Тесты для врачей педиатров по детской эндокринологии

001. Для семейной низкорослости характерно:

а) отставание костного возраста

б) остеопороз

в) позднее вступление в пубертат

г) нормальные показатели физического развития при рождении

002. Больные с церебрально-гипофизарным нанизмом получают инъекции гормона роста:

а) 1 раз в день б) через день в) 1 раз в неделю г) 2 раза в неделю

003. При конституциональной задержке роста отставание костного возраста:

а) характерно б) не характерно

004. При конституциональной задержке роста отставание темпов скорости роста

а) характерно б) не характерно

005. Для примордиального нанизма характерно:

а) гипогонадизм

б) низкие темпы роста

в) низкие показатели массы тела и роста при рождении

г) низкий уровень гормона роста

006. Укажите препараты для лечения церебрально-гипофизарного нанизма:

а) генотропин, нордитропин

б) преднизолон, кортинеф

в) парлодел, соматостатин

г) актрапид, лантус

007. Критериями диагностики гипофизарного нанизма являются все перечисленные, кроме:

а) отставание в росте более -2 SDS роста

б) отставание костного возраста на 3 года и более

в) раннее закрытие зон роста

г) темпы роста — менее 4 см в год

008. Гормон роста обладает всеми перечисленными эффектами в организме, кроме:

а) активизирует глюконеогенез

б) участвует в синтезе ИФР-1

в) анаболический эффект

г) стимулирует запасание жира в депо

009. Какая лекарственная проба не проводится для определения стимулированной секреции гормона роста?

а) с клонидином

б) с инсулином

в) с анаприлином

г) с L-ДОПА

010. Низкорослость эндокринного генеза может быть обусловлена всеми перечисленными причинами, кроме:

а) дефицит тропных гормонов

б) изолированный дефицит гормона роста

в) избыток глюкокортикоидов

г) повышение тиреоидных гормонов и снижение ТТГ

011. Для какой формы ожирения характерно равномерное распределение подкожного жира?

а) конституционально-экзогенной

б) диэнцефальной

в) синдрома Кушинга

г) адипозо-генитальной дистрофии

012. При лечении синдрома Прадера-Вилли можно использовать все перечисленное, кроме:

а) диетотерапии

б) ЛФК

в) анорексигенных препаратов

г) препаратов сульфонилмочевины

013. У больных сахарным диабетом 1 типа ожирение наблюдается при синдроме:

а) Мориака б) Нобекура

014. При какой форме ожирения у детей отмечается задержка роста?

а) конституционально-экзогенном

б) алиментарном

в) синдроме Кушинга

г) диэнцефальном

015. Для конституционально-экзогенного ожирения характерно:

а) перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия

б) равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие и розовые

в) ускорение полового развития

г) ускорение роста

016. У мальчика 7 лет отмечается жажда, полиурия, потеря массы тела,

общая слабость, сниженный аппетит. При обследовании: гликемия натощак — 3.5 ммоль/л,

через 2 часа после нагрузки глюкозой — 4.5 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует. Суточный диурез —3000 мл. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому — 1000−1002.

Ваш предполагаемый диагноз

а) почечная глюкозурия

б) инсулинозависимый сахарный диабет

в) несахарный диабет

г) нарушенная толерантность к углеводам

017. У девочки 12 лет с рождения отмечается отечность в области шеи,

кистей, стоп, с 7 лет задержка роста. При осмотре выявлены множественные стигмы дисэмбриогенеза,короткая шея с крыловидными складками, узкое твердое небо, поперечная ладонная складка, отсутствие вторичных половых признаков. При обследовании: половой хроматин отрицательный; уровни соматотропного гормона (СТГ) и тиреотропного гормона (ТТГ)

не изменены. Ваш предполагаемый диагноз:

а) церебрально-гипофизарный нанизм

б) примордиальный нанизм

в) синдром Шерешевского — Тернера

г) конституциональная задержка полового и физического развития

018. У девочки 13 лет отмечается задержка роста с 3 лет (темпы роста не превышают 2−3 см в год). Телосложение пропорциональное. Рост 120 см. Костный возраст соответствует 7 годам. Половой хроматин положительный.

Уровни СТГ и ТТГ в крови, гонадотропных, половых и тиреоидных гормонов снижены.

Ваш предварительный диагноз:

а) церебрально-гипофизарный нанизм

б) примордиальный нанизм

в) синдром Шерешевского — Тернера

г) конституциональная задержка полового и физического развития

019. Для болезни Иценко — Кушинга наиболее характерны все перечисленные синдромы, кроме

а) артериальной гипотензии

б) артериальной гипертензии

в) неравномерного отложения жира

г) множественных стрий

д) наличия мочевого синдрома (умеренная протеинурия, полиурия, никтурия)

020. У ребенка 1 г 4 мес три дня назад появились признаки ОРВИ, отмечаются вялость, жажда, мышечная гипотония.

При осмотре температура 37.2°C, гиперемия зева, кожа покрыта холодным потом, жидкий стул, АД — 45/20 мм рт.ст., гермафродитное строение гениталий. При обследовании: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ увеличена, гипонатриемия, гиперкалиемия, на ЭКГ — высокий заостренный зубец Р. В анамнезе до 3-месячного возраста была рвота «фонтаном», лечился в стационаре. Наблюдался эндокринологом, получал 5 мг преднизолона ежедневно. В семье, где родился ребенок, два предыдущих ребенка умерли в возрасте одного года (предположительный

диагноз «кишечная инфекция»). Ваш предположительный диагноз:

а) сольтеряющая форма адреногенитального синдрома

б) вегетососудистая дистония

в) церебрально-гипофизарный нанизм

г) кишечная инфекция

021. При первичной хронической надпочечниковой недостаточности наблюдается:

а) тремор рук

б) судороги

в) повышенный аппетит

г) гиперпигментация кожи

д) желтушность кожи

022. Для первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) характерно все перечисленное, кроме:

а) повышения сахара в крови

б) снижения калия в крови

в) артериальной гипертензии

г) мышечной слабости, вялых параличей

д) полиурии, никтурии

023. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все перечисленные признаки,

кроме:

а) снижения аппетита

б) повышения АД

в) снижения АД

г) сочетания этой болезни с туберкулезом

д) сочетания этой болезни с кандидозом

024. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:

а) вялость

б) жажда

в) мышечная гипотония

г) жидкий стул

д) все перечисленное

025. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:

а) гипонатриемия

б) гиперкалиемия

в) высокий заостренный зубец Т на ЭКГ

г) все перечисленное

026. Неотложными мероприятиями, которые необходимо провести на догоспитальном этапе при сольтеряющей форме

адреногенитального синдрома, являются:

а) внутримышечное введение гидрокортизона, введение флудрокортизона

б) введение внутримышечно гидрокортизона каждые 6−8 часов

в) введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы внутривенно капельно

г) введение ДОКСА внутримышечно 1−2 раза в сутки

д) введение всех перечисленных препаратов

027. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома следует вводить

а) внутримышечно гидрокортизон каждые 6−8 часов

б) внутривенно капельно физиологический раствор

в) внутривенно 5% раствор глюкозы

г) внутримышечно ДОКСА 1−2 раза в сутки

д) все перечисленное

028. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки,

кроме:

а) гиперпигментации кожи

б) желтушности кожи

в) похудания

г) общей слабости

029. У детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается:

а) ускорение костного возраста по отношению к паспортному

б) отставание костного возраста по отношению к паспортному

в) эпифизарный дисгенез

г) костный возраст соответствует паспортному

030. Для врожденной дисфункции коры надпочечников характерно:

а) гиперпигментация кожных складок

б) «кофейные» пятна на коже

в) участки депигментации

г) аномальное строение наружных гениталий у мальчиков

031. Сольтеряющая форма ВДКН обусловлена блоком 21-гидроксилаэы:

а) полным б) неполным

032. При биохимическом исследовании крови у ребенка с болезнью Иценко-Кушинга выявляются:

а) гипокалиемия и гипонатриемия

б) гиперкалиемия и гипонатриемия

в) гипокалиемия и гипернатриемия

г) гиперкалиемия и гипернатриемия

033. Причиной врожденной дисфункции коры надпочечников (BДKH) является:

а) наследственная ферментопатия

б) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

в) кровоизлияние в надпочечники во время родов

г) гипоплазия коры надпочечников

034. При проведении большой пробы с дексаметазоном при болезни Иценко-Кушинга уровень АКТГ:

а) повышается

б) не изменяется

в) снижается

035. К клиническим симптомам врожденной дисфункции коры надпочечников при диагностике заболевания

у детей старше 2 лет относятся все перечисленные, кроме:

а) ускоренный рост

б) задержка полового развития

в) ускоренное половое развитие

г) маскулинное телосложение

036. Для сольтеряющей формы BДKH характерны:

а) гипонатриемия и гиперкалиемия

б) гиперхлоремия и снижение

в) гиперкалиемия и гиперхлоремия щелочных резервов крови

037. Основные мероприятия для выведения больного из состояния острой надпочечниковой

недостаточности в течение первых суток включают все перечисленные, кроме:

а) введение внутривенно изотонического раствора NaCl и глюкозы (5% или10%)

б) гидрокортизона гемисукцинат 100 мг — в/в

в) гидрокортизона ацетат внутримышечно — 50−100 мг/кг

г) введение внутривенно раствора КСl

038. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

а) перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия

б) равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие и розовые

в) ускорение полового развития

г) ускорение роста

039. Для сольтеряющей формы ВДКН характерно:

а) желтуха

б) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи

в) запоры

г) гипергидроз

040. Для новорожденных с сольтеряющей формой ВДКН характерно:

а) запоры

б) жидкий стул

в) позднее отхождение мекония

г) отсутствие изменений

041. Для первичного гипотиреоза характерно изменение уровней гормонов в крови:

а) повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т3, снижение уровня Т4

б) снижение уровня ТТГ, повышение уровней T3 и Т4

в) снижение уровней ТТГ, Т3 и Т4

г) повышение уровней ТТГ, Т3 и Т4

042. Заместительная терапия тироксином назначается по данным неонатального скрининга в роддоме на

врожденный гипотиреоз при уровне ТТГ:

а) до 20 мкЕ/мл

б) 20−50 мкЕ/мл

в) более 50 мкЕ/мл

г) более 100 мкЕ/мл

043. Мерказолил может вызвать все перечисленные побочные эффекты, кроме:

а) кожная сыпь б) лейкоцитоз в) агранулоцитоз г) зобогенный эффект

044. При диффузном токсическом зобе отмечаются все перечисленные изменения, кроме:

а) кожа сухая, иктеричная

б) кожа влажная, горячая

в) стойкий красный дермографизм

г) уменьшение массы тела

045. Причиной врожденного гипотиреоза у детей является:

а) пороки развития щитовидной железы

б) воздействие стресса на организм матери

в) аутоиммунный процесс в щитовидной железе

046. Физиологическое действие тиреоидных гормонов в организме:

а) снижают уровень сахара в крови

б) формируют пол ребенка

в) оказывают влияние на формирование головного мозга

г) влияют на калиево-натриевый баланс

047. Пороки развития половых желез могут быть обусловлены патологией

а) половых хромосом

б) аутосом

в) генов, локализующихся в аутосомах

г) генов, локализующихся в половых хромосомах

д) всего перечисленного

048. Причиной нарушения формирования половых желез может быть

а) нарушение числа половых хромосом (полисомия, моносомия)

б) нарушение структуры половых хромосом (делеция, транслокация и др.)

в) влияние неблагоприятных факторов на ранних этапах эмбриогенеза

г) генные нарушения в аутосомах и половых хромосомах

д) все перечисленное

049. Наиболее типичным вариантом синдрома дисгенезии гонад является

а) синдром Шерешевского — Тернера

б) синдром Каллмана

в) аутоиммунный полиэндокринный синдром

г) гипогонадизм центрального генеза

д) все формы гипогонадизма

050. Наличие у больного синдрома дисгенезии гонад и увеличенного клитора свидетельствует обо всем перечисленном,

кроме

а) повышения секреции андрогенов

б) повышения секреции эстрогенов

в) наличия рудиментарной тестикулярной ткани в яичнике

г) наличия опухоли в неполноценной гонаде,

в том числе злокачественной

д) бесконтрольного применения анаболических препаратов

051. Исследование полового хроматина

показано во всех перечисленных случаях, кроме

а) нормального кариотипа

б) низкого роста

в) гипогонадизма

г) интерсексуальных гениталий

д) бесплодия

052. Исследование полового хроматина у новорожденного проводится

а) на 1-м дне жизни

б) на 2-м дне жизни

в) на 3−4-м дне жизни

г) на 5-м дне жизни

д) на 6−7-м дне жизни

053. Для синдрома чистой дисгенезии гонад характерно

а) кариотип XY

б) яичники представлены соединительнотканными тяжами

в) высокий рост

г) отсутствие соматических аномалий

д) все перечисленное

054. Фертильность при синдроме чистой дисгенезии гонад

а) отсутствует

б) возможна при мозаичной форме

в) возможна после лечения

г) больные условно фертильны

д) нормальная

055. Синдром чистой дисгенезии гонад следует дифференцировать

а) с синдромом Нунан

б) с первичным гипогонадизмом

в) со вторичным гипогонадизмом

г) с тестикулярной феминизацией

д) со всем перечисленным

056. При надпочечниковой форме ложного женского гермафродитизма заместительная терапия глюкокортикоидами

должна проводиться

а) всю жизнь

б) в пубертате

в) только при стрессовых ситуациях

г) по самочувствию больного

д) необходимости в постоянной терапии глюкокортикоидами нет

057. Для истинного гермафродитизма клинически наиболее характерно

а) смешанное строение гонад

б) смешанное строение наружных гениталий

в) смещанное строение внутренних гениталий

г) смешанный характер развития вторичных половых признаков

д) резкое опережение костного возраста

058. Синдром Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме

а) выявления заболевания только у мужчин

б) определения полового хроматина Х

в) признаков первичного гипогонадизма

г) бесплодия

д) высокого интеллекта у больных

059. Тельца Барра (половой хроматин Х) определяются у мужчин

а) при синдроме Клайнфельтера

б) при синдроме Каллмена

в) при вторичном гипогонадизме

г) при синдроме Паскуалини

д) при синдроме Меддока

060. Синдром Каллмена характеризуется всем перечисленным, кроме

а) выявления заболевания и у мужчин, и у женщин

б) подтверждения признаков первичного гипогонадизма

в) признаков третичного гипогонадизма

г) аносмии (гипоосмии)

д) сочетания заболевания с врожденными гипоплазиями

061. Для синдрома Паскуалини характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) дефицита секреции ЛГ (лютеинизирующего гормона)

б) фертильности

в) скудного роста волос на лице

г) фальцета

д) патологического кариотипа

062. Для ложного крипторхизма характерно все перечисленное, кроме

а) непостоянного отсутствия яичка в мошонке

б) отсутствия признаков гипогонадизма

в) нормальной фертильности

г) очень низкого уровня андрогенов в сыворотке крови

д) отсутствия деструктивных изменений в яичках

063. Показанием для хирургического метода лечения больных крипторхизмом является все перечисленное, кроме

а) наличия истинного крипторхизма

б) отсутствия эффекта от курса введения хорионического гонадотропина внутримышечно

в) отсутствия эффекта от введения малых доз

хорионического гонадотропина в области пахового канала

г) опасности развития аутоиммунного орхита

д) наличия гиперпролактинемии

064. Оптимальным возрастом больного при хирургическом лечении крипторхизма является

а) до 1 года

б) не позднее 2 лет

в) до 5 лет

г) до пубертата

д) для проведения операции возраст не имеет значения

065. Для истинного преждевременного полового созревания у мальчика характерно все перечисленное, кроме

а) появления вторичных половых признаков

б) соответствия костного возраста паспортному

в) увеличения наружных половых органов, тестикул

г) увеличения уровня тестостерона в плазме

д) увеличения уровня гонадотропных гормонов

066. Преждевременное ложное половое созревание у девочек

характеризуется всем перечисленным, кроме

а) появления вторичных половых признаков у маленького ребенка

б) высокого уровня гонадотропинов

в) увеличения эстрогенов в сыворотке крови

г) увеличения уровня 17-КС в моче

д) увеличения одного яичника (опухоли)

067. Клиника истинного изосексуального преждевременного

полового созревания у девочек включает все перечисленное, кроме

а) преждевременного наступления пубертата

б) появления спонтанного роста грудных желез

в) появления спонтанных менструаций

г) появления лобкового оволосения по женскому типу

д) слишком высокого роста

068. Гетеросексуальное преждевременное половое развитие у девочек

включает все перечисленное, кроме

а) преждевременного наступления пубертата

б) увеличения клитора

в) появления лобкового оволосения по мужскому типу

г) роста волос на лице и теле

д) слишком высокого роста

069. При истинном преждевременном половом созревании

наиболее выраженный патологический процесс выявляется

а) в центральной нервной системе

(опухоль, воспаление, деструктивные изменения)

б) в надпочечниках

в) в гонадах

г) во внутренних половых органах

д) в легких

070. При ложном преждевременном половом созревании у девочек

(опухоль гонады) показано

а) оперативное лечение

б) лечение андрогенами

в) лечение эстрогенами

г) введение гонадотропинов курсами

д) решение вопроса о методе лечения после закрытия зон роста

071. Для врожденного первичного гипотиреоза

характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) задержки психомоторного развития

б) длительно существующей желтухи новорожденных

в) тахикардии

г) сухости кожи

д) диареи

072. Для больного сахарным диабетом характерны все перечисленные признаки, кроме

а) жажды

б) учащенного мочеиспускания

в) общей слабости

г) похудания

д) плаксивости

073. При сахарном диабете 1 типа, гипогликемической коме следует

а) ввести 40% раствор глюкозы

б) ввести подкожно 0.5−1.0 мл адреналина

в) накормить больного после выхода из комы

г) назначить все перечисленное

074.У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад.

При осмотре: бессознательное состояние; дыхание Куссмауля; гиперемия щек; сухость кожи; язык малиновый,

сухой; глазные яблоки мягкие; в легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы; печень на 3 см выступает из-

под реберного края; остальные органы без явных отклонений от нормы. От больного исходит отчетливый запах

ацетона. В анамнезе: перенесенный грипп, в течение 2−3 недель жалобы на жажду, частые мочеиспускания;

похудание при удовлетворительном аппетите; вялость, заторможенность, потеря аппетита в течение последних 2

дней, накануне появление тошноты и рвоты. Ваш предварительный диагноз:

а) сахарный диабет

б) несахарный диабет

в) диабетическая кетоацидотическая кома

г) нарушенная толерантность к углеводам

075. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме данных

а) о гипербилирубинемии

б) о гипергликемии

в) о глюкозурии

г) о наличии ацетона в моче

076. К признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидотическая кома» относятся все перечисленные,

кроме

а) бессознательного состояния

б) шумного дыхания Куссмауля

в) сухой кожи

г) кашля

077. При диабетической кетоацидотической коме

наблюдается все перечисленное, кроме

а) болей в животе

б) потери сознания

в) запаха ацетона в помещении

г) расстройства дыхания

д) желтушности кожи

078. У мальчика 5 лет при плановом диспансерном обследовании обнаружен сахар в моче в количестве 1.5%. Сахар

крови натощак — 5.1 ммоль/л, через 1 час после обеда — 6.1 ммоль/л, через 2 часа после ужина — 6.2 ммоль/л, в 24

часа — 4.6 ммоль/л, в 4 часа утра — 4.4 ммоль/л. Сахарная кривая с нагрузкой глюкозой натощак — 4.1 ммоль/л,

через 120 мин — 4.2 ммоль/л. Ваш предполагаемый диагноз

а) почечная глюкозурия

б) сахарный диабет 1 типа

в) несахарный диабет

г) нарушенная толерантность к углеводам

079. Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с

кетоацидотической прекомой сахарного диабета имеет значение наличие всех перечисленных признаков, кроме

а) слабости

б) гипертермии

в) высокого уровня гликемии

г) высокого уровня глюкозурии

д) гипертензии

080. У девочки 14 лет имеется ожирение III степени, фурункулез, гликемия натощак — 5.2 ммоль/л, через 2 часа после

нагрузки глюкозой -7.9 ммоль/л, суточный диурез — 1000 мл, удельный вес мочи 1015−1020. В анамнезе: у бабушки

по линии матери имеется сахарный диабет 2 типа.

Ваш предварительный диагноз

а) почечная глюкозурия

б) сахарный диабет 1 типа

в) несахарный диабет

г) нарушенная толерантность к углеводам

081. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить

а) дообследование

б) срочную госпитализацию в стационар

в) внутримышечное введение инсулина

г) лечение на дому

082. Мальчик 5 лет имеет ожирение с трехлетнего возраста, дебильность, крипторхизм. В раннем детстве отмечалась

выраженная мышечная гипотония. Ваш предварительный диагноз

а) конституционально-экзогенное ожирение

б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

в) церебральное ожирение

г) синдром Прадера

д) синдром Лоренса — Муна — Бидля

083. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета для оказания срочной помощи необходимо провести

все перечисленные мероприятия, кроме

а) внутримышечного и внутривенного введения инсулина

в дозе 0.1 ЕД на кг

б) срочной госпитализации в реанимационное отделение

в) организации стационара на дому

084. У мальчика 14 лет имеется ожирение III степени, шестипалость, олигофрения, гипогонадизм, пигментный ретинит.

Ваш предварительный диагноз

а) конституционально-экзогенное ожирение

б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

в) церебральное ожирение

г) синдром Прадера

д) синдром Лоренса — Муна — Бидля

085. У больных с врожденным первичным гипотиреозом наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме

а) брадикардии

б) вялости

в) пупочной грыжи

г) крипторхизма

д) запоров

086. При гипотиреозе педиатр должен

а) назначить самостоятельно лечение

б) направить больного на консультацию к эндокринологу для решения вопроса о госпитализации и лечении

в) назначить диетотерапию

087. При сахарном диабете 1 типа наличие антител к β-клеткам:

а) характерно, б) не характерно

088. Простой инсулин начинает действовать через:

а) 5 минут

б) 1 час

в) 30 мин

г) 2,5 часа

089. О декомпенсации сахарного диабета свидетельствуют показатели HbA1с более:

а) 7,0% б) 7,5% в) 8% г) 9%

090. К провоцирующим факторам развития гипогликемии относят все перечисленные, кроме:

а) недостаточное содержание углеводов в пище

б) передозировка инсулина

в) физические нагрузки

г) недостаточное введение инсулина

091. Какая ткань не является инсулинзависимой?

а) мышечная б) нервная в) жировая

092. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период

«медового месяца»:

а) 0,6 — 0,8 б) < 0,5 в) 1,0−2,0 г) 0,6−1,0 д) 1,0−1,5

093. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период

декомпенсации (кетоацидоз):

а) 0,6 — 0,8 б) < 0,5 в) 1,0−2,0 г) 0,6−1,0 д) 1,0−1,5

094. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период пубертата:

а) 0,6 — 0,8 б) < 0,5 в) 1,0−2,0 г) 0,6−1,0 д) 1,0−1,5

095. При каком уровне гликемии необходимо в/в введение глюкозы при выведении больных из диабетической комы?

а) 24 ммоль/л

б) 14 ммоль/л

в) 10 ммоль/л

г) 8 ммоль/л

096. Возможное показание для применения бикарбоната натрия при диабетической коме:

а) кетоацидоз

б) рН менее 7,0

в) бессознательное состояние

г) гипергликемия более 20 ммоль/л

097. Для гиперосмолярной комы характерно все ниже перечисленное, кроме:

а) кетоацидоз

б) гиперосмолярность

в) гипернатриемия

г) гипергликемия

098. Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме:

а) боли в животе

б) гипергидроз

в) снижение внутриглазного давления

г) рвота

099. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает все перечисленное,

кроме:

а) креатинин сыворотки

б) проба Реберга

в) газоанализ и рН крови

г) электролиты плазмы крови

100. Методы лечения гипогликемической комы включают все перечисленные, кроме:

а) в/в введение 40% глюкозы струйно

б) в/в введение 5−10% глюкозы капельно

в) введение глюкагона подкожно

г) в/в введение бикарбоната натрия