразка болюча.
- B. Безболісна виразка, оточена гіперкератозом.
- C. Зниження усіх видів чутливості.
- D. Зниження колінного та ахіллового рефлексів.
- E. Збережена або незначно знижена пульсація артерій.

Пацієнтка перебуває в реанімаційному відділенні з діагнозом: «Цукровий діабет 1 тип, важка форма, лабільний перебіг, стадія декомпенсації. Діабетична (кетоацидотична) кома». Шкірні покриви сухі, тургор знижений, тонус очних яблук знижений, АТ – 90/60 мм рт ст, пульс – 130 уд/хв. Глікемія 25 ммоль/л, рН – 7,1. Вміст кетонових тіл (++++). Яка Ваша початкова тактика?

- A. Введення 10-20 од інсуліну короткої дії в/в струменево, а потім краплинно з розрахунку 0,1 Од/кг/год до ліквідації кетоацидозу.
- B. Введення 500 мл 5% р-ну глюкози.
- C. Введення 4% гідрокарбонату натрію 2,5 мл/кг.
- D. Введення 10-20 од інсуліну середньої тривалості дії в/в струменево, а потім краплинно з розрахунку 0,05 Од/кг/год до ліквідації кетоацидозу.
- E. Введення 500 мл 0,9% натрію хлориду в/в краплинно.

Пацієнтка транспортована каретою швидкої допомоги до реанімаційного відділення без свідомості. Знайдена картка хворого на цукровий діабет. Дихання шумне, типу Курсмауля, запах ацетону з роту, шкіра суха, тургор знижений, риси лиця загострені, періостальні рефлексів відсутні, тонус очних яблук знижений. В крові вміст молочної кислоти 1,2 ммоль/л (норма 0,62-1,3 ммоль/л), глікемія 29 ммоль/л. Розвиток якого невідкладного стану можна запідозрити?

- A. Кетоацидотична кома.
- B. Лактацидемічна кома.
- C. Гіперосмолярна кома.
- D. Гіпоглікемічна кома.
- E. Лактацидемічна кома.

Вкажіть особливості дієтичного режиму пацієнта з діабетичним кетозом.

- A. Виключити жири, короткочасно дозволити легкозасвоювані вуглеводи
- B. Виключити жири та легкозасвоювані вуглеводи
- C. Виключити насичені жири та білки
- D. Виключити білки та дозволити повільно засвоювані вуглеводи
- E. Не має особливих застережень щодо дієтичного режиму

Дівчинка 14 років поступила в хірургічне відділення зі скаргами на різкий біль в животі, нудоту, блюдання. Хворіє 2 тижні після перенесеного ГРВІ, відколи почали наростати спрага, сухість в роті, поліурія. Об'єктивно: свідомість потьмарена, тонус очних яблук знижений, дихання глибоке шумне, АТ – 100/55 мм рт ст, пульс – 136 уд/хв. Напруження черевних м'язів. Глікемія 21 ммоль/л, ацетонурія, осмолярність плазми 200 мосм/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома, абдомінальний варіант.
- B. Кетоацидотична кома, колаптоїдний варіант.
- C. Кетоацидотична кома, енцефалопатичний варіант.
- D. Гіперосмолярна кома.
- E. Гострий розлитий перитоніт.

Пацієнт транспортований каретою швидкої допомоги до реанімаційного відділення без свідомості. Дихання шумне, типу Куссмауля, запах ацетону з роту, шкіра суха, тургор знижений, риси лиця загострені, періостальні рефлексії відсутні, тонус очних яблук знижений. Глікемія 22.3 ммоль/л, ацетонурія (++++). До основних напрямків терапії не відносяться:

- A. Введення 0.1 % 1 мл адреналіну.
- B. Регідратація.
- C. Ліквідація дефіциту інсуліну.
- D. Відновлення нормального поза- та внутрішньоклітинного складу електrolітів.
- E. Відновлення кислотно-лужної рівноваги.

Пацієнт, 29 р., поступив до кардіологічного відділення. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, тургор знижений, кінцівки холодні, ціанотичні, дихання Куссмауля. Пульс 122 уд/хв., аритмічний, слабого наповнення та напруження, АТ 60/35 мм рт ст. На ЕКГ явища миготливої аритмії. Глікемія 23 ммоль/л, рН – 7,1. Ацетон в сечі (++++). Встановіть вірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома, колаптоїдний варіант.
- B. Кетоацидотична кома, нирковий варіант.
- C. Уремична кома.
- D. Інфаркт міокарда.
- E. Гіперосмолярна кома.

Пацієнт, що хворіє на цукровий діабет 1 типу отримує інсулінотерапію: Актрапід 12 ОД + Протафан 16 ОД перед сніданком, Актрапід 6 ОД перед обідом, Актрапід 8 ОД та Протафан 12 ОД перед вечерею. Строго дотримується дієтотерапії та розрахунку ХО, в залежності від кількості спожитих ХО корегує дозу Актрапід. При проведенні глікемічного профілю отримано наступні результати: (08.00-11.30-13.00-16.30-21.00-03.00) 12.9-10,9-6,1-8,4-6,3-8,2-3,1 ммоль/л. Проведіть корекцію інсулінотерапії.

- A. Зменшити дозу Протафану ввечері, дозу Актрапід залишити без змін.
- B. Корекція терапії при використанні даної схеми неможлива, необхідно змінити препарати
- C. Збільшити дозу Актрапід перед вечерею, дозу Протафану залишити без змін.
- D. Збільшити дозу Актрапід та Протафану зранку.
- E. Збільшити дозу Актрапід зранку, дозу Протафану залишити без змін.

Жінка, 24 роки, хворіє на цукровий діабет протягом 12 років, добова доза інсуліну становить 74 ОД. В анамнезі часті кетоацидотичні та гіпоглікемічні стани. При офтальмоскопії: на очному дні численні геморагії, неовасуляризація диску зорового нерва, фіброзні шварти. При неврологічному обстеженні: відсутні колінні та ахіллові рефлексії, чутливість на стопах. Глікемія 11.6-18.6 ммоль/л, HbA1c 12.1 %. Встановіть вірний діагноз?

- A. Цукровий діабет 1 тип, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична проліферативна ретинопатія. Діабетична дистальна полінейропатія III ст.
- B. Цукровий діабет 1 типу, середньої важкості, у стані компенсації. Діабетична препроліферативна

ретинопатія. Ангіопатія судин нижніх кінцівок.

- С. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації. Діабетична непроліферативна ретинопатія. Генералізована діабетична ангіопатія.
- Д. Цукровий діабет 1 типу, тяжка форма, у стані декомпенсації. Діабетична полінейропатія нижніх кінцівок.
- Е. Жоден з вищеперерахованих.

На амбулаторний прийом до ендокринолога звернувся пацієнт, який хворіє на цукровий діабет протягом останніх 13 років. Пацієнт не дотримується сталого режиму інсулінотерапії, оскільки вважає доцільним проведення самостійної корекції, керуючись суб'єктивними відчуттями (спрага, голод.) Чи вірна подібна методика самоконтролю?

- А. Пацієнт може самостійно проводити корекцію дози короткого (ультракороткого) інсуліну, проте за умови постійного розрахунку ХО та моніторингу глікемії.
- В. Так, вірна.
- С. Загалом вірна, проте для кращої оцінки необхідно щоквартально проводити визначення HbA_{1c}.
- Д. Об'єктивний метод самоконтролю — визначення вмісту фруктозаміну.
- Е. Проведення самостійної титрації інсуліну категорично не рекомендоване, а може здійснюватись лише в умовах стаціонару.

Пацієнту із цукровим діабетом 1 типу заплановано оперативне втручання. Пацієнт дотримується традиційного режиму інсулінотерапії (Фармасулін Н 30/70). Чи потрібна корекція інсулінотерапії на час оперативного лікування?

- А. Так, пацієнту необхідно призначити інсулін короткої дії в 4-х ін'єкціях.
- В. Так, пацієнта необхідно перевести на базис-болусний режим інсулінотерапії.
- С. Так, пацієнта необхідно перевести на дві ін'єкції інсуліну проміжної дії.
- Д. Ні, пацієнт повинен дотримуватись даного режиму.
- Е. На час операції перевести на пероральні цукрознижуючі препарати.

Пацієнтка, віком 59 років, хворіє на цукровий діабет протягом 11 років, добова доза інсуліну становить 62 ОД + метформін 2000 мг, режим традиційний. В анамнезі часті гіпоглікемічні та кетоацидотичні стани. HbA_{1c} 12,1 %. При офтальмоскопії: на очному дні численні геморагії, неовасуляризація диску зорового нерва, фіброзні шварти. Призначте необхідну терапію.

- А. Базис-болусний режим інсулінотерапії. Лазерна коагуляція сітківки.
- В. До терапії додати аналоги ГПП-1. Лазерна коагуляція сітківки.
- С. Перевести пацієнтку на інсулін проміжної дії. Лазерна коагуляція сітківки.
- Д. Базис-болусний режим інсулінотерапії. Факоемульсифікація.
- Е. Жоден з вищеперерахованих.

Пацієнтка, віком 22 р., доставлена до реанімаційного відділення. У неї виявлена картка хворого на цукровий діабет. Дихання шумне, типу Куссмауля, шкіра суха, тургор знижений, риси лица загострені, періостальні рефлексії відсутні, тонус очних яблук знижений. Рівень лактату в крові 1,2 ммоль/л, глікемія 29 ммоль/л. Яку кому можна запідозрити?

- А. Кетоацидотична.
- В. Мозкова
- С. Гіперосмолярна.
- Д. Гіпохлоремічна.
- Е. Лактацидемічна.

У пацієнта, що хворіє на цукровий діабет 1 типу при обстеженні: рівень HbA_{1c} 10.2 %, UACR 4.3 мг/ммоль. Визначіть основні напрямки корекції терапії.

- А. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), інгібітори АПФ.

- B. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), трансплантація нирки.
- C. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), перитонеальний діаліз.
- D. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим традиційний), інгібітори рецепторів ангіотензину-II.
- E. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), обмежити споживання білка та солі.

Які з перерахованих чинників можуть спричинити розвиток кетоацидозу та кетоацидотичної коми?

- A. Всі перераховані.
- B. Невиправдане зниження дози інсуліну.
- C. Довготривала терапія антагоністами інсуліну.
- D. Хірургічні втручання та травми.
- E. Інтеркурентні захворювання.

До терапевта звернувся пацієнт, 65 років. В анамнезі: перенесений інфаркт міокарда. Дані об'єктивного обстеження: ІМТ 32.6 кг/м². Тони серця ритмічні, приглушені, акцент II тону над аортою. АТ 160/90 мм рт ст. Печінка +2 см з під краю реберної дуги. На стопах знижені всі види чутливості. Дані інструментально-лабораторного обстеження: глікемія 8.2-13.4 ммоль/л, глюкозурія 1 %, ацетон сечі 0, HbA1c 11.6 %. ЕхоКГ: ФВ 51 %. Діагностовано вперше виявлений цукровий діабет 2 типу та призначено метформін 500 мг 2 рази на день. Чи погоджуєтесь Ви із запропонованим призначенням (аргументуйте відповідь)?

- A. Ні, враховуючи рівень HbA1c та супутню серцево-судинну патологію необхідно призначити комбіновану терапію (бігуаніди + інгібітор НЗКГГ-2).
- B. Так, оскільки метформін - це препарат першої лінії терапії цукрового діабету 2 типу.
- C. Ні, враховуючи рівень HbA1c та супутню серцево-судинну патологію необхідно призначити комбіновану терапію (бігуаніди + похідні сульфонілсечовини).
- D. Ні, у даному випадку достатньо модифікації способу життя.
- E. Ні, перенесений інфаркт міокарда - це показ до інсулінотерапії

До ендокринолога звернувся пацієнт з приводу корекції терапії узв'язку із запланованим оперативним втручанням (тиреоїдектомія). Відомо, що він хворіє на цукровий діабет 2 типу та застосовує метформін в добовій дозі 2000 мг та гліметірид 4 мг, рівень HbA1c 7.0 %. Чи потрібно проводити корекцію цукрознижуючої терапії у зв'язку з оперативним втручанням?

- A. Так, необхідно тимчасово перевести пацієнта на інсулінотерапію.
- B. Ні, пацієнт може продовжувати попередню терапію.
- C. Так, необхідно відмінити похідні сульфонілсечовини, проте продовжити терапію бігуанідами.
- D. Так, необхідно відмінити бігуаніди, проте продовжити терапію похідними сульфонілсечовини.
- E. Так, необхідно додати базальний інсулін.

Під час офтальмоскопічного обстеження пацієнта із цукровим діабетом 2 типу виявлено мікроаневризми та поодинокі крововиливи. Відомо, що цукровий діабет вперше діагностовано 8 років тому. Пацієнт дотримується рекомендацій, останній рівень HbA1c становить 6.5 %. БАК: без відхилень. Останнім часом періодично спостерігає підвищення АТ понад 140/90 мм рт ст. Які додаткові обстеження та корекцію терапії необхідно провести?

- A. Скерувати пацієнта на мікроальбумінурію/креатинін сечі, провести добовий моніторинг АТ, при потребі призначити іАПФ.
- B. Скерувати пацієнта на загальний аналіз сечі + Нечипоренко, при потребі призначити уросептики.

- C. Скерувати пацієнта на мікроальбумінурію, провести добовий моніторинг АТ, корекцію цукрознижуючої терапії.
- D. Скерувати пацієнта на мікроальбумінурію/креатинін сечі, провести добовий моніторинг АТ, при потребі обмежити кількість білка в раціоні.
- E. Скерувати пацієнта на загальний аналіз сечі, мікроальбумінурію, призначити β -адреноблокатори та ангіопротектори.

У пацієнта 40 років, що хворіє на цукровий діабет 1 типу важкої форми виникла декомпенсація захворювання, яка супроводжувалася розвитком кетоацидозу. Лікування порушень метаболізму проводилася шляхом д/в введення дрібних доз інсуліну короткої дії та ізотонічного розчину хлориду натрію. Через годину у хворої з'явився біль голови, пітливість, перебої в роботі серця. Цукор крові – 2,8 ммоль/л, вміст натрію - 140 ммоль/л. Що зумовило виникнення цього стану ?

- A. Гіпоглікемія.
- B. Гіпергідратація.
- C. Гіпокаліємія.
- D. Кетоацидотична інтоксикація.
- E. Гіпонатріємія.

Жінка, віком 27 років, знайдена без свідомості. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, язик сухий, запах ацетону у видихуваному повітрі, задишка, дихання глибоке, шумне. ЧСС 120 уд/хв, АТ 80/50 мм рт.ст. Напруження м'язів передньої черевної стінки. Дані лабораторних досліджень: лейкоцити - $17,0 \times 10^9$ /л, глюкоза 21 ммоль/л, креатинін 97 мкмоль/л, рН - 7,2. В сечі, отриманій шляхом катетеризації, реакція з нітропрусидом натрію +++ . Оберіть найбільш доцільний варіант терапії.

- A. Регідратація (0.9 % розчин NaCl) +інсулінотерапія (інсулін короткої дії в дозі 0.1 Од/кг/год) + корекція електролітного дисбалансу (КСі залежно від вихідного рівня K^+) в/в
- B. Регідратація (0.9 % розчин NaCl) +інсулінотерапія (інсулін короткої дії в дозі 1 Од/кг/год) + корекція електролітного дисбалансу (фуросемід залежно від вихідного рівня K^+) в/в
- C. Регідратація (2.0% розчин глюкози) +інсулінотерапія (інсулін середньої тривалості дії в дозі 0.1 Од/кг/год) + корекція електролітного дисбалансу (КСі залежно від вихідного рівня K^+) в/в
- D. Регідратація (0.9 % розчин NaCl) +інсулінотерапія (інсулін середньої тривалості дії в дозі 0.1 Од/кг/год) + корекція електролітного дисбалансу (КСі залежно від вихідного рівня K^+) в/в
- E. Бікарбонат + інсулінотерапія (інсулін короткої тривалості дії в дозі 0.1 Од/кг/год) + корекція електролітного дисбалансу (КСі залежно від вихідного рівня K^+) в/в

До клінічних форм діабетичного кетоацидозу належать:

- A. Всі перераховані
- B. Абдомінальна.
- C. Колаптоїдна.
- D. Нефротична.
- E. Енцефалопатична.

Дівчина, 18-ти років, хворіє на цукровий діабет 5 років. Добова доза інсуліну складає 36 ОД. Під час пневмонії стан різко погіршився: значно посилилась спрага, з'явився біль в животі, нудота, блювання, сонливість. Пацієнтка відмовилась від вечірнього прийому їжі, відповідно пропустила ін'єкцію інсуліну, а вранці втратила свідомість. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, тургор знижений. Язик сухий. Дихання шумне та глибоке, різкий запах ацетону з рота. t тіла – 36,6 С, пульс – 100 уд/хв, слабого наповнення та напруження, АТ – 90/50 мм рт ст. В сечі різко позитивна реакція на ацетон. Глюкоза крові - 33 ммоль/л. Який попередній діагноз?

- A. Кетоацидотична кома
- B. Кетоз
- C. Гіперосмолярна кома
- D. Печінкова кома

Е. Церебральна кома

До основних причин розвитку кетоацидотичної коми відносять всі перераховані, окрім:

- А. Введення неадекватної (великої) дози інсуліну
- В. Несправність засобів введення інсуліну
- С. Хірургічні втручання
- Д. Інтеркурентні захворювання
- Е. Систематичне введення інсуліну в одне і теж місце

Пацієнтка, віком 54 роки, доставлена без свідомості до лікарні машиною швидкої допомоги. При огляді: риси обличчя загострені, очні яблука м'які, шкіра та слизові оболонки сухі, субфебрильна температура тіла, тонус м'язів знижений. ЧСС 110 уд/хв, артеріальний тиск 70/40 мм рт ст. Періодично виникають судоми. У додаткових дослідженнях: цукор крові - 20,7 ммоль/л, натріємія – 148 ммоль/л, глюкозурія, кетонемія. Встановіть попередній діагноз.

- А. Гіперкетонемічна прекома
- В. Гіперосмолярна кома
- С. Гіперацидотична кома
- Д. Гіперлактацидемічна кома
- Е. Уремічна кома

Жінка, віком 27 років, знайдена без свідомості. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, язик сухий, запах ацетону у видихуваному повітрі, задишка, дихання глибоке, шумне. ЧСС 120 уд/хв, АТ 80/50 мм рт.ст. Напруження м'язів передньої черевної стінки, пальпаторно живіт безболісний. Дані лабораторних досліджень: лейкоцити - $17,0 \times 10^9$ /л, глюкоза 21 ммоль/л, креатинін 84 мкмоль/л, рН - 7,2. В сечі, отриманій шляхом катетеризації, реакція з нітропрусидом натрію +++ . Оберіть найбільш доцільний варіант терапії на догоспітальному етапі.

- А. Інсулін короткої дії в дозі 10-12 ОД в/в
- В. Інсулін короткої дії в дозі 100 ОД в/в струменево
- С. Інсулін проміжної тривалості дії в дозі 10-12 ОД в/в
- Д. 4% розчин бікарбонату натрію 400,0 мл
- Е. Глюкагон 1,0 мг п/ш або в/м

У жінки, віком 26 років на фоні бронхопневмонії поступово погіршувався стан з розвитком коми. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, тургор знижений. Дихання глибоке, шумне, рідке. Різкий запах ацетону. ЧСС 122 уд/хв, екстрасистолія, АТ- 90/50 мм рт ст. Печінка + 3 см. Глікемія 32 ммоль/л. РН крові - 6,8. Який медикаментозний засіб необхідно включити до лікування даної пацієнтки?

- А. 4,2% розчин натрію бікарбонату
- В. 5% розчин глюкози
- С. 40 % розчин глюкози
- Д. інсулін пролонгованої дії
- Е. 1 мл 0,1% розчину адреналіну

Жінка, 64 роки, хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 21 року, з них 6 років на базисно-болюсному режимі інсулінотерапії. Дотримується дієтичного режиму, розрахунку вуглеводного навантаження, НbA1c 6.0 %. При обстеженні діагностовано ХХН ІV, діабетичну ШКФ (СКD-ЕРІ) 19 мл/хв/1.73 м², мікроальбумін/креатинін 7.6 мг/ммоль. Яке з перерахованих тверджень є нехарактерним для даного стану?

- А. Зростання добової потреби інсуліну
- В. Макроальбумінурія
- С. Артеріальна гіпертензія.
- Д. Зниження добової потреби інсуліну.
- Е. набряковий синдром.

Чоловік, 58 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 6 років. Дотримується дієтичного режиму, фізично активний. Застосовує метформін 1000 мг 2 рази на добу. При об'єктивному огляді ІМТ 33.6 кг/м², інших патологічних відхилень не знайдено. Лабораторно: НbA1c 8.4 %, мікроальбумін/креатинін 3.4 мг/ммоль. Проведіть корекцію терапії

- A. Додати препарати з групи НЗКТГ-2 та іАПФ.
- B. Додати препарат з групи похідних сульфонілсечовини.
- C. Перевести пацієнта на інсулінотерапію.
- D. Додати препарати з групи похідних сульфонілсечовини та β-адреноблокатори.
- E. Корекції терапії не потребує.

Пацієнтка, 23 р., скаржить на біль в животі, м'язах, нудоту, блювання. З приводу цукрового діабету застосовує інсулінотерапію. Об'єктивно: різко виражені симптоми дегідратації, дихання Куссмауля, АТ 90/50 мм рт ст, температура 37,0 С, глікемія – 18,9 ммоль/л, ацетонурія (++++), рН крові 7,2. Визначте основні напрямки терапії?

- A. Регідратація, інсулінотерапія, корекція електролітного дисбалансу.
- B. Інсулінотерапія, регідратація, введення натрію бікарбонату.
- C. Регідратація, інсулінотерапія, профілактика тромбозів.
- D. Інсулінотерапія, регідратація, введення адреналіну.
- E. Регідратація, інсулінотерапія, корекція електролітного дисбалансу, введення натрію бікарбонату.

Пацієнта, 28 років доставлено в лікарню без свідомості. Відомо, що він хворіє на цукровий діабет 8 років, отримує інсулін Протофан НМ 20 ОД вранці і 14 ОД ввечері. Об'єктивно: шкіра суха. Рс –112/хв., ритмічний, слабкого наповнення. АТ –90/60 мм рт.ст. Язик сухий, малиновий. Запах ацетону з рота. ЧД –28/хв., дихання шумне. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання. Печінка пальпується на 4 см нижче реберної дуги. Цукор крові 19 ммоль/л, реакція сечі на ацетон різко позитивна. Яка орієнтовна початкова і наступні дози інсуліну?

- A. Інсулін короткої дії 0,1 ОД/кг маси тіла внутрішньовенно струминно, а потім по 0,1 ОД/кг маси тіла щогодини.
- B. Інсулін короткої дії 10 ОД внутрішньовенно і 10 ОД внутрішньом'язово кожні 4 години.
- C. Інсулін короткої дії по 10 ОД тричі на день підшкірно.
- D. Інсулін короткої дії 10 ОД підшкірно, а потім по 10 ОД кожні 6 годин внутрішньовенно.
- E. Збільшити дозу Протофану НМ вдвічі, продовжувати вводити 2 рази на день.

Пацієнт, віком 23 роки, хворіє на цукровий діабет протягом 6-и років. Отримує інсулін Мікстард– 16 ОД вранці та 10 ОД ввечері. П'ять днів тому захворів на гострий тонзиліт. Стан погіршився. Посилилась спрага, збільшився діурез (до 5 л на добу), щез апетит, з'явилась нудота. Об'єктивно: зріст 174 см, маса тіла 69 кг. Шкіра суха. Запах ацетону з рота. Рс –92/хв., ритмічний. АТ –115/70 мм рт.ст. Печінка пальпується на 2 см з-під реберної дуги. Цукор крові 19 ммоль/л, реакція сечі на ацетон позитивна. Які особливості дієти уданого хворого?

- A. Виключити вільні жири, дозволити легкозасвоювані вуглеводи.
- B. Обмежити жири і вуглеводи.
- C. Обмежити жири і білки, збільшити вуглеводи.
- D. Збільшити білки, обмежити жири.
- E. Збільшити білки, обмежити вуглеводи

Пацієнт 23 років. Захворів гостро, турбує спрага, поліурія, слабкість, за 2 тижні втратив 4 кг. Об'єктивно: загальний стан задовільний, запаху ацетону немає. Рівень глюкози в крові натщесерце 21 ммоль/л, в сечі 3 %, ацетон+. Ваша тактика?

- A. Інсулін короткої дії
- B. Інсулін пролонгованої дії
- C. Бігуаніди
- D. Препарати сульфонілсечовини

Е. Дієта

Пацієнтку, віком 28 років, доставлено в лікарню без свідомості. Відомо, що він хворіє на цукровий діабет 8 років, отримує інсулін Протафан НМ 20 ОД вранці і 14 ОД ввечері. Об'єктивно: шкіра суха. Рс –114/хв., ритмічний, слабого наповнення. АТ –90/60 мм рт.ст. Язик сухий, малиновий. Запах ацетону з рота. ЧД –28/хв., дихання шумне. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання. Печінка пальпується на 4 см нижче реберної дуги. Цукор крові 23 ммоль/л, реакція сечі на ацетон різко позитивна. Яка орієнтовна початкова і наступні дози інсуліну?

- А. Інсулін короткої дії 0,1 ОД/кг маси тіла внутрішньовенно струминно, а потім по 0,1 ОД/кг маси тіла щогодини.
- В. Інсулін проміжної дії 0,1 ОД/кг маси тіла внутрішньовенно струминно, а потім по 0,1 ОД/кг маси тіла щогодини.
- С. Інсулін короткої дії 10 ОД/кг маси тіла внутрішньовенно струминно, а потім по 1 ОД/кг маси тіла щогодини.
- Д. Інсулін короткої дії по 10 ОД тричі на день підшкірно.
- Е. Інсулін короткої та проміжної дії в базисно-болюсному режимі.

Пацієнтка 28 років, хворіє на цукровий діабет 7 років. Отримує інсулін в добовій дозі 34-36 ОД на добу, була компенсована. Після перенесеної два тижні тому пневмонії стан погіршився. Посилилась спрага, з'явилися болі в животі, нудота, блювання, сонливість. Увечері втратила свідомість. Об'єктивно: свідомість відсутня. Шкірні покриви сухі, тургор знижений. Дихання 28/хв., шумне. Запах ацетону з рота. Рс –96/хв., ритмічний. АТ –95/60 мм рт.ст. Печінка пальпується на 2 см з-під реберної дуги. Цукор крові 23 ммоль/л, калій плазми крові –2,8 ммоль/л, натрій –135 ммоль/л, реакція сечі на ацетон різко позитивна. Для корекції водно-електролітного балансу необхідно вводити?

- А. 10% розчин калію хлористого, 0,9% розчин натрію хлористого
- В. 10% розчин калію хлористого, 4% розчин бікарбонату натрію
- С. 10% розчин натрію хлористого, 10% розчин калію хлористого
- Д. 0,45% розчин натрію хлористого, 10% розчин натрію хлористого
- Е. 4% розчин бікарбонату натрію, 2% розчин глюкози

Вісімнадцятирічна жінка протягом 5 років хворіє на цукровий діабет. Отримує 36 ОД інсуліну на добу. Захворіла на ГРВІ, стан різко погіршився: значно посилилась спрага, з'явився біль в животі, нудота, блювання, сонливість. Хвора відмовилась ввечері від їжі, не отримала чергову вечірню дозу інсуліну, а вранці втратила свідомість. Об'єктивно: без свідомості, шкіра суха, тургор знижений. Язик сухий, дихання шумне та глибоке, різкий запах ацетону з рота. Температура тіла –37,4 С, пульс –100/хв, АТ –90/50мм.рт.ст. В сечі –різко позитивна реакція на ацетон. Глюкоза крові –33ммоль/л. Який попередній діагноз?

- А. Кетоацидотична кома.
- В. Лактацидемична кома.
- С. Гіперосмолярна кома.
- Д. Печінкова кома.
- Е. Мозкова кома

Дівчинка 12 років доставлена до лікарні в несвідомому стані. Протягом останнього місяця схудла, хоча апетит збережений. З'явилися болі в животі, блювання. Наросла слабкість, стала загальмованою. При огляді: без свідомості, різко виснажена, шкірні покриви блідо-сірі, сухі, щоки гіперемовані. Дихання глибоке, гучне. Запах ацетону з рота. Тони серця глухі, ритмічні. Пульс –90/хв, АТ –90/50мм.рт.ст. Печінка +3.0см. Розвиток якого захворювання можна припустити в першу чергу?

- А. Цукровий діабет. Діабетична кетоацидотична кома.
- В. Кишкова інфекція з нейротоксикозом.
- С. Печінкова кома.
- Д. Ацетонемічний стан.
- Е. Наднирникова недостатність

Пацієнт, 68 років, госпіталізований в реанімаційне відділення із скаргами на сильний біль м'язів, блювання, сонливість, яка переходить в ступор, біль в ділянці серця. Об'єктивно: тонус очних яблук знижений, АТ – 100/55 мм.рт.ст., пульс – 136 уд/хв, глікемія 14 ммоль/л, ацидоз рН крові – 7,0, рівень лактату 2,8 ммоль/л ? Встановіть вірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома.
- B. Мозкова кома.
- C. Уремична кома.
- D. Лактацидемична кома.
- E. Гіперосмолярна кома.

Пацієнт., 29 р., поступив в кардіологічне відділення. Об'єктивно: холодні ціанотичні кінцівки, дихання Куссмауля змінюється поверхневим, пульс ниткоподібний, АТ 60/35 мм рт ст. Яскраво виражені явища судинного колапсу – спалі вени, особливо на шиї. На ЕКГ явища миготливої аритмії. Глікемія 23 ммоль/л, рН – 7,1. Ацетон в сечі (++++). Встановіть вірний діагноз?

- A. Кардіоваскулярна форма кетоацидотичної коми.
- B. Ниркова форма кетоацидотичної коми.
- C. Уремична кома.
- D. Інфаркт міокарда.
- E. Лактацидемична кома.

Чоловік, 59 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 7 років. Дотримується дієтичного режиму, фізично активний. Застосовує пероральні цукрознижуючі препарати (комбінація бігуанідів, НЗКТГ-2 та похідних сульфанілсечовини). При об'єктивному огляді патологічних відхилень не виявлено.

Лабораторно: HbA1c 9.1 %, мікроальбумін/креатинін 3.7 мг/ммоль. Проведіть корекцію терапії.

- A. До лікування додати інсулін пролонгованої дії та іАПФ.
- B. Додати препарат з групи тiazолідиндіонів та іАПФ.
- C. Додати препарати з групи НЗКТГ-2 та іАПФ.
- D. До лікування додати інсулін пролонгованої дії та β-адреноблокатори.
- E. Корекції терапії не потребує.

Чоловік, 59 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 7 років. Дотримується дієтичного режиму, фізично активний. В анамнезі – трансмуральний інфаркт міокарда. Застосовує пероральні цукрознижуючі препарати (комбінація бігуанідів, НЗКТГ-2 та похідних сульфанілсечовини). При об'єктивному огляді патологічних відхилень не виявлено. Лабораторно: HbA1c 9.1 %, мікроальбумін/креатинін 3.7 мг/ммоль. Заплановано провести на інсулінотерапію, чи потрібна корекція пероральних цукрознижуючих препаратів?

- A. Доцільно відмінити препарат з групи похідних сульфонілсечовини; препарати з груп бігуанідів, НЗКТГ-2 продовжити.
- B. Доцільно відмінити всі групи пероральних цукрознижуючих препаратів.
- C. Доцільно відмінити бігуаніди, препарати з груп похідних сульфонілсечовини та НЗКТГ-2 продовжити.
- D. Доцільно відмінити препарат з групи НЗКТГ-2, препарати з груп похідних сульфонілсечовини та бігуанідів продовжити.
- E. Доцільно продовжити прийом всіх груп пероральних цукрознижуючих препаратів.

Жінка, 63 роки, хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 4 років. Дотримується дієтичного режиму. В анамнезі – трансмуральний інфаркт міокарда. Застосовує метформін в добовій дозі 2000 мг. HbA1c 9.3 %. Проведіть корекцію цукрознижуючої терапії.

- A. Доцільно додати препарат з групи НЗКТГ-2.

- В. Доцільно додати препарат з групи тiazолідиндіонів.
- С. Доцільно додати препарат з групи похідних сульфонілсечовини.
- Д. Доцільно відмінити бігуаніди, перевести на НЗКТГ-2.
- Е. Доцільно перевести пацієнта на інсулінотерапію

Пацієнтка, віком 24 роки, хворіє на цукровий діабет протягом 15 років, перебіг захворювання лабільний, HbA1c 9.1 %. Клінічно: артеріальна гіпертензія, виражений набряковий синдром, протеїнурія, добова доза інсуліну останнім часом значно зменшилась. При обстеженні діагностовано ХХН IV, діабетичну ШКФ (СКD-EPI) 19 мл/хв/1.73 м², мікроальбумін/креатинін 7.6 мг/ммоль. Встановіть попередній діагноз:

- А. Цукровий діабет 1 тип, важка форма, стадія декомпенсації. ХХН IV. Діабетична нефропатія IV-V ст.
- В. Цукровий діабет 1 тип, середньої важкості, стадія декомпенсації. ХХН IV. Діабетична нефропатія IV-V ст.
- С. Цукровий діабет 1 тип, важка форма, стадія субкомпенсації. ХХН V. Діабетична нефропатія IV-V ст.
- Д. Цукровий діабет 2 тип, важка форма, лабільний перебіг, стадія декомпенсації. ХХН IV. Діабетична нефропатія IV-V ст.
- Е. Цукровий діабет 1 тип, важка форма, стадія субкомпенсації. ХХН V. Діабетична нефропатія III-IV ст.

Пацієнт, 56 років, хворіє на цукровий діабет 2 типу 10 років, постійно приймає глібенкламід по 5 мг 3 рази в день, останнім часом втратив масу тіла (до 10 кг за останні 5 місяців), протягом трьох років до ендокринолога не звертався. При огляді на правій нозі виявлено почорніння нігтя, стопа холодна, пульсація ослаблена. Цукор крові натще 15,0 ммоль/л, цукор в сечі – 2,0 %, HbA1c 12.6%. Оберіть тактику лікування пацієнта:

- А. Перевести на інсулінотерапію, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного втручання
- В. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди, проконсультувати у хірурга з метою визначення необхідності хірургічного втручання
- С. Додати перепарати з групи НКЗТГ-2, призначити судиннорозширюючі засоби
- Д. Проконсультувати у хірурга з метою термінового хірургічного лікування стопи
- Е. Додати до цукрознижуючої терапії бігуаніди, провести ангіопластичне лікування нижньої кінцівки

Пацієнтка хворіє на цукровий діабет протягом 20 років. Останніх 2 роки з'явилися гіпоглікемії і потреба в інсуліні зменшилася на 16 ОД на добу. В загальному аналізі сечі білок – 1,2 г/л, поодинокі лейкоцити та змінені еритроцити. Вказані ознаки можуть бути проявом:

- А. Розвитку гломерулосклерозу.
- В. Супутнього пієлонефриту
- С. Супутнього гломерулонефриту
- Д. Розвитку амілоїдозу
- Е. Проявом незадовільної компенсації захворювання

У пацієнта, що хворіє на цукровий діабет 2 типу та застосовує інсулінотерапію в традиційному режимі, при обстеженні: рівень HbA1c 9.8 %, UACR 3.9 мг/ммоль. Визначіть основні напрямки корекції терапії.

- А. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), інгібітори АПФ.
- В. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), трансплантація нирки.

- C. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), перитонеальний діаліз.
- D. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим традиційний), інгібітори рецепторів ангіотензину-II.
- E. Модифікація способу життя, навчання самоконтролю, корекція інсулінотерапії (режим базисно-болусний), обмежити споживання білка та солі.

Пацієнт, що хворіє на цукровий діабет 1 типу отримує інсулінотерапію: Фармасулін Н 10 Од + Фармасулін ННР 16 Од перед сніданком, Фармасулін Н 6 Од перед обідом, Фармасулін Н 8 Од та Фармасулін ННР 12 Од перед вечерею. Строго дотримується дієтотерапії та розрахунку ХО, в залежності від кількості спожитих ХО корегує дозу Фармасуліну Н. При проведенні глікемічного профілю отримано наступні результати: (08.00-11.30-13.00-16.30-21.00-03.00) 14,9-10,9-6,3-8,0-8,2-2,9 ммоль/л. Проведіть корекцію інсулінотерапії.

- A. Зменшити дозу Фармасуліну ННР ввечері, дозу Фармасуліну Н залишити без змін.
- B. Корекція терапії при використанні даної схеми неможлива, необхідно змінити препарати
- C. Збільшити дозу Фармасуліну Н перед вечерею, дозу Фармасуліну ННР залишити без змін.
- D. Збільшити дозу Фармасуліну Н та Фармасуліну ННР зранку.
- E. Збільшити дозу Фармасуліну Н зранку, дозу Фармасуліну ННР залишити без змін.

Жінка 58 років скаржиться на апатію, млявість, зниження пам'яті, мерзлякуватість, сухість шкіри, закрепи, набряк обличчя. Об'єктивно: пульс – 56 уд./хв., АТ – 110/85, на ЕКГ – зниження вольтажу. Концентрації гормонів: вільний Т₄ – 0,76 нг/дл (N: 0,93 ÷ 1,7), ТТГ – 16,4 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0). Щитоподібна залоза дифузно збільшена до II ступеня, помірно щільна та неоднорідна, не болюча; на УЗД – дифузна гіпоехогенність, неоднорідність структури. Ваш діагноз?

- A. Автоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз.
- B. Підгострий тиреоїдит.
- C. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.
- D. Дифузний токсичний зоб.
- E. Ендемічний зоб, еутиреоїдний стан.

Хвора О., 42 роки, скаржиться на емоційну лабільність, тахікардію та гіпергідроз долонь під час хвилювання. Щитоподібна залоза збільшена до I ст., помірно ущільнена та неоднорідна. УЗД: ехогенність залози знижена, структура неоднорідна. ТТГ – 2,12 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0), вільний Т₄ – 1,62 нг/дл (N: 0,93 ÷ 1,7), антитіла до ТПО – 252 МО/мл (N: < 100). Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.
- B. Автоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз.
- C. Дифузний нетоксичний зоб.
- D. Змішаний нетоксичний зоб.
- E. Автоімунний тиреоїдит, гіпертиреоз.

Жителька Сколівського району Львівської області, 23 роки, скаржиться на невиношування вагітності (в анамнезі – 2 викидні). Щитоподібна залоза II ст., м'яка, однорідна. Клінічні ознаки тиреоїдної дисфункції відсутні. Рівень вільного Т₄ у плазмі крові 1,47 нг/дл (N: 0,93 ÷ 1,7), ТТГ – 5,8 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0), антитіла до ТПО – 15,2 МО/мл (N: < 100). Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ендемічний зоб, субклінічний гіпотиреоз
- B. Ендемічний зоб, маніфестний гіпотиреоз.
- C. Автоімунний тиреоїдит, тиреотоксикоз.
- D. Підгострий тиреоїдит.

Е. Інші (нетиреоїдні) захворювання.

У хворої 26 років (МТ 62 кг) з післяопераційним гіпотиреозом, яка отримувала L-тироксин по 150 мкг на добу, з'явилися тахікардія, пітливість, дратівливість, інсомнія. Запропонуйте корекцію лікувальної тактики.

- А. Зменшити дозу L-тироксину.
- В. Додати тіамазол.
- С. Призначити бета-адреноблокатори.
- Д. Збільшити дозу L-тироксину.
- Е. Призначити седативні препарати.

У хворої К., 46 років, через півроку після субтотальної резекції ЩЗз приводу дифузного токсичного зоба (ДТЗ) з'явилися загальна слабкість, апатія, сонливість, випадіння волосся, сухість шкіри, закрепи. Пульс 56 уд/хв., АТ 110/80 мм рт. ст. Описаний стан вірогідно свідчить про:

- А. Післяопераційний гіпотиреоз.
- В. Йододефіцитнопатологію.
- С. Підгострий тиреоїдит, гіпотиреоїдну стадію.
- Д. Астенічний синдром.
- Е. Рецидив ДТЗ.

Пацієнтка С., 25 років, скарг не має. Під час медогляду виявлено збільшення окружності шиї. Постійно проживає у Турківському районі Львівської області. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до II ст. за рахунок усіх відділів, однорідної консистенції, еластична, не болюча. Додатково встановлено: ТТГ – 2,6 мМО /л (N: 0,3 ÷ 4,0), антитіла до ТПО – 25,6 МО/мл (N: < 100). Сформулюйте діагноз.

- А. Ендемічний дифузний зоб, еутиреоїдний стан.
- В. Дифузний токсичний зоб.
- С. Підгострий тиреоїдит, еутиреоїдна стадія.
- Д. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.
- Е. Ендемічний дифузний зоб, гіпотиреоз.

Хвора К., 52 роки, скаржиться на збільшення маси тіла, загальну слабкість, дискомфорт у ділянці шиї. Об'єктивно: сухість шкіри, помірний «твердий» набряк обличчя та кінцівок. Пульс 56 уд./хв. Щитоподібна залоза збільшена до II ст., ущільнена й неоднорідна, не болюча. Лабораторно: антитіла проти тиреоїдної пероксидази – 400 МО/мл (N: < 100), вільний Т₄ – 0,56 нг/дл (N: 0,93 ÷ 1,7), ТТГ – 22,4 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0). Сформулюйте діагноз.

- А. Автоімунний тиреоїдит, маніфестний гіпотиреоз.
- В. Ендемічний зоб, гіпотиреоз.
- С. Підгострий тиреоїдит.
- Д. Автоімунний тиреоїдит, латентний гіпотиреоз.
- Е. Фіброзний тиреоїдит, гіпотиреоз.

Пацієнтка С., 20 років, скарг не має. Під час медогляду виявлено збільшення окружності шиї. Постійно проживає у Сколівському районі Львівської області. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до I ст. за рахунок усіх відділів, однорідної консистенції, еластична, не болюча. Додатково встановлено: ТТГ – 1,36 мМО /л (N: 0,3 ÷ 4,0), антитіла до ТПО – 25,6 МО/мл (N: < 100). Виберіть оптимальний метод лікування:

- A. Йодид калію.
- B. Левотироксин.
- C. Тіамазол.
- D. Комбінація L-тироксину і йодиду калію.
- E. Резекція щитоподібної залози.

Пацієнтка В., 28 років, упродовж 3 місяців відзначає припухлість передньої поверхні шиї. Щитоподібна залоза збільшена до II ст., помірно ущільнена, не болюча. Клінічні ознаки порушення функції ЩЗ відсутні. Лабораторно: високий вміст антитіл до тиреоглобуліну та тиреоїдної пероксидази, ТТГ у межах норми. УЗД: ехогеність залози дифузно знижена, структура неоднорідна, кровоплин хаотично підсилений. Найбільш вірогідно, що у пацієнтки:

- A. Автоімунний тиреоїдит (Хашімото).
- B. Ендемічний зоб.
- C. Підгострий тиреоїдит (де Кервена).
- D. Фіброзний тиреоїдит (Ріделя).
- E. Рак щитоподібної залози.

Пацієнтка С., 25 років, скарг не має. Під час медогляду виявлено збільшення окружності шиї. Постійно проживає у Турківському районі Львівської області. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до III ст. за рахунок усіх відділів, однорідної консистенції, еластична, не болюча. Додатково встановлено: ТТГ – 4,66 мМО /л (N: 0,3 ÷ 4,0), антитіла до ТПО – 7,2 МО/мл (N: < 100). Виберіть оптимальний метод лікування:

- A. Комбінація L-тироксину і йодиду калію.
- B. Левотироксин.
- C. Преднізолон.
- D. Йодид калію.
- E. Резекція щитоподібної залози.

Хворий К., 47 років, 3 місяці тому помітив округлий утвір на шиї справа. Працював у зоні ЧАЕС у період 1986-1988 рр. Об'єктивно: в правій частці щитоподібної залози пальпується вузлове утворення діаметром близько 3 см, щільної консистенції, з горбистою поверхнею, не болюче, рухоме. УЗД: утвір 3,2 x 2,5 см неоднорідної структури зі зниженою ехогенністю, нечітким контуром та підсиленням кровоплином. Який діагноз є найімовірнішим?

- A. Рак щитоподібної залози.
- B. Нетоксичний вузловий зоб.
- C. Підгострий тиреоїдит.
- D. Ендемічний вузловий зоб.
- E. Автоімунний тиреоїдит.

Хворий К., 27 років, звернувся з приводу появи 2 місяці тому круглого утвору на передній поверхні шиї. Об'єктивно: в проекції перешийка щитоподібної залози пальпується вузлове утворення округлої форми діаметром 2,5 см, щільної консистенції, обмежено рухоме, не болюче. Клінічні ознаки тиреоїдної дисфункції відсутні. Запропонуйте оптимальну тактику.

- A. Хірургічне лікування.
- B. Активне спостереження.
- C. Йодид калію.

- D. Радіоїодтерапія.
- E. Супресивна терапія L-тироксином.

При обстеженні жінки 45 років виявлено вузловий зоб ІВ ст. Рівні ТТГ, вТ₃ і вТ₄ у крові нормальні. УЗД: нижній полюс лівої частки займає утвір 1,7x1,5 см із зниженою ехогенністю та нечітким контуром, містить два невеликі кальцинати. Який метод обстеження показаний для уточнення діагнозу?

- A. Тонкогोलкова аспіраційна біопсія.
- B. Визначення вмісту антитіл до ТПО.
- C. Сцинтиграфія.
- D. Визначення вмісту тиреоглобуліну.
- E. Жоден з наведених.

До ендокринолога звернувся чоловік 55 років, що протягом останніх 10 років спостерігається з приводу вузлового зоба ІІ ст. Об'єктивно: у правій частці щитоподібної залозипальпується нечітко відмежоване щільнеутворення діаметром 3 см. На боковій поверхні шиї справа пальпується декілька щільних безболісних лімфовузлів. Який вірогідний діагноз?

- A. Рак щитоподібної залози.
- B. Токсична аденома щитоподібної залози.
- C. Автоімунний тиреоїдит.
- D. Фіброзний тиреоїдит.
- E. Вузловий нетоксичний зоб.

У жінки 66 років, котра тривалий час лікується з приводу миготливої аритмії, виявлено вузловий зоб. На сцинтиграмі – «гаряча зона» в проекції вузла. Рівень вТ₃ підвищений, вТ₄ нормальний, ТТГ знижений. Наведені дані, найімовірніше, свідчать про:

- A. Токсичну аденому щитоподібної залози.
- B. Дифузний токсичний зоб.
- C. Рак щитоподібної залози.
- D. Автоімунний тиреоїдит, тиреотоксикоз.
- E. Підгострий тиреоїдит, тиреотоксична стадія.

У хворої на тиреоїдит Хашімото поступово з'явилися окремі клінічні ознаки гіпотиреозу, діагноз підтверджений лабораторно. При цьому найбільше занепокоєння сімейного лікаря викликає гіпохромна анемія. У цій ситуації найбільш суттєвим у лікуванні є призначення:

- A. Замісної терапії левотироксином.
- B. Препаратів заліза.
- C. Препаратів ціанокобаламіну.
- D. Імунокоригуючих препаратів.
- E. Анаболічних лікарських засобів.

При якому з перелічених захворювань, що проявляються синдромом зоба, хірургічне лікування відіграє вирішальну роль:

- A. Рак щитоподібної залози.
- B. Підгострий тиреоїдит де Кервена.
- C. Токсична аденома щитовидної залози.
- D. Гострий негнійний тиреоїдит.

Е. Вузловий колоїдний зоб.

Яке обстеження сьогодні вважається найбільш доцільним щодо диференціальної діагностики патологій, які проявляються як вузловий еутиреоїдний зоб?

- А. УЗД щитоподібної залози.
- В. Визначення вмісту антитиреоїдних антитіл.
- С. Тиреосцинтиграфія.
- Д. Комп'ютерна томографія органів шиї.
- Е. Інше (вказати).

Пацієнт 33 років переніс економну резекцію щитовидної залози з приводу вузлового ендемічного зоба. Через 2 місяці концентрація ТТГ у нього становить 2,85 мМО/л (норма 0,3–4,0 мМО/л). Чи потрібно призначати препарати тиреоїдних гормонів?

- А. Достатньо призначати препарати йодиду калію.
- В. Не потрібно, лише спостерігати.
- С. Призначити L-тироксин в малих дозах, аби попередити клінічний гіпотироз.
- Д. Призначити L-тироксин в малих дозах, аби попередити рецидив зоба.
- Е. Жодна з наведених відповідей.

У п'ятирічної дівчинки, яка проживає в йододефіцитному регіоні, вперше діагностовано вроджений гіпотиреоз у поєднанні із зобом, легкий ступінь інтелектуального дефіциту. Яка тактика призначення тиреоїдних препаратів у даному випадку?

- А. Призначити постійну замісну терапію в комплексі з йодидом калію.
- В. Не доцільно призначати, оскільки упущено момент їх своєчасного призначення.
- С. Призначити ізольовану замісну терапію.
- Д. Призначити ноотропні засоби, згодом – тиреоїдні препарати.
- Е. Тиреоїдні препарати призначати періодично.

У терапевтичному відділенні лікується хвора 62 років із діагнозом «залізодефіцитна анемія». При огляді: генералізований «твердий» набряк, шкіра бліда, холодна на дотик, долоні жовті, голос грубий, пульс 54 на хвилину. Щитоподібна залоза збільшена до II ст., виразно ущільнена та неоднорідна, не болюча. Який вірогідний діагноз?

- А. Автоімунний тиреоїдит (Хашімото), гіпотиреоз.
- В. Залізодефіцитна анемія.
- С. Гемолітична анемія.
- Д. Автоімунний тиреоїдит (Хашімото), еутиреоз.
- Е. Вторинний гіпотиреоз.

Хвора тривалий час страждає на тиреоїдит Хашімото з гіпотиреозом. Перебуваючи в стані компенсації, завагітніла. Який головний принцип замісної терапії під час вагітності?

- А. Стабільно підтримувати стан еутиреозу.
- В. Препарати відміняють, аби не зашкодити розвитку плода.
- С. Дозу левотироксину поступово зменшують.
- Д. Припустимий легкий гіпотиреоз.
- Е. Препарати призначають лише під час погіршень стану вагітної.

Хвора Н., 30 років, проживає в Карпатах, звернулася зі скаргами на дискомфорт у ділянці шиї. При обстеженні виявлено дифузне збільшення щитоподібної залози I ст., функція клінічно не порушена. Рівень ТТГ становить 2,66 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0). Що Ви порекомендуєте?

- A. Йодид калію 200 мкг/д
- B. L-тироксин 50 мкг/добу
- C. L-тироксин 25 мкг/добу
- D. Йодид калію 100 мкг/д
- E. Лише спостереження.

У хворого М., 37 років, який 2 тижні тому переніс ангіну, виявлено збільшення щитоподібної залози II ст, права частка болюча при пальпації з іррадіацією болів у нижню щелепу та вухо. Температура тіла 38,0°C, помірні ознаки тиреотоксикозу, лейкоцити – $5,2 \times 10^9$ /л (формула не змінена), ШОЕ – 55 мм/год, С-реактивний білок – 16 мг/л (N < 5). Найвірогідніше, що у хворого:

- A. Підгострий тиреоїдит, тиреотоксична стадія.
- B. Гострий гнійний тиреоїдит
- C. Автоімунний тиреоїдит, тиреотоксична стадія.
- D. Вузловий токсичний зоб.
- E. Дифузний токсичний зоб.

У хворої М., 37 років, після перенесеної ГРВІ діагностовано підгострий гранульоматозний тиреоїдит. Температура тіла 38,4°C, щитоподібна залоза II ст., різко болюча при пальпації, ознаки тиреотоксикозу. Оберіть тактику лікування.

- A. Преднізолон.
- B. Хірургічне втручання.
- C. L-тироксин.
- D. Тіамазол.
- E. Йодид калію.

Пацієнтка Р., 32 р., звернулася зі скаргами на схуднення, виражену слабкість, серцебиття, тремор кінцівок, пітливість. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до II ст, за рахунок усіх відділів, еластична, не болюча, АТ 160/60 мм рт. ст., пульс 112 уд/хв. Двобічна офтальмопатія II ст. Концентрації гормонів: вільний Т₄ – 2,16 нг/дл (N: 0,93 ÷ 1,7), ТТГ – 0,05 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0). Виберіть необхідний об'єм дообстеження:

- A. УЗД + антитіла до рецепторів ТТГ.
- B. УЗД щитоподібної залози.
- C. УЗД + антитіла до ТГ і ТПО.
- D. Сцинтиграфія ЩЗ.
- E. Антитіла до рецепторів ТТГ.

У 39-річної жінки після комплексного обстеження встановлено діагноз «Папілярний рак щитоподібної залози T1aN0M0». За даними анамнезу, спадкові та інші фактори ризику відсутні. Яку лікувальну тактику доцільно обрати?

- A. Лише хірургічне втручання.
- B. Хірургія + радіоїодтерапія.
- C. Хірургія + гамма-терапія.
- D. Хірургія + радіоїодтерапія + гормонотерапія.

Е. Хірургія + гормонотерапія.

У 59-річної жінки в щитовидній залозі з'явився вузловий утвір, котрий швидко збільшується. Сцинтиграфія з Tc^{99} показала знижене накопичення ізотопу («холодна» зона). З анамнезу вияснено, що у 12-річному віці їй було проведено курс рентгенотерапії з приводу хронічного тонзиліту. Яку тактику лікування доцільно рекомендувати?

- А. Оперативне втручання.
- В. Тиреоїдні гормони.
- С. Глюкокортикоїди.
- Д. Препарати йоду.
- Е. Динамічне спостереження.

У хворої С., 33 років, дифузний нетоксичний зоб III ступеня без компресійних ускладнень. Іншої патології не виявлено. Рівень ТТГ становить 4,0 мМО/л (N: 0,3 ÷ 4,0). Який із вказаних методів лікування найбільш доцільний?

- А. Тиреоїдні гормони.
- В. Глюкокортикоїди.
- С. Хірургічне лікування.
- Д. Лікувальна доза I^{131} .
- Е. Імуномодулятори.

Хвора М., 36 років, захворіла 2 місяці тому після стресу, втратила у вазі 7 кг. Об'єктивно: Щитоподібна залоза збільшена за рахунок усіх відділів, еластична, не болюча. Шкіра волога, легкий двобічний екзофтальм, тремор пальців рук. Пульс 120 за 1 хв., АТ 150/60 мм рт. ст. Який попередній діагноз?

- А. Дифузний токсичний зоб.
- В. Токсична аденома щитоподібної залози.
- С. Підгострий тиреоїдит, тиреотоксична стадія.
- Д. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.
- Е. Посттравматичний стресовий розлад.

Хвора з дифузним токсичним зобом, отримує медикаментозну терапію впродовж 10 днів. За останні три доби стан погіршився: з'явилися болі в горлі, стоматит, гіпертермія. Який із перелічених препаратів міг спричинити ускладнення?

- А. Мерказоліл.
- В. Кокарбоксілаза.
- С. Верапаміл.
- Д. Аспаркам.
- Е. Корвалол.

Хворий Р., 32 р., поступив зі скаргами на схуднення, виражену слабкість, серцебиття, тремор кінцівок, пітливість. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до II ст, за рахунок усіх відділів, еластична, не болюча, АТ 160/60 мм рт. ст., пульс 112 уд/хв. Двобічна офтальмопатія III-IV ст. Попередній діагноз:

- А. Хвороба Грейвса-Базедова.
- В. Токсична аденома щитоподібної залози.
- С. Хронічний фіброзний тиреоїдит.
- Д. Підгострий тиреоїдит, тиреотоксична стадія.

Е. Хвороба Хашімото, еутиреоїдний стан.

Хвора Д, 24 роки звернулася до лікаря зі скаргами на збільшення об'єму шиї, тремор рук, серцебиття та підвищену збудливість, які виникли після надмірної інсоляції. Щитоподібна залоза II ст, еластична, безболісна, аускультативно над нею вислуховується грубий систолічний шум. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

- А. Дифузний токсичний зоб.
- В. Токсична аденома щитоподібної залози.
- С. Підгострий тиреоїдит.
- Д. Гострий гнійний тиреоїдит.
- Е. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.

Хворий Н., 50 років, курець, скаржиться на біль голови, слезотечу, відчуття піску в очах, витрішкуватість, диплопію. Захворів раптово після перенесеного грипу. Об'єктивно: шкіра волога, пульс 92 уд/хв., АТ 140/75 мм рт. ст., дрібний тремор кистей. Виражений двобічний екзофтальм, кон'юнктивіт, рухи очних яблук обмежені. Щитоподібна залоза дифузно збільшена II ст., гладка, не болюча. Ознаки якої патології домінують у клінічній картині?

- А. Ендокринної офтальмопатії.
- В. Синдрому тиреотоксикозу
- С. Синдрому зоба
- Д. Підгострого тиреоїдиту
- Е. Автоімунного тиреоїдиту

У 35-річного чоловіка після комплексного обстеження встановлено діагноз «Папілярний рак щитоподібної залози T2N1aM0». За даними анамнезу, спадкові та інші фактори ризику відсутні. Яку лікувальну тактику доцільно обрати?

- А. Хірургія + радіоїодтерапія + гормонотерапія
- В. Лише хірургічне втручання
- С. Хірургія + радіоїодтерапія
- Д. Хірургія + гамма-терапія.
- Е. Хірургія + гормонотерапія.

У хворого дифузним токсичним зобом, котрий лікується мерказолілом в дозі 45 мг на добу, на 14 день лікування зросла млявість, збільшилась температура тіла до 37,8 °С, з'явився біль у горлі при ковтанні та ознаки стоматиту. Чим вірогідно спричинена така клінічна картина?

- А. Розвитком гранулоцитопенії.
- В. Розвитком паратонзиллярного абсцесу.
- С. Приєднанням гострої респіраторної інфекції.
- Д. Ідіосинкразією до мерказолілу.
- Е. Алергією до мерказолілу.

Жінка, котра лікується з приводу дифузного токсичного зоба II ступеня середньої тяжкості, завагітніла. Яку тактику ведення пацієнтки доцільно обрати?

- А. Зберігати вагітність на тлі застосування малих доз тіамазолу.
- В. Перервати вагітність за медичними показаннями.
- С. Вагітність не переривати, лікувати високими дозами йоду.

- D. Замінити мерказоліл на літію карбонат.
- E. Наполягати на оперативному лікуванні.

Хвора К, 39 років, упродовж 5 років страждає на гіпертонічну хворобу 2 ст. Протягом останніх 4 місяців з'явилась і прогресують скарги на серцебиття, задишку, підвищену пітливість, зниження маси тіла на тлі посиленого апетиту, тремор рук. Шкіра чиста, волога. Щитоподібна залоза збільшена до II ст., не болюча, помірно ущільнена, аускультативно над нею вислуховується систолічний шум. Про яке захворювання вірогідно свідчить така картина?

- A. Хвороба Грейвса-Базедова.
- B. Синдром Кушінга.
- C. Гіпертонічну хворобу в поєднанні з ендемічним зобом.
- D. Синдром Конна.
- E. Феохромоцитому.

Хвора Л. прооперована у зв'язку з дифузним токсичним зобом III ст. Через 2 тижні після операції у неї з'явилися короточасні судомні скорочення м'язів кінцівок, парестезії. Судоми виникали 1–2 рази на день, частіше – під час роботи. Об'єктивно: пульс 72 на хв., АТ 120/70 мм рт. ст. Зі сторони внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено. Наявні симптоми Хвостека, Труссо. Вкажіть вірогідний діагноз:

- A. Післяопераційний гіпопаратиреоз.
- B. Післяопераційний гіпотиреоз.
- C. Дисметаболічна полінейропатія.
- D. Астено-невротичний синдром.
- E. Рецидив дифузного токсичного зоба.

Хвора С., 72 роки, скаржиться на підвищену дратівливість, посилене потіння, серцебиття, тремор пальців рук. Об'єктивно: пульс близько 100 уд/хв., аритмічний, АТ 150/80 мм рт.ст. Щитоподібна залоза збільшена до IV ст. за рахунок еластичного, чітко окресленого вузла діаметром 2 см у лівій частці, не болюча. Встановіть попередній діагноз.

- A. Тиреотоксична аденома
- B. Дифузний токсичний зоб.
- C. Ендемічний вузловий зоб.
- D. Автоімунний тиреоїдит, еутиреоїдний стан.
- E. Підгострий тиреоїдит, тиреотоксична стадія.

Хворий Н., 50 років, скаржиться на біль голови, слезотечу, відчуття піску в очах, витрішкуватість, диплопію. Захворювання пов'язує зі стресом. Об'єктивно: шкіра волога, пульс 96 уд/хв., АТ 140/75 мм рт. ст., легкий тремор кистей. Виражені двобічний екзофтальм, набряк повік, кон'юнктивіт; рухи очних яблук обмежені. Щитоподібна залоза дифузно збільшена II ст., гладка, не болюча. Який варіант лікування запропонуєте?

- A. Глюкокортикоїди+ антитиреоїдні ЛЗ.
- B. Тиреоїдні гормони.
- C. Глюкокортикоїди для системного застосування.
- D. Препарати йоду.
- E. Антитиреоїдні засоби.

У 36-річної жінки після відповідного обстеження та хірургічного лікування встановлено заключний діагноз «Папілярний рак щитоподібної залози рT1aN0M0» (мікрокарцинома). За даними анамнезу, спадкові та інші фактори ризику відсутні. Який прогноз у цієї пацієнтки?

- A. Цілком сприятливий.
- B. Відносно сприятливий.
- C. Відносно несприятливий.
- D. Абсолютно несприятливий.
- E. Важко визначити.

68-річний чоловік упродовж 9 років спостерігався з приводу вузлового нетоксичного зоба. Спадковість не обтяжена. Місяць тому об'єм шиї почав швидко збільшуватися. Після відповідного обстеження та хірургічного лікування встановлено заключний діагноз «Анапластичний рак щитоподібної залози рT4bN1bMx». Який прогноз у цього пацієнта?

- A. Абсолютно несприятливий.
- B. Цілком сприятливий.
- C. Відносно сприятливий.
- D. Відносно несприятливий.
- E. Важко визначити.

Хворій Л., 55 років, здійснена субтотальна резекція ЩЗ з приводу дифузного токсичного зоба III ст. Через 1,5 року з'явилися виразні клінічні ознаки рецидиву тієї ж патології, що підтверджено лабораторними та інструментальними даними. Супутні захворювання відсутні. Вкажіть оптимальну тактику лікування у такій ситуації:

- A. Терапія радіоактивним йодом.
- B. Тиреостатична терапія.
- C. Повторне оперативне втручання.
- D. Глюкокортикоїди.
- E. Динамічне спостереження.

У 48-річної жінки у щитоподібній залозі з'явилося безболісне помірно щільне вузлове утворення. Сцинтиграфія з Tc^{99} виявила в його проекції «холодну зону». Клінічно та лабораторно – еутиреоїдний стан. Необхідно здійснити диференціальну діагностику з переліченими захворюваннями, крім:

- A. Тиретоксичної аденоми.
- B. Фолікулярної аденоми щитоподібної залози.
- C. Раку щитоподібної залози.
- D. Кісти щитоподібної залози.
- E. Вузлового колоїдного зоба.

Радіоїодтерапію використовують у комплексному лікуванні перелічених захворювань, крім:

- A. Медулярного раку щитоподібної залози.
- B. Фолікулярного раку щитоподібної залози.
- C. Папілярного раку щитоподібної залози.
- D. Тиретоксичної аденоми.
- E. Баговузлового токсичного зоба.

Хвора 46 років з автоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом отримує L-тироксин по 100 мкг на добу. Клінічно – еутиреоїдний стан. Вкажіть, який лабораторний параметр(и) найточніше відображає(ють) адекватність підбраної дози?

- A. ТТГ
- B. вТ₄
- C. ТТГ + вТ₄
- D. вТ₄ + вТ₃
- E. Антитіла проти ТПО.

Пацієнтка С., 36 років, скарг не має. Випадково виявлено збільшення окружності шиї. Постійно проживає в одному з приморських районів Одеської області. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до II ст. за рахунок усіх відділів, однорідної консистенції, еластична, не болюча; ознаки дисфункції відсутні. Додатково встановлено: ТТГ– 3,8 мМО /л (N: 0,3 ÷ 4,0), анти-ТПО < 10 МО/мл (N). Виберіть оптимальний метод лікування:

- A. Левотироксин.
- B. Преднізолон.
- C. Йодид калію.
- D. Комбінація L-тироксину і йодиду калію.
- E. Резекція щитоподібної залози.

Хвора М., 35 років, тривалий час страждає на тиреоїдит Хашімото та гіпотиреоз, однак лікування епізодичне. Останніх півроку відзначає порушення менструального циклу. Об'єктивно: щитоподібна залоза збільшена до II ст., виразно ущільнена та неоднорідна; помірна сухість шкіри; легка психомоторна загальмованість; двобічна галакторея I ст. У цій ситуації найбільш суттєвим у лікуванні є призначення:

- A. Левотироксину.
- B. Йодиду калію.
- C. Бромокриптину.
- D. Преднізолону.
- E. Комбінованих естроген-гестагенних препаратів.

Яке з перелічених захворювань, що проявляються зобом і синдромом тиретоксикозу, неможливо вилікувати (досягнути стійкої ремісії) за допомогою самої лише медикаментозної терапії?

- A. Баговузловий токсичний зоб.
- B. Хвороба Грейвса-Базедова.
- C. Автоімунний тиреоїдит, тиреотоксична стадія.
- D. Підгострий тиреоїдит де Кервена.
- E. Післяпологовий тиреоїдит.

Хвора 14 років, протягом останнього року різко прибавила в масі на 7 кг. Скаржиться на частий головний біль, загальну слабкість. Об'єктивно: накопичення жирової клітковини більш виражене на шиї, грудинній клітці, животі. На бокових поверхнях живота смуги розтягу. Молочні залози розвинені недостатньо, менструації відсутні, спостерігається оволосіння за чоловічим типом. АТ-160\100 мм.рт.ст, ЧСС-92/хв. При дослідженні: на рентгенограмах відмічається виражений остеопороз, розширене турецьке сідло. Клінічний діагноз?

- A. Хвороба Іценко- Кушинга

- В. Синдром Штейна-Левенталя
- С. Синдром Іценко-Кушинга
- Д. Пубертатний диспітуїтаризм
- Е. Синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля

У 38 річної жінки приступоподібно підвищується АТ до 240/120 мм. рт. ст, який супроводжується нудотою, блюванням, тахікардією, підвищеним потовиділенням. Після нападу спостерігається рясне виділення сечі. При сонографії нирок виявлено ділянку освітлення, що прилягає до верхнього полюсу правої нирки, можливо, відноситься до наднирника. Який лабораторний тест допоможе уточнити діагноз?

- А. Визначення екскреції катехоламінів і ванілілминдальної кислоти з сечею
- В. Визначення швидкості клубочкової фільтрації по ендogenousному креатиніну
- С. Визначення інсуліну і С -пептиду в крові
- Д. Визначення тироксину і тиреотропного гормону в крові
- Е. Визначення рівня реніну крові

Хвора, 49 років, поступила зі скаргами на напади сильного головного болю, який супроводжувався відчуттям пульсації у скронях, підвищення АТ до 280/140 мм рт.ст. Запідозрена феохромоцитома. Про який механізм гіпертонічного кризи можна думати у даної хворої?

- А. Збільшення концентрації катехоламінів
- В. Збільшення виділення вазопресину
- С. Збільшення рівня альдостерону в крові
- Д. Збільшення плазмової активності реніну
- Е. Збільшення виділення тироксину

Хворий 26 років, скаржиться на різку м'язову слабкість, головокружіння, розлитий біль у животі, нудоту, блювання, яке не приносить полегшення. Захворювання почалося поступово, 6 місяців тому. Посилювалася загальна слабкість, потемніла шкіра. Стан різко погіршився після ГРЗ; виник біль у животі і часте блювання. Об'єктивно: шкіра суха, дифузно пігментована. Тони серця різко послаблені, ЧСС – 60 уд./хв., АТ – 80/40 мм рт.ст. Живіт дещо болючий в епігастральній ділянці. Лейк. крові – $8,1 \cdot 10^9$ /л, глюкоза крові – 3,0 ммоль/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хронічна надниркова недостатність Аддісоновий криз.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Інфекційно-токсичний шок
- Д. Гостре харчове отруєння.
- Е. Гострий холецистит.

Хвора 50-ти років, яка страждає на хворобу Аддісона (виникла після перенесеного туберкульозу легень у юнацькому віці), підчас пожежі в квартирі сильно налякалась і втратила свідомість. Хвора бліда, холодна, пульс ниткоподібний, ЧСС - 120 за 1 хв., АТ-60/30 мм.рт.ст. Яке ускладнення виникло у хворої?

- А. Гостра надниркова недостатність
- В. Тиреотоксичний криз
- С. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса
- Д. Гострий інфаркт міокарда
- Е. Тампонада серця

Хвора Т., 31 рік, доставлена до лікарні в непритомному стані. Зі слів супроводжуючих, в анамнезі у хворої двобічна адреналектомія з приводу хвороби Іценко-Кушинга. Об'єктивно: ціаноз слизових, гіперпігментація, клонічні судоми, загальмованість, АТ 80/60 мм.рт.ст., температура тіла 34,5С, тони серця глухі, при пальпації живота напруження передньої черевної стінки. Які невідкладні засоби лікарняної допомоги слід використати першочергово?

- А. Введення гідрокортизону сукцинату

- В. Введення інсуліну
- С. Внутрішньовенне введення електролітів
- Д. Введення 40% розчину глюкози
- Е. Призначення панангіну

У хворого, який лікується з приводу септичного стану, раптово розвинулися виражена слабкість, адинамія, блювання, пронос. Сопор. Пульс ниткоподібний, 110 уд/хв., АТ 60/40 мм рт.ст. На ЕКГ: тахікардія, зниження вольтажу всіх зубців. Лабораторні дані: гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіперкаліємія, гіпоглікемія. Вкажіть найбільш ймовірну причину розвитку такого стану:

- А. Недостатність наднирників
- В. Пангіпопітуїтаризм
- С. Гіпоталамічний криз
- Д. Гіпоглікемічна кома
- Е. Гострий інфаркт міокарда

У пацієнта з хворобою Аддісона після грипу з'явилися адинамія, депресія, нудота, блювання, пронос, гіпоглікемія. АТ- 75/50 мм рт.ст. В крові: зниження рівня кортикостерону, кортизолу, 13-ОКС, 17-ОКС. Який стан розвинувся у хворого?

- А. Гостра надниркова недостатність
- В. Гострий гастрит
- С. Гострий ентероколіт
- Д. Колапс
- Е. Цукровий діабет

Хвора 43-х років, доставлена в лікарню у важкому стані. Хворіє хворобою Аддісона. Постійно приймала преднізолон. Протягом тижня припинила прийом. Об-но: сопорозний стан, шкіра і видимі слизові пігментовані, тургор шкіри і м'язів знижений. Тони серця приглушені, прискорені, АД-60/40 мм рт.ст., ЧСС-96/мін. У крові: Na-120 ммоль/л, К-5,8 ммоль/л. Дефіцит якого гормону відіграє провідну роль у розвитку даного ускладнення?

- А. Кортизолу
- В. Кортикотропіну (АКТГ)
- С. Адреналіну
- Д. Норадреналіну
- Е. Адростендіону

Хвора З., 52 років, доставлена ургентно у клініку зі скаргами на різку слабкість, запаморочення, втрату свідомості, похудіння, відсутність апетиту, нудоту, блювання, різкий біль в епігастрії, пронос, посилену пігментацію шкіри. АТ 90/60 мм.рт.ст. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз.

- А. Аддісоновий криз
- В. Пелагра
- С. Менінгоенцефаліт
- Д. Гострий гастроентерит
- Е. Склеродермія

Який з гормонів продукується у пучковій зоні кори надниркових залоз?

- А. Кортизон
- В. Адреналін
- С. Тестостерон
- Д. Альдостерон
- Е. Усі відповіді вірні

Які клінічний симптом є нехарактерним для гіперальдостеронізму?

- A. Ознаки гіперкаліємії на ЕКГ
- B. Гіпоізостенурія, поліурія, ніктурія
- C. Паралічі та парези, м'язові болі
- D. Систолічна та діастолічна артеріальна гіпертензія
- E. Міастенічний синдром

Яке твердження буде вірним для вторинної хронічної надниркової недостатності?

- A. Рівні кортизолу, АКТГ знижені
- B. Рівні кортизолу, АКТГ підвищені
- C. Рівні кортизолу знижені, АКТГ підвищені
- D. Рівні кортизолу підвищені, АКТГ знижені
- E. Рівні кортизолу без змін, АКТГ підвищені

Яке твердження буде вірним для змін крові при хронічній наднирковій недостатності?

- A. Гіпонатріємія, гіперхолестеринемія, гіперкаліємія
- B. Гіпернатріємія, гіперхолестеринемія, гіперкаліємія
- C. Гіпонатріємія, гіперхолестеринемія, гіпокаліємія
- D. Гіпонатріємія, гіпохолестеринемія, гіпокаліємія
- E. Гіпернатріємія, гіпохолестеринемія, гіпокаліємія

Хвора А., 57 р., поступила в ендокринологічне відділення зі скагами на головні болі, загальну слабкість, підвищення АТ, який погано піддається корекції, сухість в роті, спрагу, похудіння, сухий кашель. Гіпертонічною хворобою хворіє більше 10 років. При огляді: худа, шкіра бліда, суха, в легенях – дихання везикулярне, тони серця ритмічні, пульс – 88 уд за хв., АТ 180/110 мм.рт.ст. Лабораторні дані: цукор крові – 7,8 ммоль/л, ЗАК і ЗАС без особливостей. УЗД наднирників – збільшений лівий наднирник, КТ наднирника – об'ємний утвір лівого наднирника. Ваша лікувальна тактика?

- A. Фентоламін в/в до стабілізації АТ
- B. Адреналектомія одностороння
- C. Адреналектомія двостороння
- D. β -адреноблокатори
- E. Седуксен

Який з гормонів продукується у клубочковій зоні кори надниркових залоз?

- A. Альдостерон
- B. Кортизон
- C. Адреналін
- D. Тестостерон
- E. Естрогени

Причинами розвитку гіперальдостеронізму можуть бути всі наступні, окрім:

- A. Тривале вживання медикаментозних препаратів (сечогінні, контрацептиви)
- B. Гормонально-активна пухлина надниркової залози (альдостерома)
- C. Двостороння гіперплазія клубочкової зони надниркових залоз
- D. Двостороння гіперплазія сітчастої зони надниркових залоз
- E. Може розвинути при деяких захворюваннях нирок

Хворий Д., 27 р., скаржиться на різку слабкість, відсутність апетиту, нудоту, зниження маси тіла (на 10кг за 3 місяці). Знаходився на лікуванні в гастроентерологічному відділенні, однак хвороба прогресує. При огляді: на фоні зниженого харчування мають місце гіперпигментація на шкірі і яснах. В легенях - без змін. Тони серця – глухі, пульс – 80 уд за хв. Спостерігається болючість при пальпації живота. Випорожнення – 3-4 рази на добу. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Адісонова хвороба
- B. Гіпотиреоїдна кома

- C. Гіперлактацидемічна кома
- D. Гіперосмолярна кома
- E. Гостра недостатність кори наднирників

Який з сечогінних засобів є препаратом вибору при гіперальдостеронізмі?

- A. Верошпірон
- B. Діакарб
- C. Фуросемід
- D. Етакринова кислота
- E. Індапамід

Яке з тверджень є неправильним для феохромоцитомі?

- A. Супроводжується артеріальною гіпотензією
- B. Локалізується в мозковому шарі надниркових залоз
- C. Зумовлена посиленням викидом адреналіну чи норадреналіну в кров
- D. Супроводжується тремором, емоційним збудженням
- E. Викид катехоламінів носить пароксизмальний характер

У жінки 35 років виник напад, під час якого з'явилися серцебиття, озноб, страх смерті. Виявлено блідість шкіри, підвищення АТ. Напад закінчився виділенням великої кількості сечі. Про який характер нападу слід подумати?

- A. Симпатико-адреналовий криз
- B. Епілептичний напад
- C. Вазо-інсулярний криз
- D. Гіпотонічний криз
- E. Гіперглікемічна кома

Хворий 58 р, страждає на туберкульоз. За останні кілька тижнів значно посилилась загальна слабкість, з'явився ціаноз, болі у животі, нудота, періодичне блювання, запах ацетону з рота, гіперпігментація шкірних складок. Об'єктивно: загальний стан важкий, АТ-80/40 мм. рт. ст., ЧСС- 124/хв., БАК: натрій – 125 ммоль/л, хлориди – 74 ммоль/л, калій 5,7ммоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, сечовина – 14 ммоль/л; в сечі: білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 10-12 в п/з, еритроцити – 5-6 в п/з, циліндри – поодинокі. Яке з досліджень дозволить встановити діагноз?

- A. Визначення концентрації кортизолу в крові
- B. Визначення концентрації креатиніну в крові
- C. Визначення концентрації лужної фосфатази в крові
- D. Визначення концентрації діастази в сечі
- E. Визначення концентрації кетонів в сечі

Хвора, 40 років, з підозрою на феохромоцитому, скаржиться на приступи головного болю, пульсацію в скроневій ділянці, запаморочення, серцебиття, значну м'язову слабкість. Під час приступів значно підвищується АТ до 270/160 мм рт.ст. Який з наведених препаратів є найбільш ефективним у даному випадку?

- A. Фентоламін
- B. Рауседил
- C. Анаприлін
- D. Пентамін
- E. Дибазол

Хворий 48 років, на протязі 3 років відмічає підвищення артеріального тиску в межах 180/120–200/100 мм рт.ст. Гіпотензивна терапія малоефективна. Скарги на м'язову слабкість, сухість у роті, поліурію, головний біль. Натрій плазми крові–155 ммоль/л, калій-3,6 ммоль/л. Яка найбільш імовірна причина артеріальної гіпертензії.

- A. Первинний гіперальдостеронізм
- B. Ниркова гіпертензія
- C. Феохромоцитом
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Хвороба Іценка-Кушінга

Жінка 36 років, скаржиться на головний біль, парестезії, м'язову слабкість, судоми, спрагу, поліурію. Об'єктивно: температура - 36,6°C, ЧДР – 18/хв., пульс - 92/хв., АТ 180/110 мм рт. ст. Підвищеного відживлення. На ЕКГ – зниження сегменту ST. Вміст калію у сироватці крові знижений, натрію – підвищений, активність реніну плазми значно знижена, концентрація альдостерону підвищена. Сеча: питома вага протягом доби не перевищує 1,008-1,011, реакція лужна. Спіронолактоновий тест позитивний. КТ: правий наднирник збільшений. Який діагноз найбільш вірогідно можна поставити хворій?

- A. Синдром Кона
- B. Феохромоцитом
- C. Синдром Іценка-Кушінга
- D. Андростерома
- E. Нецукровий діабет

Хвора З., 38 років, скаржиться на головний біль, приступи м'язової слабкості, судоми, часте сечовипускання. Об'єктивно: Рс- 80 уд/хв. АТ 160/120 мм рт ст., коригується погано. Ліва межа серця на середньоключичній лінії, акцент ІІ тону над аортою. Вміст калію в крові 2,8 ммоль/л. Яке захворювання найбільш імовірне?

- A. Гіперальдостеронізм (синдром Кона)
- B. Тетанія
- C. Гіпертонічна хвороба
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Феохромоцитома

Хвора 40 років, скаржиться на головний біль, спрагу, м'язову слабкість, затерпання рук і ніг, часте сечовипускання вночі. Об'єктивно: АТ – 190/ 100 мм рт. ст. В аналізі крові: калій – 3,0 ммоль/л, натрій – 150 ммоль/л. В аналізі сечі: білок – 0,73 г/л, питома густина – 1,003-1,008. Чим зумовлені клінічні прояви захворювання?

- A. Гіперальдостеронізмом
- B. Гіперкортицизмом
- C. Хронічний піелонефритом
- D. Гіпертонічною хворобою
- E. Підвищеним рівнем катехоломінів

Хворий В., 35 років, скаржиться на головний біль, епізодичні напади різкої слабкості м'язів, періодичну спрагу. Хворіє впродовж останніх 3-х років, коли вперше було виявлено підвищення АТ. Об'єктивно: пульс 80 в хв., ритмічний, АТ - 200/110 мм рт.ст. Ан. сечі: питома вага - 1007, осад без змін. Натрій плазми крові - 150 ммоль/л, калій - 3 ммоль/л. Який препарат буде ефективним при лікуванні такої симптоматичної артеріальної гіпертензії у цього хворого?

- A. Верошпірон
- B. Гіпотіазид
- C. Атенолол
- D. Верапаміл
- E. Усі відповіді хибні

Жінка 30 років, скаржиться на підвищення АТ, виражену слабкість, наявність судом, транзиторні парези, серцебиття, запаморочення голови, головний біль. Хворіє на артеріальну гіпертензію протягом 3 років. ЕКГ: синусова тахікардія, подовження інтервалу Q/T, депресія ST в V1-V6, негативний зубець T в V3-V6. Ан. сечі: реакція лужна, 1010, прозора, білку, цукру немає, сечовий осад – без змін. У крові рівень калію – 2,9 ммоль/л, натрію – 160 ммоль/л. Яка патологія найбільш вірогідно зумовила артеріальну гіпертензію?

- A. Синдром Кона.
- B. Гломерулосклероз
- C. Гіпертонічна хвороба ІІІ ст.
- D. Хвороба Іценко-Кушинга.
- E. Хронічний піелонефрит

Хворий 28 років, скаржиться на різку загальну слабкість, болі в животі, нудоту, блювоту, головокружіння. Виражене похудіння. Шкіра кольору інтенсивної засмаги. Рс – 100/хв., ритмічний, слабого наповнення, АТ – 70/30 мм рт.ст. Цукор крові 3,0 ммоль/л. Для лікування даного стану у хворого використовується?

- A. Введення фізіологічного розчину хлориду натрію і великих доз гідрокортизону
- B. Введення нітрогліцерину, сечогінних
- C. Внутрішньовенне введення адреналіну та інших адреноміметиків
- D. Введення морфіну для зняття больового синдрому
- E. Введення фентоламіну або тропіфену

Яке твердження буде вірним для змін крові при хронічній наднирковій недостатності?

- A. Гіпонатріємія, гіперхолестеринемія, гіперкаліємія
- B. Гіпернатріємія, гіперхолестеринемія, гіперкаліємія
- C. Гіпонатріємія, гіперхолестеринемія, гіпокаліємія
- D. Гіпонатріємія, гіпохолестеринемія, гіпокаліємія
- E. Гіпернатріємія, гіпохолестеринемія, гіпокаліємія

Хвора А., 57 р., поступила в ендокринологічне відділення зі скагами на головні болі, загальну слабкість, підвищення АТ, який погано піддається корекції, сухість в роті, спрагу, похудіння, сухий кашель. Гіпертонічною хворобою хворіє більше 10 років. При огляді: худа, шкіра бліда, суха, в легенях – дихання везикулярне, тони серця ритмічні, пульс – 88 уд за хв., АТ 180/110 мм.рт.ст. Лабораторні дані: цукор крові – 7,8 ммоль/л, ЗАК і ЗАС без особливостей. УЗД наднирників – збільшений лівий наднирник, КТ наднирника – об’ємний утвір лівого наднирника. Ваша лікувальна тактика?

- A. Фентоламін в/в до стабілізації АТ
- B. Адреналектомія одностороння
- C. Адреналектомія двостороння
- D. β -адреноблокатори
- E. Седуксен

Яке твердження буде вірним для вторинної хронічної надниркової недостатності?

- A. Рівні кортизолу, АКТГ знижені
- B. Рівні кортизолу, АКТГ підвищені
- C. Рівні кортизолу знижені, АКТГ підвищені
- D. Рівні кортизолу підвищені, АКТГ знижені
- E. Рівні кортизолу без змін, АКТГ підвищені

Який з гормонів продукується у клубочковій зоні кори надниркових залоз?

- A. Альдостерон
- B. Кортизон
- C. Адреналін
- D. Тестостерон
- E. Естрогени

Жінка, 36 років, скаржиться на біль голови, парестезії, м’язову слабкість, судоми, спрагу, поліурію. Об’єктивно: температура - 36,6 С, ЧДР – 18 за хв., пульс - 92 уд/хв, АТ – 180/110 мм рт. ст. Підвищеного харчування. На ЕКГ – зниження сегменту ST. Вміст калію у сироватці крові знижений, натрію – підвищений, активність реніну плазми значно знижена, концентрація альдостерону підвищена. Сеча: питома вага протягом доби не перевищує 1008-1011, реакція лужна. Спіронолактоновий тест позитивний. КТ:правий наднирник збільшений. Який діагноз найбільш вірогідно можна встановити?

- A. Синдром Кона
- B. Андростерома
- C. Феохромоцитома
- D. Синдром Іценко-Кушинга
- E. Нецукровий діабет

До ендокринолога звернулася мати дівчинки 4-х років зі скаргами на неправильну будову зовнішніх статевих органів: гіпертрофію клітора, великі статеві губи, що нагадують

мошонку, прискорений ріст, появу аксиллярного та лобкового оволосіння, зниження тембру голосу. Яке обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

- A. Визначення 17 - оксипрогестерону сироватки крові та екскреції 17 – кетостероїдів з сечею.
- B. Визначення кісткового віку
- C. Каріотипування
- D. Визначення АКТГ у крові
- E. Визначення ТТГ у крові

Хворий 45 років, з туберкульозом легень в анамнезі, після відпочинку в Криму відчув посилення слабкості, періодичне запаморочення, схильність до закрєпів з болем в животі, необхідність додаткового підсолювання їжі. Помітив, що стан також покращується після солодкого чаю та валідолу під язик. Об'єктивно: інтенсивне потемніння шкіри, АТ 70/50 мм.рт.ст., глікемія 3,0 ммоль/л. Назвіть можливу причину погіршення стану.

- A. Хронічна надниркова недостатність.
- B. Цукровий діабет.
- C. Ішемічна хвороба серця.
- D. Хронічний панкреатит.
- E. Туберкульоз легень

Хвора 14 років, протягом останнього року різко прибавила в масі 7 кг, пацієнтку турбує біль голови, загальна слабкість. Об'єктивно: накопичення підшкірно-жирової клітковини більш виражене на шиї, грудній клітці, животі. На бокових поверхнях живота смуги розтягу. Молочні залози розвинені недостатньо, менструації відсутні, спостерігається оволосіння за чоловічим типом. АТ-160/100 мм рт ст, ЧСС-92 уд/хв. При дослідженні: на рентгенограмі черепа відмічається виражений остеопороз, розширене турецьке сідло. Встановіть клінічний діагноз?

- A. Хвороба Іценко- Кушинга
- B. Синдром Штейна-Левенталя
- C. Синдром Іценко-Кушинга
- D. Пубертатний диспітуїтаризм
- E. Синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля

У пацієнта з хворобою Аддісона після грипу з'явилися адинамія, депресія, нудота, блювання, пронос, гіпоглікемія. АТ- 75/50 мм рт.ст. В крові: зниження рівня кортикостерону, кортизолу, 13-ОКС, 17-ОКС. Який стан розвинувся у хворого?

- A. Гостра надниркова недостатність
- B. Гострий гастрит
- C. Гострий ентероколіт
- D. Колапс
- E. Цукровий діабет

Хвора 30-ти років скаржить на напади болю голови, пульсацію в скронях, запаморочення, серцебиття, м'язову слабкість, що супроводжується блідістю шкірних покривів, істотним підвищенням АТ (270/160 мм рт.ст.). Приступи виникають переважно вночі та таблетованими гіпотензивними засобами не знімаються. Є підозра на феохромоцитому. Введення якого з наведених нижче препаратів є найбільш ефективним в даному випадку?

- A. Фентоламін в/в
- B. Клофелін в/в
- C. Бензогексоній в/в
- D. Дибазол в/в

Е. Фуросемід в/в

Жінка похилого віку потрапила до лікарні у тяжкому стані. АТ — 90/60 мм рт. ст., пульс — 56 ударів за хвилину, частота дихання—12 за хвилину. Температура тіла 35,8 °С. Шкіра бліда, холодна, надто суха. Волосся рідке, тонке, на голові ділянки алопеції. Тони серця глухі, шуми не вислуховуються. Живіт збільшений, перистальтика не вислуховується. Набряки на гомілках і навколо очей. Попередній діагноз?

- A. Аддісонічна криза.
- B. Гіпоглікемічна кома.
- C. Гіпотиреоїдна кома.
- D. Гіперкальціємічна криза.
- E. Молочнокисла кома.

У відділення інтенсивної терапії поступила хвора з судомами верхніх і нижніх кінцівок, „рука акушера”, „кінська стопа”. При огляді шкіра бліда, волога, пульс 80 уд/хв, АТ 150/100 мм. Рт. ст. Відомо, що три тижні назад хвора перенесла тиреоїдектомію. Ваш попередній діагноз?

- A. Гіпоглікемічна кома
- B. Епілепсія
- C. Гіпокальціємічний криз
- D. Правець
- E. Гостре отруєння стрихніном.

Хвора Б., 56 р., скаржиться на слабкість, м'язові болі, парестезії в ділянці обличчя, нижніх кінцівок, тонічні та клонічні судоми, утруднене дихання. В анамнезі перенесена тиреоїдектомія. Об'єктивно: свідомість затьмарена, шкіра суха, ціанотична, у верхніх кінцівках судоми м'язів за типом “руки акушера”, порушений акт ковтання, задишка. Тони серця глухі, ритмічні, АТ – 115/55, пульс – 56 уд/хв. В крові рівень кальцію 1,3 ммоль/л, гіперфосфатемія, гіпокальційурія, глікемія 5,6 ммоль/л. Який Ваш діагноз?

- A. Гіпотиреоїдна кома
- B. Ниркова недостатність
- C. Гіпотиреоїдна кома
- D. Гіпокальціємічний криз
- E. Мозкова кома.

Хворий Д., 27 р., скаржиться на різку слабкість, відсутність апетиту, нудоту, зниження маси тіла (на 10кг за 3 місяці). Знаходився на лікуванні в гастроентерологічному відділенні, однак хвороба прогресує. При огляді: на фоні зниженого харчування мають місце гіперпигментація на шкірі і яснах. В легенях - без змін. Тони серця – глухі, пульс – 80 уд за хв. Спостерігається болючість при пальпації живота. Випорожнення – 3-4 рази на добу. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Адісонова хвороба
- B. Гіпотиреоїдна кома
- C. Гіперлактацидемічна кома
- D. Гіперосмолярна кома
- E. Гостра недостатність кори наднирників

Хвора Т., 33 р., доставлена до лікарні без свідомості. Зі слів рідних відомо, що хвора мала двобічну адреналектомію з приводу хвороби Іценко-Кушинга. При огляді: ціаноз слизових оболонок, гіперпигментація шкіри, спостерігаються епілептичні судоми, загальмованість, зниження АТ до 80/60 мм.рт.ст., температура тіла – 34,5° С, тони серця глухі, болючість у

черевній порожнині. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гостра надниркова недостатність
- B. Гіперосмолярна кома
- C. Гіперлактацидемічна кома
- D. Гіпертиреοїдна кома
- E. Гіпоглікемічна кома

У хворого Ш., який лікується з приводу септичного стану, раптово розвинулися виражена слабкість, адинамія, блювання, пронос. Сопор. Пульс ниткоподібний, 100 уд/хв., АТ 65/40 мм.рт.ст. На ЕКГ: тахікардія, зниження вольтажу всіх зубців. Лабораторні дані: гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіперкаліємія, гіпоглікемія. Вкажіть причину розвитку такого стану:

- A. Гіпотиреоїдна кома
- B. Гіпоглікемічна кома
- C. Гостра недостатність надниркових залоз
- D. Пангіпопітуїтаризм
- E. Гострий інфракт міокарда

Хвора В., 35 р., доставлена до лікарні без свідомості. Зі слів рідних відомо, що хвора мала двобічну адреналектомію з приводу хвороби Іценко-Кушинга. При огляді: ціаноз слизових оболонок, гіперпигментація шкіри, спостерігаються епілептичні судоми, загальмованість, зниження АТ до 80/60 мм.рт.ст., температура тіла – 34,5° С, тони серця глухі, болючість у черевній порожнині. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гостра надниркова недостатність
- B. Гіперосмолярна кома
- C. Гіперлактацидемічна кома
- D. Гіпертиреοїдна кома
- E. Гіпоглікемічна кома

Які препарати використовують в терапії кетоацидотичної коми?

- A. Гідрокарбонат калію.
- B. 10% розчин калію хлориду.
- C. Обзидан.
- D. 1,0 % розчин метиленового синього.
- E. Протафан НМ.

У хворοї 40 років, що страждає на цукровий діабет 1 типу тяжкої форми виникла декомпенсація захворювання, яка супроводжувалася кетоацидотичним станом. Лікування порушень метаболізму проводилася шляхом д/в введення дрібних доз інсуліну короткої дії та ізотонічного розчину хлориду натрію. Через годину у хворοї з'явився біль голови, пітливість, перебої в роботі серця. Цукор крові – 2,8 ммоль/л, вміст натрію - 140 ммоль/л. Що зумовило виникнення цього стану ?

- A. Інфекційне захворювання.
- B. Гіпокаліємія.
- C. Кетоацидотична інтоксикація.
- D. Наслідок небажаних реакцій організму на інсулінотерапію.
- E. Гіпоглікемія.

Хворий, 63 роки, страждає на цукровий діабет 2-го типу. На фоні гострого порушення мозкового кровообігу розвинулась висока гіперглікемія, різке обезводнення, гіперхлоремія, гіпернатріємія. Кетонемія і ацетонурія відсутні. Вкажіть правильний діагноз.

- A. Гіперосмолярна кома
- B. Гостра ниркова недостатність
- C. Кетоацидотична кома
- D. Хронічна ниркова недостатність
- E. Гіперлактацидемічна кома

Хвора С., 32 р., доставлена без свідомості у реанімаційне відділення. У хворой виявлена картка хворого на цукровий діабет. Інсуліну не знайдено. Дихання шумне, типу Куссмауля, запах ацетону з рота, шкіра суха, тургор знижений, риси лица загострені, періостальні рефлексі відсутні, тонус очних яблук знижений. Рівень лактату в крові 1,2 ммоль/л, глікемія 29 ммоль/л. Яку кому можна запідозрити?

- A. Мозкова
- B. Гіперосмолярна.
- C. Гіпохлоремічна.
- D. Кетоацидотична.
- E. Лактацидемічна.

Хворий 68 р. госпіталізований в реанімаційне відділення із скаргами на сильний біль м'язів, блювоту, сонливість, яка переходить в ступор, біль в ділянці серця. Об'єктивно: тонус очних яблук знижений, АТ – 100/55 мм рт ст, пульс – 136 уд/хв, глікемія 14 ммоль/л, ацидоз рН крові – 7,0, рівень лактату 2,8 ммоль/л ? Встановіть вірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома.
- B. Мозкова кома.
- C. Уремічна кома.
- D. Лактацидемічна кома.
- E. Гіперосмолярна кома.

У реанімаційному відділенні знаходиться хвора М., 72 р., з симптомами дегідратації, олігоурією, гіпотермією, гіпоксією, сильними болями в м'язах. В анамнезі цукровий діабет 2 типу, лікувалась бігуанідами. Стан почав погіршуватись після перенесеного інфаркту міокарду 1 місяць тому. Об'єктивно: шкіра суха, тургор знижений, АТ – 80/40 мм рт ст, пульс 136 уд/хв. Дихання Кусмауля, тонус очних яблук знижений. Встановіть попередній діагноз?

- A. Уремічна кома.
- B. Кетоацидотична кома.
- C. Мозкова кома.
- D. Гіперосмолярна кома.
- E. Лактацидемічна кома.

Хворого транспортовано в медичний заклад без свідомості. Зі слів супроводжуючих вдалося встановити, що пацієнт втратив свідомість під час тренування на заключному етапі марафонської дистанції. Яка кома найбільш вірогідна у даного пацієнта?

- A. Гіпоглікемічна
- B. Гіперглікемічна
- C. Гіпотиреоїдна
- D. Печінкова
- E. Кетоацидотична

Як розрахувати початкову дозу інсулінотерапії за діабетичної кетоацидотичної коми?

- A. Інсулін короткої дії у розрахунку 0,1-0,3 ОД/кг/год.
- B. Інсулін короткої дії у розрахунку 0,3-0,5 ОД/кг/год.
- C. Інсулін короткої дії у розрахунку 0,5-1,0 ОД/кг/год.
- D. Інсулін ультракороткої дії у розрахунку 0,05 ОД/кг/год.
- E. Інсулін короткої дії у розрахунку 0,05-0,1 ОД/кг/год.

Хворий, 57 років, з діагнозом цукровий діабет 2 типу, внаслідок харчового отруєння відмінив цукрознижуючу терапію. Утримується біль у животі, зростає спрага. На момент обстеження глікемія 45 ммоль/л, глюкозурія 50 г/л. При огляді: реагує на запитання, значна дегідратація, шкіра суха, дихання поверхневе, часте, тахікардія. АТ 80/60 мм рт.ст. Реакція сечі на ацетон негативна. Встановіть попередній діагноз?

- A. Гіперосмолярна кома
- B. Лактацидемічна кома
- C. Кетоацидотична кома
- D. Церебральна кома
- E. Інфекційно-токсичний шок

Хворий 63 років страждає на цукровий діабет 2-го типу. На фоні гострого порушення мозкового кровообігу розвинулась висока гіперглікемія, різке зневоднення, гіперхлоремія, гіпернатріємія. Кетонемія і ацетонурия відсутні. Вкажіть правильний діагноз.

- A. Гіперосмолярна кома
- B. Гостра ниркова недостатність
- C. Кетоацидотична кома
- D. Гіперлактацидемічна кома
- E. Хронічна ниркова недостатність

Хвора А., 54 роки, доставлена без свідомості до лікарні машиною швидкої допомоги. При огляді: риси обличчя загострені, очні яблука м'які, шкіра та слизові оболонки дуже сухі, температура шкіри дещо підвищена, гіпотонія скелетних м'язів, ЧСС 110 уд/хв, артеріальний тиск 70/40 мм рт ст, отримано через катетер 50 мл сечі. Періодично виникають судоми. У додаткових дослідженнях: цукор крові - 60,7 ммоль/л, натріємія – 168 ммоль/л, глюкозурія, відсутність ацетону в сечі, осмолярність крові – 480 мосм/л. Встановіть діагноз.

- A. Гіперосмолярна кома
- B. Гіперацидотична кома
- C. Гіперлактацидемічна кома
- D. Гіперкетонемічна прекома
- E. Гіпопітуїтарна кома

Хвора, віком 65 років, госпіталізована до реанімаційного відділення в коматозному стані. Хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 10-и років. Останні 2 тижні скаржилась на виражену поліурія, полідипсію. Глюкоза сироватки крові – 30 ммоль/л, рН артеріальної крові – 7,3. Осмолярність плазми крові – 350 мОсм/л. Хворій встановлено діагноз: діабетична гіперосмолярна кома. Який основний патогенетичний механізм розвитку даного ускладнення?

- A. Дегідратація
- B. Гіпокоагуляція
- C. Гіпонатріємія
- D. Гіпотензія
- E. Кетонемія

Хворого Л. 28 років госпіталізовано у лікарню непритомним. Відомо, що він хворіє на цукровий діабет 8 років, отримує інсулін середньої тривалості дії у дозах 20МО перед сніданком і 14МО перед вечерею. Останні три дні вводив інсулін у зменшених дозах.

Об'єктивно: шкіра суха. Пульс– 112/хв., ритмічний, малий. АТ – 90/60 мм рт.ст. Язик сухий, малиновий. Запах ацетону з рота. Частота дихання – 28/хв., дихання шумне. Живіт м'який, бере участь в акті дихання. Печінка пальпується на 4 см нижче реберної дуги.

Глюкоза крові 39 ммоль/л, реакція сечі на ацетон позитивна.

Який діагноз?

- A. Діабетичний кетоацидоз III ст.
- B. Діабетичний кетоацидоз I ст.
- C. Колаптоїдний стан
- D. Мозкова кома
- E. Гіперосмолярна кома

Для пероральної регідратації хворих у діабетичній передкомі рекомендовано використовувати:

- A. Мінеральні газовані води
- B. Мінеральні негазовані води
- C. Дистильовану воду
- D. Розчин спеціальних сольових композицій
- E. Фізіологічний розчин натрію хлориду

Хвора оперована з приводу дифузного токсичного зоба. Перед операцією пульс 96/хв., АТ 125/70 мм рт. ст. На другий день після хірургічного втручання стан різко погіршав: хвора збуджена, свідомість потьмарена, серцебиття, виражена пітливість, блювання. Пульс 166/хв., аритмія, фібриляція передсердь, АТ 80/40 мм рт. ст. Температура 39⁰С. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Післяопераційний сепсис
- B. Гостра дихальна недостатність
- C. Тиреотоксичний криз
- D. Гіпопаратиреоз
- E. Гостра серцево-судинна недостатність

Хвора В., 49 років, страждає на цукровий діабет протягом 9 років. Лікується глімепіридом у добовій дозі 8 мг вранці. Після напруженої фізичної роботи відмічає значну пітливість, біль у серці та за грудниною стискаючого характеру, серцебиття. Назвіть найбільш вірогідну причину описаного стану хворої:

- A. Надмірна фізична робота
- B. Нерегулярне харчування
- C. Велика доза цуркознижувального препарату
- D. Гіпоглікемічні стани
- E. Зневоднення організму під час роботи

Для виведення із гіперосмолярної коми (за рівня натріємії 145-165 мекв/л) призначають:

- A. Глюкагон.
- B. Великі дози інсуліну.
- C. 4% розчин бікарбонату натрію.
- D. 0,45% розчин натрію хлориду.
- E. 10% розчин натрію хлориду.

Хвора Н., 38 років, поступила у клініку в непритомному стані. За словами лікаря швидкої допомоги, у хворої вдома відзначалося психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню знепритомніла. З анамнезу хвороби: багато років страждає на цукровий діабет 1 типу, лікується інсуліном. При фізичному обстеженні: в непритомному

стані, шкіра волога, зіниці широкі, посмикування м'язів обличчя; частота дихальних рухів - 20 в 1 хв; пульс - 90 в 1 хв., ритмічний; АТ 150/90мм.рт.ст. Живіт м'який. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома
- B. Гіпоглікемічна кома
- C. Гіперосмолярна кома
- D. Молочнокисла кома
- E. Декомпенсація цукрового діабету

Хвора Т., 26 р., перебуває в реанімаційному відділенні у зв'язку з кетоацидотичною комою. Свідомість затьмарена, тонус очних яблук знижений, АТ – 90/60 мм рт ст, пульс – 130 уд/хв. Глікемія 25 ммоль/л, рН – 7,1. Вміст кетонів тіл (++++). Яка Ваша початкова тактика?

- A. Введення 500 мл 5% р-ну глюкози.
- B. Введення 4% гідрокарбонату натрію 2,5 мл/кг.
- C. Введення 1000 мл 0,9% NaCl протягом 1-ої години та введення 10-20 од інсуліну короткої дії в/в струменево, а потім крапельно з розрахунку 0,1 Од/кг/год до ліквідації кетоацидозу.
- D. Введення 10-20 од інсуліну ультракороткої дії в/в струменево, а потім крапельно з розрахунку 0,05 Од/кг/год до ліквідації кетоацидозу.
- E. Введення 500 мл 0,9% натрію хлориду в/в крапельно.

Хвора С., 32 р., доставлена без свідомості у реанімаційне відділення. У хворої виявлена картка хворого на цукровий діабет. Інсуліну не знайдено. Дихання шумне, типу Куссмауля, запах ацетону з роту, шкіра суха, тургор знижений, риси лиця загострені, періостальні рефлексії відсутні, тонус очних яблук знижений. Рівень лактату в крові 1,2 ммоль/л, глікемія 29 ммоль/л. Яку кому можна запідозрити?

- A. Мозкова
- B. Гіперосмолярна.
- C. Гіпохлоремічна.
- D. Кетоацидотична.
- E. Лактацидемічна.

Хвора Т., 66 р., скаржиться на біль в животі, нудоту, блювоту, біль в м'язах. Об'єктивно: різко виражені симптоми дегідратації, АТ 90/50 мм рт ст, анурія, температура 35,9 С, глікемія – 12,9 ммоль/л, ацетонурія відсутня. рН крові 6,8, вміст лактату 4,8 ммоль/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Уремічна кома.
- B. Кетоацидотична кома.
- C. Мозкова кома.
- D. Лактацидемічна кома.
- E. Гіперосмолярна кома.

Розвитку кетоацидозу та кетоацидотичної коми сприяють вказані фактори:

- A. Невиправданого зниження дози інсуліну.
- B. Довготривала терапія антагоністами інсуліну.
- C. Хірургічні втручання та травми.
- D. Інтеркурентні захворювання.
- E. Всі перераховані.

Хвора 46 років поступила в реанімаційне відділення з симптомами дегідратації. В анамнезі ЦД 2 типу, ожиріння. Відомо, що хвора з метою похудіння приймала сечогінні препарати, після чого почали наростати спрага, сухість в роті, поліурія. Об'єктивно: свідомість затьмарена, тонус очних яблук знижений, дихання глибоке шумне, АТ – 110/60 мм рт т, пульс – 140 уд/хв. Глікемія 45 ммоль/л, гіперхлоремія, гіпернатріємія, азотемія, відсутність кетонемії та ацетонурії, осмолярність плазми 400 мосм/л. Встановіть вірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома.
- B. Мозкова кома.
- C. Уремична кома.
- D. Лактацидемічна кома.
- E. Гіперосмолярна кома.