

ТЕСТИ З ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

1. Хворий К., 33 років, звернувся зі скаргами на різке збільшення маси тіла (30 кг за 2 роки), періодичні головні болі, зниження потенції. Захворювання пов'язує з перенесеною ГРВІ. Об'єктивно: зріст - 170 см, маса тіла - 118 кг. Відкладення жиру переважно на грудях, животі, стегнах. На плечах, животі і стегнах - стрії синюшного кольору. Тони серця приглушені, АТ - 162/96 мм рт. ст. Аналіз крові і сечі без патологічних змін. Глікемія натще 7,6 ммоль/л. Який діагноз є найбільш вірогідним у хворого?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Гіпотироїдне ожиріння
- C. Гіпооваріальне ожиріння
- D. Ожиріння аліментарно-конституційного генезу
- E. Ліпоматоз

2. Хворий 32 років скаржиться на спрагу, поліурію, слабкість. Хворобу пов'язує з черепномозковою травмою. Питома вага сечі - 1001. Про яке захворювання можна думати?

- A. Нецукровий діабет
- B. Цукровий діабет
- C. Хронічний нефрит
- D. Неврогенна полідипсія
- E. Енурез

3. Хвора 34 років зі скаргами на спрагу, поліурію, слабкість. Хворобу пов'язує з черепномозковою травмою. Питома вага сечі - 1002. З метою лікування доцільно призначити:

- A. Адіуретин
- B. Преднізолон
- C. Інсулін
- D. Атропін
- E. Жоден з препаратів

4. Жінка 32 років, з ожирінням, переважно на плечах, тулубі, гірсутизмом, порушенням менструацій. На плечах, грудях, по боках живота, стегнах - багряно-ціанотичні смуги, розтягнення шкіри. Який результат дослідження очікуєте отримати?

- A. Позитивна велика дексаметазонова проба
- B. Позитивна мала дексаметазонова проба
- C. Негативна проба з кортикотропіном
- D. Гіпоглікемія
- E. Анемія

5. У жінки 29 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструації. На плечах, грудях, по боках живота, стегнах - багряно-ціанотичні смуги, розтягнення шкіри. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду
- C. Аліментарне ожиріння
- D. Гіпооваріальне ожиріння
- E. Гіпотироїдне ожиріння

6. Хвора К., 24 роки, скаржиться на виражену слабкість, апатію, нудоту, блювання, втрату ваги, атрофію молочних залоз, аменорею. Хворіє протягом року після пологів, ускладнених сильною кровотечею. Ваш діагноз?

- A. Гіпофізарна недостатність
- B. Гіпогонадизм
- C. Гіпоталамічний синдром
- D. Первинна надниркова недостатність
- E. Аденома гіпофізу

7. Хвора Г., 17 р., при плановому обстеженні в поліклініці було вперше виявлене підвищення АТ до 150/100 мм.рт.ст. Скарг не має. Вага тіла надмірна (ІМТ=33,1). На животі, стегнах, грудях - одиничні рожеві стрії. З боку внутрішніх органів без патології. Ваш попередній діагноз?

- A. Пубертатно-юнацький диспітуїтаризм
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Вегетосудинна дистонія
- D. Аліментарне ожиріння
- E. Хвороба Іценко-Кушинга

8. Хворий С., 38 р. скаржиться на постійний головний біль, спрагу, підвищену втому, підвищення АТ і збільшення ваги (46 кг за 3 роки). Захворювання пов'язує з грипом. При огляді: ріст - 176 см, маса - 143 кг, розподіл жирової клітковини переважно на тулубі; на стегнах, животі множинні стрії вишневого кольору. АТ - 180/100 мм рт.ст. Діагноз?

- A. Хвороба Іценко - Кушинга
- B. Гіпотиреоз
- C. Гіпоталамічний синдром, нейроендокринна форма
- D. Церебральне ожиріння III ст.
- E. Аліментарно-конституціональне ожиріння III ст.

9. Хворий М., 16 р., при обстеженні у військвоєнкоматі було вперше виявлене підвищення АТ до 150/100 мм рт.ст. Скарг не має. Вага тіла надмірна (ІМТ=33,1). На животі, стегнах, грудях - одиничні рожеві стрії. З боку внутрішніх органів без патології. Ваш попередній діагноз?

- A. Пубертатно-юнацький диспітуїтаризм
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Вегетосудинна дистонія
- D. Коарктація аорти
- E. Жоден з наведених

10. Хворий К., 37 р., скаржиться на спрагу, поліурію /до 10 л на добу/, слабкість. Захворювання пов'язує з перенесеною черепномозковою травмою. При обстеженні патології з боку внутрішніх органів не виявлено. Загальні аналізи: крові - без змін; сечі - щільність 1001, білок - немає, цукор - немає, Л - 2-3 у полі зору. Попередній діагноз?

- A. Нецукровий діабет
- B. Психогенна полідипсія
- C. Цукровий діабет
- D. Первинний гіперальдостеронізм
- E. Хронічний гломерулонефрит

11. Хвора А., 27 роки, скаржиться на виражену слабкість, апатію, нудоту, блювання, втрату ваги, атрофію молочних залоз, аменорею. Хворіє протягом року після пологів, ускладнених сильною кровотечею. Усі перелічені клінічні ознаки характерні для післяпологового пангіпопітуїтаризму, крім:

- A. Гіперпігментації,
- B. Артеріальної гіпотонії
- C. Зменшення маси тіла
- D. Симптомів гіпогонадизму

## Е. Поліурії

12. Хвора Т. звернулась до ендокринолога. З анамнезу відомо, що 3 міс. тому породила доношену дитину. В післяпологовому періоді була сильна кровотеча. Надалі турбували виражена слабкість, в'якість, лактації немає. Наростала блідість, з'явилися профузні проноси. При огляді: бліда, трохи жовтувата, шкіра набрякла, суха, холодна. Мова в'яла, язик збільшений, АТ – 60/40 мм рт.ст. Брадикардія. Визначте попередній діагноз:

- A. Післяпологовий гіпопітуїтарний синдром
- B. Первинний гіпотиреоз
- C. Первинний гіпогонадизм
- D. Первинний гіпокортицизм
- E. Астенічний синдром

13. Який препарат призначите для лікування хворої Т.?

- A. Гідрокортизон
- B. Хлорид калію
- C. Адреналін
- D. Мерказоліл
- E. Хлодитан

14. Хвора И., 23 роки, скаржиться на виражену слабкість, апатію, нудоту, блювання, втрату ваги, атрофію молочних залоз, аменорею. Хворіє протягом року після пологів, ускладнених сильною кровотечею. Який з симптомів відсутній за гіпопітуїтаризму?

- A. Гіперпігментація
- B. Гіпотензія
- C. Пронosi
- D. Аменорея
- E. Агалактія

15. Хворий К., 47 років. Скарги на спрагу (випиває 10-12 л води за добу), часте сечовиділення, головний біль, дратівливість. Хворіє близько місяця після перенесеної ГРВІ. Втрата ваги 8 кг. Об'єктивно: шкіра звичайного забарвлення, суха, АТ - 100/60 мм рт. ст. Пульс - 80 уд/хв. Внутрішні органи, аналіз крові без патології. Аналіз сечі: питома вага - 1002, лейкоцити, еритроцити 1-3 у полі зору. Вказані клінічні дані дозволяють запідозрити:

- A. Нецукровий діабет
- B. Цукровий діабет
- C. Нирковий діабет
- D. Психогенну полідипсію
- E. Гіперпаратироз

16. Хворий М., 34 років, звернувся із скаргами на різке збільшення (30 кг за 2 роки), періодичні головні болі, зниження потенції. захворювання пов'язує із перенесеною РВІ. Об'єктивно: зріст 170 см, вага 114 кг. Відкладення жиру переважно грудях, животі, стегнах. На плечах, животі і стегнах стрії синюшного кольору. Тони серця приглушені, АТ - 162/96 мм рт. ст. Вторинні статеві ознаки і статеві органи розвинені добре. Аналіз крові і сечі без патологічних змін. Глікемія натще 7,6 ммоль/л. Який діагноз є найбільш вірогідним у хворого?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Гіпотироїдне ожиріння
- C. Гіпооваріальне ожиріння
- D. Ожиріння аліментарно-конституційного генезу
- E. Ліпоматоз

17. Чоловік 23 років скаржиться на спрагу, поліурію, слабкість. Хворобу пов'язує з ЧМТ. Питома вага сечі - 1003. З метою лікування хворому доцільно призначити:

- A. Адіуретин
- B. Преднізолон
- C. Інсулін
- D. Атропін
- E. Ні один із препаратів

18. Чоловік 30 років скаржиться на спрагу, поліурію, слабкість. Хворобу пов'язує з черепно-мозковою травмою. Питома вага сечі - 1002. Про яке захворювання можете думати?

- A. Нецукровий діабет
- B. Цукровий діабет
- C. Хронічний гломерулонефрит
- D. Неврогенна полідипсія
- E. Енурез

19. У жінки 40 років спостерігається ожиріння за чоловічим типом, порушення менструацій. На плечах, тулубі, стегнах багряно-ціанотичні смуги шкіри. Який результат дослідження очікуєте отримати?

- A. Позитивна велика дексаметазонова проба
- B. Позитивна мала дексаметазонова проба
- C. Негативна проба з кортикотропіном
- D. Гіпоглікемія
- E. Анемія

20. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях та стегнах багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду
- C. Аліментарне ожиріння
- D. Гіпооваріальне ожиріння
- E. Гіпотироїдне ожиріння

21. Хвора К., 24 роки, скаржиться на виражену слабкість, апатію, нудоту, блювання, втрату ваги, атрофію молочних залоз, аменорею. Хворіє протягом року після родів, ускладнених сильною кровотечею. Ваш діагноз?

- A. Гіпофізарна недостатність
- B. Гіпогонадизм
- C. Гіпоталамічний синдром
- D. Первинна надниркова недостатність
- E. Аденома гіпофізу

22. Хворій 39 років була проведена велика дексаметазонова проба і отримано позитивний результат. Якому стану відповідає отриманий результат?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Синдром Іценка-Кушинга
- C. Синдром Конна
- D. Пролактинома
- E. Патології надниркових залоз немає

23. Дівчина 15 років скаржиться на головний біль, зниження працездатності. Маса тіла - 90 кг, зріст - 176 см. АТ - 160 і 90 мм рт.ст. На стегнах і передній поверхні живота багряні смуги розтягнень. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- A. Гіпоталамічний синдром
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Хвороба Іценко-Кушинга
- D. Аліментарно-конституційне ожиріння
- E. Синдром Штейна-Левенталя

24. Жінка 30 років скаржиться на постійний головний біль, погіршення зору, м'язеву слабкість, збільшену в розмірах щитоподібну залозу, зміну і огрубіння рис обличчя, деформацію колінних суглобів збільшення кістей і стоп, відсутність менструацій. З анамнезу відомо, що скарги з'явилися 2 роки тому після пологів. До лікаря по допомогу не зверталась. При обстеженні: щитоподібна залоза ІБ ступ. У крові: ТТГ-N, АКТГ-N, пролактин-N, гонадотропіни - Н. На R-гр. черепа: збільшення розмірів і остеопороз турецького сідла, потовщення лобної кістки. На R-гр. суглобів – збільшення розмірів і деформація суглобів. Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

- A. Акромегалія.
- B. Післяпологовий гіпопітуїтаризм.
- C. Ревматоїдний артрит
- D. Вторинний гіпотиреоз
- E. Пахідермоперіостоз.

25. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях та стегнах багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. Для хвороби Іценка-Кушинга правильними є усі твердження, за винятком:

- A. Часто гіпоглікемічні стани
- B. У хворих «місяцеподібне» обличчя
- C. Часто гіпертензія, кардіоміопатія
- D. Може супроводжуватися гломерулонефритом
- E. У хворої диспластичне ожиріння

26. Хвора С., 37 років, скаржиться на постійний головний біль, спрагу, підвищену втому, підвищення АТ і збільшення ваги (46 кг за 3 роки). Захворювання пов'язує з грипом. При огляді: ріст - 166 см., маса - 104 кг, розподіл жирової клітковини переважно на тулубі; на стегнах, животі множинні стрії вишневого кольору. АТ - 180/100 мм.рт.ст. Гіперкортицизм може супроводжуватися наступними змінами статевої функції:

- A. Усіма вказаними синдромами
- B. Атрофією молочних залоз, гіпоплазією матки
- C. Вірільним синдромом
- D. Ні одним із синдромів
- E. Аменореєю, безпліддям

27. У хворої Б., 34 років, встановлено попередній діагноз – синдром Іценко-Кушинга. Які ураження шкіри характерні для гіперкортицизму?

- A. Усі вказані ураження
- B. Багряно-мармурове забарвлення
- C. Стрії ціанотичного кольору
- D. Акне, екхімози
- E. Сухість і атрофія

28. Хвора М., 34 років, звернулася із скаргами на різке збільшення (30 кг за 2 роки), періодичні головні болі, відсутність менструації; захворювання пов'язує із перенесеною ГРВІ. Об'єктивно: зріст - 165 см, вага - 96 кг. Відкладення жиру переважно грудях, животі, стегнах. На плечах, животі і стегнах стрії синюшного кольору. Тони серця приглушені, АТ -

162/96 мм рт. ст. Аналіз крові і сечі без патологічних змін. Глікемія натще 7,6 ммоль/л. Цукровий діабет при гіперкортицизмі зумовлений усіма факторами, за винятком:

- A. Ураження В-клітин підшлункової залози вірусом
- B. Посилення глікогенолізу
- C. Активації глюконеогенезу
- D. Зменшення утилізації глюкози в тканинах
- E. Зменшення проникливості глюкози через мембрани клітин

29. Хворий Д., 32 роки, скаржиться на постійний головний біль, спрагу, підвищену втому, підвищення АТ і збільшення ваги (4 кг за 3 роки). Захворювання пов'язує з грипом. При огляді: ріст - 176 см, маса - 143 кг, розподіл жирової клітковини переважно на тулубі; на стегнах, животі множинні стрії вишневого кольору. АТ - 180/100 мм.рт.ст. Консервативна терапія хвороби Іценка-Кушинга включає:

- A. Усі вказані препарати
- B. Парлодел
- C. Резерпін
- D. Ципрогептадин
- E. Хлодитан

30. Огрядна 40-літня жінка, яка народила багато дітей, скаржиться на постійні головні болі, запаморочення, похитування при ходьбі, наявність молокоподібних відділень з грудних залоз на насильному натискуванні, підвищення АТ до 150/100 мм рт.ст. Об'єктивно: ожиріння рівномірне, ціанотичні стрії на шкірі стегом і живота, нечистота ліктів, шиї. Пролактин крові: 25 мкг/л в 8.00, 14 мкг/л в 16.00, 40 мкг/л в 3.00. Ваш попередній діагноз?

- A. Синдром "пустого" турецького сідла
- B. Пролактинома
- C. Хвороба Іценка-Кушинга
- D. Соматотропінома
- E. Гормонально-неактивна аденома гіпофізу

31. Чоловік 24 роки, звернувся зі скаргами на спрагу (вживає за день 10-12 л рідини), часте, безболісне сечовиділення, загальну слабкість, головний біль, дратівливість, безсоння, втрату ваги - 4 кг. Захворів гостро, місяць тому, після грипу. При обстеженні: зріст - 178 см, вага - 60 кг, шкіра бліда, суха, тургор знижений. АТ - 105/60 мм рт. ст, PS - 90 уд/хв. У крові: глюкоза натще - 5,5 ммоль/л, після їжі - 7 ммоль/л, глікований гемоглобін - 5%; ТТГ - N, СТГ - N, АКТГ - N. В сечі: добова кількість 10 л, питома вага 1001 - 1005, глюкоза і білок - відсутні. 17-КС і 17-ОКС - N. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Нецукровий діабет
- B. Гломерулонефрит
- C. Хронічна ниркова недостатність
- D. Хронічна надниркова недостатність
- E. Цукровий діабет

32. Хворий К., 47 років. Скарги на спрагу (випиває 10-12 л води на добу), часте сечовиділення, головний біль, дратливість. Хворіє близько місяця, після перенесеної респіраторно-вірусної інфекції. Втрата ваги 8 кг. Об'єктивно: шкіра звичайного забарвлення, суха. АТ - 100/60 мм рт.ст. Пульс - 80 уд/хв. Внутрішні органи, аналіз крові без патології. Аналіз сечі: питома вага 1002, еритроцити 1-3 п/зору. Ваш діагноз?

- A. Нецукровий діабет
- B. Цукровий діабет
- C. Нирковий діабет
- D. Психогенна полідипсія
- E. Гіперпаратироз

33. У коматозному стані до реанімації поступив хлопчик 5 років. Останні 2 роки вживає багато рідини (3,5-4 л на добу), відстає у фізичному розвитку, страждає нічним енурезом. Дідусь хворого по материнській лінії хворів нецукровим діабетом. Об-но: t тіла – 37,8°C, пульс – 135 уд/хв, ритмічний, ослаблений; АТ - 70/40, В крові Na – 100 ммоль/л, Cl – 80 ммоль/л, K – 2,8 ммоль/л, глюкоза крові – 4,5 ммоль/л, осмолярність сечі – 200 мосм/л. Яке дослідження дозволить встановити діагноз?

- A. Визначення рівня антидіуретичного гормону і вазопресину в крові
- B. Визначення рівня альдостерону в крові
- C. Визначення концентрації кортизолу в крові
- D. Визначення концентрації сечовини і креатинину в крові
- E. Визначення діастази сечі

34. Хворий, 29 років, скаржиться на загальну слабкість, спрагу (об'єм випитої рідини до 10 л/добу), збільшення об'єму сечовиділення, подразливість. Хворіє 6 міс. Об'єктивний статус – без змін. Іонограма: натрій – 122 ммоль/л, калій – 4,4 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: п.в. – 1004, л – 2-3 в полі зору. Який вірогідний діагноз?

- A. Нецукровий діабет
- B. Цукровий діабет
- C. Психогенна полідипсія
- D. Первинний альдостеронізм
- E. Захворювання нирок

35. Хвора 20 років, випиває до 12 літрів рідини. Глікемія натще 5.6 ммоль/л., питома щільність сечі у пробі за Зимницьким 1001-1002; білку і глюкози в сечі немає. Під час проведення тесту з позбавленням рідини на протязі 6 годин маса тіла знизилась на 1.2 кг; ЧСС збільшилася з 76 до 112 уд/хв; АТ знизився з 120/80 до 90/60 мм рт. ст. Густина збільшилася до 1003; об'єм сечі у кожній з 3-х зібраних порцій - близько 500 мл. Після введення 2 крапель аналогу АДГ (десмопресин) діурез зменшився, густина зросла до 1010. Ваш діагноз?

- A. Центральний нецукровий діабет
- B. Нефрогенний нецукровий діабет
- C. Первинна (психогенна) полідипсія
- D. Синдром неадекватної продукції АДГ
- E. Симптоматичний (вторинний) цукровий діабет

36. Хвора 42 років знаходиться у ендокринологічному відділенні з приводу акромегалії. Причиною акромегалії може бути:

- A. Нейроінфекція
- B. Зловживання алкоголем
- C. Важка фізична праця
- D. Надлишкова вага
- E. Хронічне недоїдання

37. Хвора на нецукровий діабет знаходиться у ендокринологічному відділенні. У сечі хворої може бути виявлена:

- A. Низька питома вага
- B. Незначна протеїнурія
- C. Висока протеїнурія
- D. Мікрогематурія
- E. Макрогематурія

38. Хворий з акромегалією було призначено медикаментозне лікування. Кращим медикаментозним методом лікування акромегалії є:

- A. Бромокриптин (парлодел)

- В. Прогестерон
- С. Естрогени
- Д. Інфузія соматостатину
- Е. Л-Дофа

39. Чоловік 58 років, скаржиться на спрагу, зниження маси тіла, слабкість, посилене сечовиділення (4 л на добу), болі в ногах, свербіж шкіри. Найбільш імовірним є діагноз:

- А. Цукровий діабет
- В. Неврогенна полідипсія
- С. Нецукровий діабет
- Д. Гострий нефрит
- Е. Нирковий діабет

40. До лікаря на прийомі в поліклініці звернувся чоловік 22 років, зріст 180, вага 76 кг останні 3 місяці, після перенесення грипу схуднув на 7 кг, з'явилися скарги на сухість в роті, спрагу, поліурія (4-5 л/добу). При обстеженні виявлено суху шкіру з екскоріаціями PS – 88 уд/хв., кровоточивість ясен, піодермія, збільшення печінки (на 2 см нижче реберної дуги) та її болючість. Поставте попередній діагноз:

- А. Цукровий діабет
- В. Вірусний гепатит
- С. Злоякісне новоутворення
- Д. Психогенна полідипсія
- Е. Нецукровий діабет

41. Хворий Б., 36 років, звернувся до лікаря зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювання, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.). Вважає себе хворим близько 6 міс., коли з'явилась слабкість, а потім інші вищеперелічені скарги. Об'єктивно: пониженої ваги, є ділянки гіперпігментації в складках шкіри та навколо сосків грудних залоз. В легенях без змін. Тони серця приглушені. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Розлита болючість при пальпації живота, печінка біля краю реберної дуги. Стіл: 3-4 рази на добу. Діагноз?

- А. Хвороба Аддісона
- Б. Гастроентерит
- В. Вторинний гіпокортицизм
- Г. Хронічний рецидивуючий панкреатит у фазі рецидиву
- Д. Жоден з цих діагнозів

42. Хворий П., 38 років, звернувся зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювоту, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.), потемніння шкіри. Хворіє на протязі 6 міс., коли з'явилась слабкість, відсутність апетиту, далі вищевказані скарги. Лікувався в гастроентерологічному відділенні, але хвороба прогресує. В анамнезі грип, часті застудні хвороби. При огляді: зниженого харчування, є ділянки гіперпігментації, в складках шкіри, на слизових ясен. В легенях без змін. Тони серця приглушені, пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Відмічається розлита болючість при пальпації животу. Печінка коло краю реберної дуги. Стіл: 3-4 рази на добу. Ваш діагноз?

- А. Хвороба Аддісона
- Б. Первинний гіпертиреоз
- В. Вторинний гіпотиреоз
- Г. Синдром Сіммондса
- Д. Рак шлунку

43. Хворий Ж., 43 років, звернувся зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювоту, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.), потемніння шкіри. Хворіє на протязі 6 міс., коли з'явилась слабкість, відсутність апетиту, далі вищевказані скарги. Лікувався в гастроентерологічному відділенні, але хвороба прогресує. В анамнезі грип, часті застудні



хвороби. При огляді: зниженого харчування, є ділянки гіперпигментації, в складках шкіри, на слизових ясен. В легенях без змін. Тони серця приглушені, пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Відмічається розлита болючість при пальпації животу. Печінка коло краю реберної дуги. Стіл - 3-4 рази на добу. Найважливішою ознакою даної хвороби при об'єктивному обстеженні є:

- А. Гіперпигментація шкіри та слизових оболонок
- Б. Гіпертрихоз
- В. Гіпертонус м'язів
- Г. Артеріальна гіпертензія
- Д. Гіперчутливість зон Захар'їна-Геда

44. Хвора П., 37 років, звернулася зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювоту, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.), потемніння шкіри. Хворіє на протязі 6 міс., коли з'явилася слабкість, відсутність апетиту, далі вищевказані скарги. Лікувалася в гастроентерологічному відділенні, але хвороба прогресує. В анамнезі грип, часті застудні хвороби. При огляді: зниженого харчування, є ділянки гіперпигментації, в складках шкіри, на слизових ясен. В легенях без змін. Тони серця приглушені, пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Відмічається розлита болючість при пальпації животу. Печінка коло краю реберної дуги. Стіл: 3-4 рази на добу. Яка причина виникнення у хворої скарг гастроентерологічного характеру?

- А. Дистрофічні зміни слизової оболонки шлунку з секреторною недостатністю
- Б. Ураження підшлункової залози
- В. Ураження печінки
- Г. Ураження жовчовивідних шляхів
- Д. Ураження тонкого кишковника

45. Хворий С., 39 років, звернувся зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювоту, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.), потемніння шкіри. Хворіє на протязі 6 міс., коли з'явилася слабкість, відсутність апетиту, далі вищевказані скарги. Лікувався в гастроентерологічному відділенні, але хвороба прогресує. В анамнезі: грип, часті застудні хвороби. При огляді: зниженого харчування, є ділянки гіперпигментації, в складках шкіри, на слизових ясен. В легенях без змін. Тони серця приглушені, пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Відмічається розлита болючість при пальпації животу. Печінка коло краю реберної дуги. Стіл: 3-4 рази на добу. Скриті порушення вуглеводного обміну у хворого можливо визначити за допомогою:

- А. Проведення тесту толерантності до глюкози
- Б. Дослідження глікемічного профілю
- В. Визначення імунореактивного інсуліну
- Г. Визначення С-пептиду
- Д. Визначення добової глюкозурії

46. Хвора Д., 41 рік, звернулася зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювоту, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.), потемніння шкіри. Хворіє на протязі 6 міс., коли з'явилася слабкість, відсутність апетиту, далі вищевказані скарги. Лікувалася в гастроентерологічному відділенні, але хвороба прогресує. В анамнезі грип, часті застудні хвороби. При огляді: зниженого харчування, є ділянки гіперпигментації, в складках шкіри, на слизових ясен. В легенях без змін. Тони серця приглушені, пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Відмічається розлита болючість при пальпації животу. Печінка коло краю реберної дуги. Стіл: 3-4 рази на добу. Особливостями дієтичного харчування хворого повинно бути:

- А. Підвищене вживання кухарської солі
- Б. Обмеження кухарської солі до 3-5 г на добу
- В. Обмеження вуглеводів
- Г. Обмеження білків
- Д. Обмеження рідини

47. Хворий Ю., 39 років, звернувся до лікаря зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювання, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.). Вважає себе хворим близько 6 міс., коли з'явилась слабкість, а потім інші вищеперелічені скарги. Об'єктивно: пониженої ваги, є ділянки гіперпігментації в складках шкіри та навколо сосків грудних залоз. В легенях без змін. Тони серця приглушені. Пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Розлита болючість при пальпації живота, печінка біля краю реберної дуги. Стіл: 3-4 раза на добу. План обстеження у першу чергу:

- А. АКТГ
- Б. СТГ
- В. ТТГ
- Г. Катехоламіни
- Д. Естрогени

48. Хвора Л., 35 років, звернулася до лікаря зі скаргами на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювання, зниження ваги тіла (7 кг за 3 міс.). Вважає себе хворою близько 6 міс., коли з'явилась слабкість, а потім інші вищеперелічені скарги. Об'єктивно: пониженої ваги, є ділянки гіперпігментації в складках шкіри та навколо сосків грудних залоз. В легенях без змін. Тони серця приглушені. Пульс - 80 уд/хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Розлита болючість при пальпації живота, печінка біля краю реберної дуги. Стіл: 3-4 раза на добу. Які з перелічених методів терапії їй показано?

- А. Глюкокортикоїди
- Б. Інсулінотерапія
- В. Парлодел
- Г. Тиреодні гормони
- Д. Естрогени

49. Ендокринолог був терміново викликаний в урологічне відділення до хворого М., 46 років, який поступив з приступом ниркової коліки. Під час інструментального обстеження втратив свідомість. АТ знизився до 40/20 мм рт.ст. В анамнезі тривалий (6 років) прийом глюкокортикоїдів у зв'язку з тим, що хворіє ревматоїдним артритом. В останні 3 дні глюкокортикоїди не приймає. Об'єктивно: загальмований, шкіра звичайного кольору, вологості, тони серця глухі, пульс - 100 уд/хв., слабкого наповнення, ритмічний. Легені та органи черевної порожнини без особливостей. Суглоби кінцівок деформовані, припухлості та почервоніння немає. Ваш діагноз?

- А. Вторинний гіпокортицизм. Криза
- Б. Кардіогенний шок
- В. Аддисонічна криза
- Г. Гіповолемічний шок
- Д. Жоден з цих діагнозів

50. У хворої М., 42 років, спостерігається нудота, часті порушення випорожнення, слабкість, запоморочення, зниження ваги тіла. Шкіра кольору інтенсивного загару, найбільша пігментація на суглобах, долонях, ареолах сосків. АТ - 86/60 мм рт.ст. Для уточнення діагнозу призначите:

- А. Визначити рівень 17-КС і 17-ОКС у сечі
- Б. Рентгенографію кистей рук
- В. Аналіз сечі за Зимницьким
- Г. Визначити рівень катехоламінів у сечі
- Д. Визначити рівень кальцію у крові

51. Хвора 42 років каржитья на часте, рідке випорожнення, без патологічних домішків, схуднення, загальну слаюкість. Гіперпігментація шкіри. АТ - 90/60 мм рт. ст. Ан.

крові: Нв – 119 г/л, ШОЕ – 13 мм/год., калій – 5,4 ммоль/л, натрій – 111 ммоль/л, цукор крові – 5,3 ммоль/л, залізо – 18 мкмоль/л. Найбільш імовірний діагноз:

- A. Хронічна наднирникова недостатність
- B. Хронічний ентероколіт
- C. Хронічний панкреатит з екзокринною недостатністю
- D. Гемохроматоз
- E. Карциноїдний синдром

52. У хворої 30 років - стомлюваність, втрата маси тіла, поганий апетит, запаморочення при вставанні з ліжка. Приймає харчові добавки з залізом, споживає багато соленої їжі. За рекомендаціями терапевта приймала дексаметазон 1мг/день з незначним позитивним ефектом. Пігментація шкіри. АТ - 100/60 мм рт. ст. лежачи, 80/50 - стоячи. Пульс - 92-100 за хв. Глікемія натще 3,1 ммоль/л, калій крові – 5,8 мЕкв/л, натрій - 126 мЕкв/л. Кортизол у крові 50 нмоль/л (норма 220-509), після стимуляції кортикотропіном істотного збільшення концентрації кортизолу не відбулося. Причина гіперпігментації у даної хворої:

- A. Надлишок адренкортикотропного гормону
- B. Підвищене вживання заліза
- C. Підвищене вживання солі
- D. Гіпофункція гіпофізу
- E. Прийом дексаметазона

53. Хворий 36 років, скаржиться на біль в животі, нудоту, блювоту, яка не покращує стан хворого, різку м'язеву слабкість, запорочення. Хворіє 4 міс. Захворювання почалося поступово. Почала наростати слабкість, хворий почав худнути. Стан різко погіршився 3 дні тому після погрішності в дієті і прийому алкоголю. В минулому - туберкульоз легень. Зріст - 172 см, маса тіла - 60 кг. Шкіра суха, дифузно гіперпігментована, особливо обличчя, шия. Тони серця різко послаблені, ЧСС - 60 уд/хв; АТ - 80/40 мм рт.ст. Глюкоза крові – 3,1 ммоль/л. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічна наднирникова недостатність Аддісонічна криза
- B. Гостре харчове отруєння
- C. Гострий апендицит
- D. Гострий панкреатит
- E. Ентероколіт

54. Хвора 42 років, пред'являє скарги на часте, рідке випорожнення, без патологічних домішок, схуднення, загальну слабкість. Гіперпігментація шкіри. АТ - 90/60 мм рт.ст. Аналіз крові: Нв – 119 г/л, ШОЕ – 13 мм/год; калій - 6,4 ммоль/л, натрій - 111 ммоль/л. Цукор крові - 4,1 ммоль/л. Залізо сироватки крові - 18 мкмоль/л. Який із тестів є надійним для діагностики хвороби Аддісона?

- A. Визначення вмісту в сечі 17-ОКС
- B. Визначення вмісту в сечі 17-ОК
- C. Проба з синактеном (синтетичний АКТГ)
- D. Тест толерантності до глюкози
- E. Рівень калію та натрію в плазмі крові

55. Хвора Б., 30 років, скаржиться на різку слабкість, втрату апетиту, нудоту, блювання, втрату ваги (7 кг за 3 місяці), постійну нервову напругу. Вважає себе хворою близько 6 міс., коли з'явилась слабкість, а згодом інші вказані скарги. Лікувалася у відділенні гастроентерології, захворювання прогресувало. В анамнезі грип, часті запальні захворювання. Об'єктивно: схудла, є ділянки гіперпігментації в складках шкіри та ареол молочних залоз. Пульс - 80 за хв. АТ - 90/60 мм рт.ст. Розлита болючість при пальпації живота, печінка біля краю реберної дуги. Випорожнення 3-4 рази на добу. Ваш діагноз?

- A. Хвороба Аддісона.

- В. Хронічний гастроентерит у стадії загострення
- С. Вторинний гіпокортицизм
- Д. Хронічний рецидивуючий панкреатит
- Е. Анорексія невроза

56. У хворої М., 32 років, діагностована первинна хронічна надниркова недостатність середньої важкості. При пробі с АКТГ (синактеном) рівень 17 КС у сечі:

- А. Не змінюється
- В. Зростає на 50%
- С. Зростає на 100%
- Д. Знижується на 50%
- Е. Знижується на 100%

57. До гастроентеролога звернулася хвора 38 р. зі скаргами на загальну слабкість, втомлюваність, втрату ваги (20 кг за півроку), запорочення, відсутність апетиту, нудоту, блювоту. Погіршення стану - близько 6-7 міс. тому. 1,5 роки тому лікувалася з приводу хронічного гастриту типу А. Об'єктивно: зниженого живлення. Шкіра суха, темна, гіперпигментація більше виражена навколо губ, ареол сосків, на ліктях, колінах, долонних складках. АТ – 90/60 мм. рт.ст. Лабораторно: глікемія 3,5 ммоль/л, каліємія – 5,2 ммоль/л. Попередній діагноз?

- А. Аддісонова хвороба
- В. Синдром Сімондса
- С. Синдром Шихана
- Д. Вторинний гіпокортицизм
- Е. Неврогенна анорексія

58. Хвора С., 40 р., скарги на втому, слабкість тривалістю 6 місяців; звична робота потребує надмірних зусиль, стала досоловати їжу, шкіра не втрачає свого загару навіть зимою. Після визначення кортизолу та АКТГ в крові встановлено діагноз Аддісонової хвороби. Яке лікування слід призначити хворій?

- А. Гідрокортизон (кортизол) 20-30 мг/добу в 2 прийоми
- В. Гідрокортизон (кортизол) 20-30 мг 4 рази на добу
- С. Гідрокортизон (кортизол) 20-30 мг зранку
- Д. Гідрокортизон (кортизол) 20-30 мг ввечері
- Е. Гідрокортизон (кортизол) 20-30 мг 1 раз на 2 доби

59. Хворий 34 років на протязі 7 років страждає туберкульозом легень; скаргиття на слабкість, схуднення, проноси, часте сечовиділення. Об-но: гіперпигментація шкіри, ясен. АТ - 90/58 мм рт. ст. В ан. крові: ер. - 3,1Т/л, Нв-95 г/л, Ц.П. – 0,92; Л-9,4Г/л, е-7, с-45, п-1, л-40, м-7, Na<sup>+</sup> - 115 ммоль/л, К<sup>+</sup>-7,3 ммоль/л. Ваш діагноз?

- А. Хвороба Аддісона
- В. Феохромоцитома
- С. Хвороба Конна
- Д. Конгенитальна гіперплазія кори наднирників
- Е. Нецукровий діабет

60. У хворого 42 років діагностовано хронічну надниркову недостатність. Які лабораторні ознаки можуть бути виявлені в цього хворого?

- А. Усі вказані зміни
- В. Гіперкаліємія
- С. Нормоцитарна анемія
- Д. Гіпоглікемія
- Е. Гіпонатріємія

61. Хвора Н., 38 років, доставлена ургентно у клініку зі скаргами на різку слабкість, запаморочення, втрату свідомості, похудіння, відсутність апетиту, нудоту, невгальмоване блювання, різкий біль в епігастральній області, пронос, посилена пігментація шкіри. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Аддісонічна криза
- В. Гострий гастроентерит
- С. Менінгоенцефаліт
- Д. Склеродермія
- Е. Пеллагра

62. У хворої 52 років встановлено діагноз: хронічна наднирникова недостатність. Який із препаратів є препаратом вибору при хворобі Аддісона?

- А. Кортизон
- В. Преднізолон
- С. Преднізон
- Д. Дексаметазон
- Е. Триамцинолон

63. Хворий 55 років, на протязі 32 років страждає на артеріальну гіпертонію з під'ємами АТ до 200/150 мм рт.ст. Періодично відмічає приступи різкої слабості, поліурію. При об'єктивному огляді: шкіра звичайного кольору, маса тіла – 70 кг, ріст – 175 см, розподіл підшкірно-жирового шару без особливостей. В аналізах сечі: постійна лужна реакція. Добова екскреція з сечею: к- 5,5 г/добу (норма – 2-4 г/добу). Рівень К у сироватці крові – 2,6 мекв/л (норма – 3-5 мекв/л). Ваш діагноз?

- А. Альдостерома
- В. Гіпертонічна хвороба
- С. Іиндром Іценко-Кушинга
- Д. Ідіопатичний гіпокортицизм
- Е. Хвороба Іценко-Кушинга

64. Хвора 34 років на протязі 5 років страждає туберкульозом легень; скаргиття на слабкість, схуднення, проноси, часте сечовиділення. Об-но: гиперпігментація шкіри, ясен. АТ - 90/58 мм рт. ст. В ан. крові: ер. - 3,1Т/л, Нв - 95 г/л, Ц.П. – 0,92; Л - 9,4Г/л, э-7, с-45, п-1, л-40, м-7, Na+-115 ммоль/л, К - 7,3 ммоль/л. Ураження серцево-судинної системи при хворобі Аддісона проявляється:

- А. Усіма вказаними ознаками
- В. Розвитком гіпотонії
- С. Розвитком брадикардії
- Д. Зменшенням розмірів серця
- Е. Зниженням вольтажу зубців на ЕКГ

65. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях, по боках живота, стегнах: багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Хвороба Іценка-Кушинга
- В. Аліментарне ожиріння
- С. Гіпооваріальне ожиріння
- Д. Гіпотироїдне ожиріння
- Е. Гіпоталамічний синдром

66. Хвора 34 років скаргиття на зайву вагу, ріст волосся на обличчі, м'язову слабкість і болі у спині. Обстеження виявило центрипетальне ожиріння, «місяцеподібність» і почервоніння шкіри обличчя, стрії, гірсутизм, АТ 180/95 мм рт. ст. Глікемія натще - 6.9 ммоль/л; кортизол крові о 8-00 ранку 600 нмоль/л; вечірній прийом дексаметазону значно не

знизив цей рівень. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) наднирників виявила 2-стороннє збільшення. Подальше обстеження:

- A. МРТ гіпофізу
- B. Тест толерантності до глюкози
- C. Ультрасонографія наднирників
- D. Глікерований Нв
- E. Функціональна проба з синакеном (синтетичний АКТ)

67. Хвора 36 років звернулась зі скаргами на постійний головний біль та біль у ділянці серця та в попереку, підвищену пітливість, зникнення місячних. Больовий синдром турбує протягом 6 міс. При обстеженні виявлено остеопороз тіл хребців. При огляді: правильної статури, обличчя повне, кругле, на животі та стегнах стрії червоно-фіолетового кольору, шириною 1,5-2 см, довжиною 10-13 см, шкіра над ними легко збирається в складку у вигляді сигаретного паперу. АТ - 160/100 мм рт. ст. Який попередній діагноз у хворой?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Гіпоталамічний синдром, нейроендокриннообмінна форма
- C. Гіпертонічна хвороба, інволютивний остеопороз
- D. Ранній клімактеричний синдром
- E. Феохромоцитома

68. Хвора 24 роки скаржиться на загальну слабкість, головний біль, періодичну сонливість, відсутність місячних, збільшення маси тіла. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом у важкій формі. Об'єктивно: зріст -169 см, маса тіла - 89 кг. Розподілення підшкірножирової клітковини диспропорційне, переважно у верхній половині тулуба. Обличчя місяцеподібне. Ріст волосся на верхній губі, підборідді. Пігментація шиї, ліктів. Ціаноз сідниць. На бокових поверхнях живота, стегнах багряно-червоні стрії. Ps – 76 уд/хв., ритмічний. АТ – 160/110 мм рт.ст. Тони серця послаблені, акцент II тону над аортою. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Синдром Кушинга
- C. Гіпоталамічний синдром по типу хвороби Іценка-Кушинга
- D. Пубертатний диспітуїтаризм
- E. Аліментарно-конституціональне ожиріння

69. Хвора 30 років, скаржиться на загальну слабкість, головний біль, періодичну сонливість, відсутність місячних, збільшення маси тіла. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом у важкій формі.

Об'єктивно: зріст - 169 см, маса тіла - 89 кг. Розподілення підшкірножирової клітковини диспропорційне, переважно у верхній половині тулуба. Обличчя місяцеподібне. Ріст волосся на верхній губі, підборідді. Пігментація шиї, ліктів. Ціаноз сідниць. На бокових поверхнях живота, стегнах багряно-червоні стрії. Ps – 76 уд/хв., ритмічний. АТ – 160/110 мм рт.ст. Тони серця послаблені, акцент II тону над аортою.

Яка з причин зумовлює хворобу Іценка-Кушинга?

- A. Автоімунне ураження надниркових залоз
- B. Кортикостерома
- C. Гіперпродукція кортикотропіну
- D. Туберкульоз надниркових залоз
- E. Гіперпродукція катехоламінів

70. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях, по боках живота, стегнах: багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри.

Характерним проявом ураження серцево-судинної системи при гіперкортицизмі є:

- A. Артеріальна гіпертензія

- B. Септичний ендокардит
- C. Блокада пучка Гіса
- D. Синусова брадикардія
- E. Дихальна аритмія

71. Хворій Л. з кортикостеромою проведено лівостороння адреналектомія. Розвилася гостра надниркова недостатність.

Які синдроми спостерігаються при гострій наднирковій недостатності?

- A. Усі вказані синдроми
- B. Нервово-психічний
- C. Серцево-судинний
- D. Шлунково-кишковий
- E. Ні один із синдромів

72. Відносно гострої надниркової недостатності не є правильним твердження:

- A. В основі лежить дефіцит катехоламінів
- B. може бути наслідком сепсису, туберкульозу надниркових залоз
- C. розвивається при крововиливах у наднирковій залози
- D. в основі лежить дефіцит мінерало- і глюкокортикоїдів
- E. може бути наслідком автоімунного процесу в надниркових залозах

73. Хвора С., 40 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин. При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультатії – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей.

Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведеннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Ваш діагноз?

- A. Акромегалія
- B. Первинний гіпотиреоз
- C. Синдром Сіммондса
- D. Аддисонова хвороба
- E. хвороба Іценко-Кушинга

74. Хвора Ю., 35 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин.

При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультатії – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей. Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведеннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Причиною розвитку даного захворювання є:

- A. Надмірна продукція соматотропіну
- B. Дефіцит соматотропіну
- C. Дефіцит кортикотропіну
- D. Надмірна продукція кортитропіну
- E. Надмірна продукція тиреотропіну

75. Хворий Д., 45 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин.

При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп.

Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультації – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей.

Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведіннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей.

До клінічних ознак даного захворювання відносяться наступні (крім одного):

- A. Пронози
- B. Головний біль
- C. Збільшення в розмірах кистей та стоп
- D. Артеріальна гіпертензія
- E. Нервово-м'язові порушення

76. Хвора С., 37 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин.

При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультації – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей. Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведіннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Який метод діагностики дозволяє встановити заключний діагноз?

- A. Визначення вмісту в крові соматотропіну
- B. Клінічний аналіз крові
- C. Тест толерантності до глюкози
- D. ЕКГ
- E. Сцинтиграфія

77. Хворий Ф., 39 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин.

При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультації – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей. Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведіннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Рентгенологічною ознакою даної хвороби є:

- A. Прогресуюче збільшення розмірів турецького сідла
- B. Розходження черепних швів
- C. Турецьке сідло малих розмірів
- D. Відставання кісткового віку від паспортного
- E. Остеопороз кісток черепа

78. Хвора А., 34 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин.

При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультації – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей. Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведіннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Оптимальний варіант лікування хворої є:

- A. Нейрохірургічне лікування
- B. Променева терапія
- C. Консервативна лікарська терапія



- D. Симптоматична терапія
- E. Санаторно-курортне лікування

79. Хвора Б., 43 років, скаржиться на головний біль, зміни зовнішності (збільшення розмірів стоп, рис обличчя), огрубіння голосу, погіршення пам'яті. Захворювання почалося 3 роки тому, без явних причин. При огляді: збільшення надбрівних дуг, вушних раковин, носу, язика, кистей, стоп. Шкіра потовщена, пігментована, гіпертрихоз. Межі серця розширені вліво на 3 см. При аускультатії – систолічний шум. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Інші органи без особливостей. Дані ЕКГ: лівограма, деформація комплексу QRS, сплющення зубця Т в грудних відведіннях. Цукор крові – 4,6 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. Патогенетичну терапію хворої потрібно проводити:

- A. Парлоделом
- B. Інсуліном
- C. Преднизолоном
- D. Тестостероном
- E. Пітуїтрином

80. Хворий І., 44 років, скаржиться на приступи підвищення АТ до 260/130 мм рт. ст., які супроводжуються серцебиттям, відчуттям страху смерті, тремтінням рук, головним болем. Під час приступу - біль у попереку справа. Приступи починаються раптово, частіше після підняття важких предметів, тривають 20-60 хв. Введення гіпотензивних препаратів арт. тиску не знижує. Під час приступу у хворого буде виявлено:

- A. Збільшення ВМК у сечі
- B. Зменшення ВМК у сечі
- C. Збільшення 17-КС у сечі
- D. Зменшення 17-КС у сечі
- E. Мікрогематурію

81. Хворий З., 29 років, скаржиться на приступи підвищення артеріального тиску до 240/110 мм рт.ст. (6 приступів за 7 міс.), які супроводжуються серцебиттям, відчуттям страху смерті, тремтінням рук, головним болем. Під час приступу - біль у попереку справа. Приступи починаються раптово, частіше після підняття важких предметів, тривають 20-60 хв. Введення гіпотензивних препаратів арт. тиску не знижує. Ваш діагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Гіпертонічний криз 2-го порядку
- C. Хвороба Іценка-Кушинга
- D. Гіпертонічний криз 1-го порядку
- E. Синдром Конна

82. Хвора Р., 42 років, скаржиться на приступи підвищення АТ, що супроводжуються відчуттям страху, тремтінням тіла, серцебиттям. Введення гіпотензивних препаратів АТ не знижує. Ваш діагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Гіпертонічний криз II порядку
- C. Синдром Конна
- D. Гіпертонічний криз I порядку
- E. Синдром Кушинга

83. Хвора У., 44 років, зі скаргами на приступи підвищення артеріального тиску, що супроводжуються відчуттям страху, тремтінням тіла, серцебиттям. Введення гіпотензивних препаратів арт. тиску не знижує. Ваш діагноз -феохромоцитома. Які результати взятих при приступі аналізів підтвердять його?

- A. Підвищення екскреції ВМК
- B. Гіперпротеїнемія

- C. Лейкопенія
- D. Підвищення екскреції 17-КС
- E. Гіпоглікемія

84. Хворій Б. провели малу дексаметазонову пробу і отримали позитивний результат. Якому стану він відповідає?

- A. Патології надниркових залоз немає
- B. Синдром Іценка-Кушинга
- C. Синдром Конна
- D. Пролактинома
- E. Хвороба Іценка-Кушинга

85. Хворому А. було проведене мала дексаметазонова проба і отримано негативний результат. Яка доза дексаметазону була призначена?

- A. 0,5 мг 4 рази на день 3 дні
- B. 1,0 мг 4 рази на день 3 дні
- C. 2,0 мг 4 рази на день 3 дні
- D. 0,5 мг 3 рази на день 4 дні
- E. 1,0 мг 3 рази на день 4 дні.

86. Хвора, 36 р., скаржиться на головний біль, м'язову слабкість, спрагу, поліурію, судоми литкових м'язів, оніміння кінцівок. При обстеженні: АТ - 180/130 мм рт.ст., ангіопатія сітківки. Активність реніну плазми 0. На ЕКГ - ознаки гіпокаліємії. Якому заворюванню найбільш притамані ці ознаки?

- A. Синдром Конна
- B. Синдром Пархона
- C. Феохромоцитома
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Гіперпаратиреоз

87. Хвора Ж., 35 р., скаржиться на різке підвищення АТ - до 250/140 мм.рт.ст., що розвивається після механічної дії на живіт (нахилення, пальпація), супроводжується вираженою вегетативною симптоматикою. Криз триває до 20 хв. і без лікування різко припиняється. Після кризи - поліурія. Поза кризи АТ нормальний. Можливі причини кризових станів.

- A. Феохромоцитома
- B. Дифузний токсичний зоб
- C. Синдром Конна
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Гіперпаратиреоз

88. Хворий К., 28 років, скаржиться на приступи підвищення арт. тиску (5 приступів за 6 міс.) до 240/110 мм рт. ст., які супроводжуються серцебиттям, відчуттям страху смерті, тремтінням рук, головним болем. При приступі біль у попереку справа. Приступи починаються раптово, частіше після підняття важких предметів, тривають 20-60 хв. Введення гіпотензивних препаратів АТ не знижує. Ваш діагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Гіпертонічний криз 2-го порядку
- C. Хвороба Іценка-Кушинга
- D. Гіпертонічний криз 1-го порядку
- E. Синдром Конна

89. Хвора М., 40 років, скаржиться на приступи підвищення АТ, супроводжуються відчуттям страху, серцебиттям. Введення гіпотензивних препаратів АТ не знижує. Ваш діагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Гіпертонічний криз II порядку
- C. Синдром Конна
- D. Гіпертонічний криз I порядку
- E. Синдром Кушинга

90. Жінка 45 років на протязі 2-х останніх років відмічає напади головного болю, що супроводжується серцебиттям, тремтінням, відчуттям “жару” в усьому тілі, та різким підвищенням АТ (до 240/130 мм рт.ст.), який резистентний до антигіпертензивної терапії. Порушився менструальний цикл, схудла на 7 кг. При огляді: АТ - 150/90 мм рт.ст. Пульс - 76 уд/хв. Ліва межа серця розширена на 1 см. В крові: холестерин - 6,4 ммоль/л; сахар крові - 6,0 ммоль/л, калій - 4,2 ммоль/л. Яка найбільш імовірна причина артеріальної гіпертензії у хворой?

- A. Феохромоцитома
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Патологічний клімакс
- D. Синдром Конна
- E. Тиреотоксикоз

91. Хвора М., 40 років, скаржиться на приступи підвищення АТ, які супроводжуються відчуттям страху, тремтіння тіла, серцебиттям. Введення гіпотензивних препаратів артеріального тиску не знижує. Ваш діагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Синдром Конна
- C. Синдром Кушинга
- D. Гіпертонічний криз I порядку
- E. Гіпертонічний криз II порядку

92. Хворий 30 років скаржиться на різку м’язову слабкість, судоми у м’язах рук та ніг, спрагу, поліурію, ніктурію. Об’єктивно: АТ – 160/100 мм рт.ст. На ЕКГ – ознаки гіпокаліємії. УЗД – збільшення правого наднирника. Визначте попередній діагноз?

- A. Первинний альдостеронізм
- B. Синдром Іценко-Кушинга
- C. Феохромоцитома
- D. Тиреотоксикоз
- E. Гіпотиреоз

93. Хвора 28 років, скаржиться на різку м’язову слабкість, судороги у м’язах рук та ніг, спрагу, поліурію, ніктурію. Об’єктивно: АТ – 160/100 мм рт.ст. На ЕКГ – ознаки гіпокаліємії. УЗД – збільшення правого наднирника. Для підтвердження діагнозу необхідно визначити?

- A. Рівень альдостерону плазми
- B. Рівень ванілін-міндальної кислоти у сечі
- C. Глюкозуричний профіль
- D. КТ-наднирників
- E. Рівень кальція плазми

94. Хворий 35 років, скаржиться на різку м’язову слабкість, судоми у м’язах рук та ніг, спрагу, поліурію, ніктурію. Об’єктивно: АТ – 160/100 мм рт.ст. На ЕКГ – ознаки гіпокаліємії. УЗД – збільшення правого наднирника.

Оберіть тактику лікування:

- A. Оперативне лікування
- B.  $\beta$ -адреноблокатори
- C.  $\alpha$ -адреноблокатори
- D. L-тироксин
- E. Гіпотіазид

95. Хворий 45 років викликав швидко допомогу з приводу гіпертонічної кризи. Хворіє 3 роки. Кризи виникають 6-7 разів на місяць, тривалість до 2 годин. У проміжках АТ - 130/80 мм рт.ст. Кризи звичайно нічим не провокуються. Одного разу під час кризи відмічено підвищення цукру крові та ванілілміндальної кислоти у сечі. Пульс ритмічний, 140 уд/хв., АТ - 260/190 мм рт.ст. Який препарат слід використовувати для невідкладної допомоги?

- A. Фентоламін
- B. Обзидан
- C. Пентамін
- D. Лазикс
- E. Клофелін

96. Хвора 34 років госпіталізована у зв'язку з головним болем, рвотою, втратою свідомості, серцебиттям. АТ – 230/140 мм рт. ст. Пульс - 110 уд/хв. Раніше подібні приступи повторювалися двічі. Після покращення стану зверталася до терапевта, але спотерігалася тільки тенденція до тахікардії (96-100 уд/хв). Який метод дозволить уточнити діагноз ?

- A. Визначення ваніліл міндальної кислоти
- B. Визначення кортизолу
- C. Екскреція альдостерону
- D. Визначення рівню АКТГ
- E. Цукрова крива

97. У хворого 35 років - слабкість, судоми ніг, помірна поліурія. Медикаменти не приймав. Маса тіла 75 кг при рості 170 см, АТ - 160/100 мм рт.ст. Глюкоза крові натще 3.5 ммоль/л, калій крові 2.4 - 2.5 мЕкв/л; натрій 140 мЕкв/л; креатинін 0.08 ммоль/л. Питома вага сечі - 1005-1015; глюкозурії і протеїнурії немає, осад у нормі. Імовірна причина гіпокаліємії:

- A. Гіперальдостеронізм
- B. Нецукровий діабет
- C. Патологія ниркових клубочків
- D. Недостатність наднирників
- E. Гіперфункція мозкової частини наднирників

98. У хворої 45 років - центральний тип ожиріння 2 ст., багрово-красні стрії на животі, тегнах, підвищення АТ до 200/120 мм рт. ст., глікемія натще – 9,3 ммоль/л, порушення менструального циклу. Після великого дексаметазонового тесту екскреція 17-ОКС, 17-КС не змінилася. Найбільш імовірний діагноз:

- A. Кортикостерома.
- B. Хвороба Іценко-Кушинга .
- C. Метаболічний синдром.
- D. Синдром Штейна-Левенталя.
- E. Карциноїдний синдром.

99. Хвора М, 32 років скаржиться на слабкість у м'язах, періодичні судоми, приступи різкої загальної слабкості, поліурію, ніктурію, підвищення АТ. Хворіє 8 місяців. Об'єктивно: правильної статури, задовільного харчування, шкіра нормальної вологості та кольору. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою, АТ - 170/100 мм рт. ст., набряків немає. В загальному аналізі сечі: лужна реакція сечі, протеїнурія. Гіпоізостенурія. Можливий діагноз?

- A. Хвороба Конна

- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Нефротичний синдром
- D. Хвороба Іценка-Кушинга
- E. Феохромоцитома

100. Жінка 45 років на протязі 2-х останніх років відмічає напади головного болю, що супроводжується серцебиттям, тремтінням, відчуттям “жару” в усьому тілі, та різким підвищенням АТ (до 240/130 мм рт.ст.), який резистентний до антигіпертензивної терапії. Порушився менструальний цикл, схудла на 7 кг. При огляді: АТ - 150/90 мм рт.ст. Пульс - 76 уд/хв. Ліва межа серця розширена на 1 см. У крові: холестерин-6,4 ммоль/л; цукор крові - 6,0 ммоль/л, калій - 4,2 ммоль/л. Патогенетичною основою захворювання є:

- A. Пухлина мозкового шару наднирників
- B. Загибель клітин коркового шару наднирників
- C. Пухлина коркового шару наднирників
- D. Загибель клітин мозкового шару наднирників
- E. Пухлина гіпофізу

### *Захворювання щитовидної залози*

1. Хвора 28 років оперована з приводу дифузного токсичного вола. Місяць до операції лікувалась в терапевтичному відділенні, отримувала мерказоліл. Компенсованою виписалась додому. Амбулаторно лікування не отримувала. Перед операцією: Ps – 96 уд/хв., АТ – 125/70 мм рт.ст. На другий день після операції стан різко погіршився. Хвора збуджена. Скаржиться на серцебиття, пітливість, була блювота. Ps – 165 уд/хв., аритмічний, малий, миготлива аритмія. АТ – 85/40 мм рт.ст. Тони серця голосні. Дихання везикулярне, в нижніх відділах вологі середньо- та мілкоміхурчасті хрипи. Живіт м'який, не болючий. Т- 39°С. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Тиреотоксична криза
- B. Рецидив дифузного токсичного зоба
- C. Післяопераційний сепсис
- D. Гіпопаратиреоз
- E. Гостра серцево-судинна недостатність

2. Жінка 25 років, емоційно лабільна, при огляді тремор пальців рук, шкіра волога, тепла, верхівковий поштовх посилений, межі серця збільшені вліво, тони серця голосні, миготлива аритмія, систолічний шум на верхівці. Температура тіла 37,2°С (ЧСС - 116 уд/хв., пульс - 96 уд/хв., АТ - 170/70 мм рт. ст. Щитовидна залоза збільшена до 3 ступеня. Які патогенетичні механізми лежать в основі порушення функції серцево-судинної системи у хворой?

- A. Пошкоджуюча дія тиреоїдних гормонів на міокард
- B. Збільшення чутливості рецепторів до катехоламінів
- C. Посилення катаболізму білкових субстратів
- D. Вплив тиреостимулюючих антитіл
- E. Зміна тону вегетативної нервової системи

3. Під час перебування в зоні Чорнобильської АС солдату назначили розчин Люголя для блокади щитовидної залози. Приймання препарату фельдшером не контролювався і продовжувався більш 4-х місяців. Під час профогляду виявили збільшена до II ст, щільна щитовидна залоза. Пульс - 110 уд/хв., ембріокардія.

Який попередній діагноз можливо запідозрити?

- A. Синдром йод-Базедов
- B. Токсична аденома щитовидної залози
- C. Дифузний токсичний зоб

- D. Підострий тиреоїдит
- E. Рак щитовидної залози

4. Хворий 24 років скаржиться на дратівливість, втому, плаксивість, пітливість, серцебиття. Під час огляду: незначний екзофтальм, блиск очей, позитивний симптом Грефе. Щитовидна залоза дифузно збільшена до II-III ст; тремор пальців рук, язика. Р – 100 уд/хв. В патогенезі захворювання має провідне значення:

- A. Продукція тиреостимулюючих антител
- B. Надмірне вживання йоду
- C. Недостатнє вживання йоду
- D. Перенесена інфекція
- E. Травма щитовидної залози

5. Хвора Л., 28 р., скарги на нервозність, втрату ваги, незважаючи на підвищений апетит; погано переносить спеку. При огляді: тремор рук, шкіра волога, оніхолізіс, щитовидна залоза дифузно збільшена, не болюча, м'яка, не зв'язана з навколишніми тканинами. Лабор. досл.: підвищений рівень Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, захоплення I<sup>131</sup> щитовидною залозою – 52%. Про яке захворювання слід думати?

- A. Дифузне токсичне воло
- B. Тиротоксична аденома
- C. Аутоімунний тиреоїдит
- D. Спорадичний зоб
- E. Рак щитовидної залози

6. Для лікування тиреотоксичного кризу не застосовують:

- A. Препарати гормонів щитовидної залози
- B. Препарати меркаптоїмідазола
- C. β-блокатори
- D. Препарати йоду
- E. Препарати літію

7. 35-річна пацієнтка 2 роки хворіє дифузним токсичним волом. Традиційна консервативна терапія не дала ефекту. Порушення якої ланки патогенезу має місце у хворої.

- A. Збільшення імуноглобулінів G
- B. Збільшення імуноглобулінів A
- C. Збільшення імуноглобулінів E
- D. Збільшення імуноглобулінів M
- E. Збільшення імуноглобулінів D

8. У жінки 25 років після інсоляції виникло збільшення щитовидної залози, тремор рук, серцебиття, підвищена збудливість. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз:

- A. Дифузне токсичне воло
- B. Ендемічний зоб
- C. Аутоімунний тироїдит
- D. Багатовузлове еутиреоїдне воло
- E. Рак щитовидної залози

9. Хвора Р., 32 років, скаржиться на постійну дратливість, серцебиття, біль в очах, слезотечу, схуднення на 10 кг за 4 місяця. Об'єктивно: шкіра тепла, волога, легкий екзофтальм, позитивні симптоми Грефе, Кохера, Мебіуса. Щитовидна залоза дифузно збільшена, що видно при ковтанні, неболюча. Пульс – 108 уд/хв, АТ - 140/66 мм рт. ст. Дрібний тремор пальців рук. Ваш діагноз?

- A. Дифузне токсичне воло II ст. з тиреотоксикозом середньої важкості
- B. Вузлове токсичне воло IV ст.

- C. Дифузне токсичне воло І ст., легка
- D. Неврастенія
- E. Підгострий тироїдит

10. У хворої накопичення  $J^{131}$  у щитовидної залозі через 2 години після перорального прийому препарату склало 9%, через 24 години - 36,8%, через 72 години - 30,5%. Накопичення  $^{99m}Tc$ -пертехнату через 2 години склало 3,2%. Як Ви оціните стан обох фаз внутрішньотиреоїдного йодного обміну?

- A. Неорганічна фаза внутрішньотиреоїдного йодного обміну не порушена. Органічна фаза різко послаблена
- B. Неорганічна фаза внутрішньотиреоїдного йодного обміну порушена
- C. Органічна фаза не порушена
- D. Неорганічна фаза внутрішньотиреоїдного йодного обміну не порушена
- E. Органічна фаза різко послаблена.

11. Хворий 32 р., скаржиться на виражену слабкість, зниження маси тіла, серцебиття, тремор кінцівок, пітливість. Об'єктивно: зниженої ваги, шкіра волога, тепла. Щитовидна залоза збільшена до 3 ст., еластична, безболюча. Пульс 108 на хв., тони серця посилені, АТ – 160/55 мм.рт.ст.

Попередній діагноз ?

- A. Дифузне токсичне воло 3 ст., тиреотоксикоз середньої важкості
- B. Дифузне еутиреоїдне воло 3 ст.
- C. Хронічний аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма
- D. Хронічний фіброзний тиреоїдит
- E. Токсична аденома щитовидної залози

12. До ендокринолога звернулася дівчинка 8 років зі скаргами на підвищену пітливість, серцебиття, схуднення, випередження у рості порівняно з однолітками, слабкість проноси. З анамнезу відомо, що хвороба розвинулася 1,5 роки тому, коли з'явилося серцебиття і поступова втрата ваги. Виникнення хвороби пов'язує з надмірним перенавантаженням під час занять спортом. Лікування не отримувала. Об'єктивно: шкіра волога, "бархатиста", астеничної статури, Ps - 130 уд/хв., АТ – 135/60 мм рт. ст. ЩЗ - III ст., еластичної консистенції, рухома, не болить. Регіонарні л/в не збільшені.

Встановіть попередній діагноз.

- A. Дифузне токсичне воло
- B. Гігантизм
- C. Синдром мальабсорбції
- D. Уроджена вада серця
- E. Надмірні фізичні перенавантаження

13. До лікаря звернувся чоловік 62 років зі скаргами на перебої у роботі серця протягом останніх півроку. Лікування у кардіолога за допомогою антиаритмічних засобів ефекту не принесло. Об'єктивно: нормостенічної статури, АТ - 160/80 мм рт. ст., Ps - 120-140 уд/хв, аритмічний. Щитовидна залоза II ст., еластичної консистенції, рухома, не болить. На ЕКГ: миготлива аритмія, тахісistolічна форма.

Які із вказаних досліджень є доцільними для підтвердження діагнозу?

- A. Визначення вмісту трийодтироніну і тиреотропіну у плазмі крові
- B. Визначення вмісту тироксину у плазмі крові
- C. Визначення вмісту тиреоглобуліну у плазмі крові
- D. Визначення вмісту антитіл до тиреоглобуліну та мікросомальної фракції у плазмі крові
- E. Визначення вмісту тиреокальцитоніну у плазмі крові

14. До лікаря звернулися батьки 12-річної дитини, що помітили у неї

“пухлиноподібне” утворення на шиї. Дитина скаржиться на відчуття “кома” у горлі. Об’єктивно: шкіра нормального кольору, набряків немає. АТ - 120/70 мм рт. ст., Ps – 88 уд/хв, ритмічний. Щитовидна залоза збільшена до III ст., неоднорідна з ділянками ущільнення, дещо болюча при пальпації, температура тіла 36,6°C.

Які із вказаних досліджень ви порекомендуєте для уточнення діагнозу?

- A. Визначити вміст антитіл до тиреоглобуліну та мікросомальної фракції у плазмі крові
- B. Загальний аналіз крові
- C. Визначити вміст T<sub>3</sub> і T<sub>4</sub> у плазмі крові
- D. Визначити вміст ТТГ у плазмі крові
- E. Визначення йоду у добовій сечі

15. На консилиумі вагітної з терміном вагітності 30 тижнів та дифузним токсичним волом дебатується схема медикаментозного лікування з метою мінімального побічного впливу на матір та плід. Котре з призначень найдоцільніше в цьому випадку?

- A. Мерказоліл 20 мг на добу
- B. Пропранолол 120 мг на добу
- C. Пропранолол 60 мг та 15 крапель розчину на добу
- D. Атенолол 100 мг на добу
- E. Атенолол 50 мг та 15 крапель розчину за люголем на добу

16. Хвора, 42 роки, скаржиться на емоційну лабільність, тахікардію, підвищення температури до 37,2°C, пітливість. Пальпаторно відмічається збільшення розмірів щитовидної залози. При скануванні з Tc-99m-пертехнетатом: щитовидна залоза звичайної форми, збільшена в розмірах, розподіл радіофармпрепарату дифузно нерівномірний. При радіоімунологічному визначенні гормонів щитовидної залози: вміст вільного тироксину, трийодтироніну збільшений, ТТГ в межах норми.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Первинний гіпертиреоз
- B. Первинний гіпотиреоз
- C. Вторинний гіпотиреоз
- D. Вторинний гіпертиреоз
- E. Зоб Хашімото

17. Жінка 25 років, вагітна 24 тижня. Скаржиться на емоційну лабільність, підвищену збудливість, тахікардію, періодичне підвищення АТ. До вагітності була під наглядом ендокринолога з приводу збільшення щитовидної залози. Попередній діагноз: тиреотоксикоз.

Який метод найбільш доцільно використати для підтвердження діагнозу?

- A. Радіоімунологічне визначення вмісту гормонів щитовидної залози (T<sub>3</sub> та T<sub>4</sub>) та ТТГ
- B. Дослідження йоднакопичувальної здатності щитовидної залози з I<sup>131</sup>
- C. Сканування щитовидної залози з I<sup>131</sup>
- D. Сцинтиграфія щитовидної залози з Tc-99m
- E. МРТ

18. Характерними клінічними проявами тиреотоксикозу є:

- A. Стійка тахікардія
- B. Зниження маси тіла
- C. Підвищена роздратованість
- D. Сонливість
- E. Закрепи

19. Характерним ускладненням після застосування мерказолілу в лікуванні тиреотоксикозу є:

- A. Зниження числа нейтрофілів і розвиток агранулоцитозу



- В. Підвищення рівня креатинину і сечовини в крові
- С. Гіпокаліємія
- Д. Гіперглікемія
- Е. Гіпокальціємія

20. Тиреотоксичний синдром може зустрічатися:

- А. При дифузному токсичному зобі
- В. При зобі Хашимото
- С. При підгострому тиреоїдиті
- Д. При первинній атрофії щитовидної залози
- Е. При ТТГ-секретуючої пухлини гіпофізу

21. Всі твердження щодо тиреотоксичної кризи є вірними, за винятком наступного:

- А. При тиреотоксичній кризі є ефективним призначення радіоактивного йоду
- В. Хірургічне втручання та інфекції можуть спровокувати тиреотоксичну кризу
- С. Розвиток кризи пов'язаний з раптовим різким підвищенням рівня тиреоїдних гормонів крові
- Д. В лікуванні кризи доцільно використання бета-адреноблокаторів
- Е. В терапії кризи доцільно застосування препаратів неорганічного йоду

22. При лікуванні дифузно-токсичного вола мерказолілом через 1 місяць щитовидна залоза помітно збільшилась у розмірах, хоч пульс нормалізувався, хвора прибавила у вазі. Ваша подальша тактика?

- А. Призначити невелику дозу тироксину
- В. Направити на хірургічне лікування
- С. Негайно відмінити мерказоліл
- Д. Призначити більші дози йоду
- Е. Рекомендувати перехід на лікування перхлоратом калію

23. Хвора 45 років, скаржиться на слабкість, відчуття серцебиття, дрижання рук, роздратованість, схуднення (незважаючи на добрий апетит), часте випорожнення, дисменорею, задишку. Раніше тривало приймала оральні контрацептиви. Шкіра волога, тепла, дрібний тремор пальців витягнутих рук. Щитовидна залоза другого ступеню (критерії ВООЗ), дифузна, безболісна. Пульс - 120 уд/хв., ритмічний. АТ - 160/70 мм рт.ст. Вільний Т<sub>4</sub> у сироватці крові - 35 нмоль/л (норма 11,5-23,0). Тиреотропний гормон (ТТГ не визначається (<0,1 мМО/л), ШОЕ - 12мм/год.

Симптоми та ознаки захворювання у хворої викликані:

- А. Появлення антитіл, що активують рецептори тиреотропного гормону
- В. Порушення секреції ТТГ
- С. Прийом оральних контрацептивів
- Д. Гіперпродукцією гонадотропних гормонів
- Е. Деструкцією фолікулів щитовидної залози

24. Хвора 30 років пред'являє скарги на відчуття дискомфорту при ковтанні, незначний біль в області щитовидної залози, слабкість, швидку втому, серцебиття до 98 в хв., біль в суглобах рук та ніг без ознак запалення.

З урахуванням даної клінічної картини Ви призначите:

- А. Мерказоліл
- В. Кордарон
- С. Тироксин
- Д. Трийодтиронин
- Е. Розчин Люголя

25. Хвора 42 роки скаржиться на дискомфорт при ковтанні, затруднення мови, сиплість голосу, слабкість, серцебиття. Хворіє 1 рік після психотравми. Об'єктивно: помірного живлення, збільшення щитовидної залози II-III ст. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс - 96 уд/хв. Даний випадок необхідно диференціювати з:

- A. Тиреоїдид Ріделя
- B. Ендемічне воло
- C. Клімактерична кардіоміопатія
- D. НЦД по кардіальному типу
- E. ІБС: кардіосклероз

26. У чоловіка 25 років скарги на охриплість голосу. На протязі 3-х місяців отримувал тироксин 100 мкг/доб з приводу нетоксичного вузлувого зобу. Шийні лімфатичні вузли щільні. Вузол щитовидної залози щільний, малорухомий. Парез голосових зв'язок. Пульс - 100 уд/хв. УЗД: частково гомогенний вузол лівої долі щитовидної залози, діаметр його за 3 міс. збільшився з 1,4 см до 2,6 см. антитіла до тиреоїдної пероксидази в крові не виявлені, рівень тиреоглобуліну крові підвищений. Тиреотропний гормон до початку лікування 4,0 мМО/л на тлі лікування 0,1 мМО/л (норма 0,37-4,14).

Рекомендовано лікування:

- A. Оперативне
- B. Мікродози йоду
- C. Глюкокортикоїди
- D. Нестероїдні протизапальні препарати
- E. Похідні імідазолу (тиреостатики)

27. Хвора 28 років скаржиться на роздратованість, серцебиття, схуднення до 10 кг, поганий сон, плаксивість. Седативна терапія не ефективна. Шкіра еластична, волога, бархатна, помірний екзофтальм, позитивний симптом Мебіуса. Границі серця не змінені, діяльність аритмічна (миготлива аритмія, підтверджена на ЕКГ - 110 уд/хв.), короткий систолічний шум на верхівці без чіткого проведення.

Клінічна картина відповідає:

- A. Ендокринній міокардіопатії
- B. Ревматизму, недостатності мітрального клапану
- C. Інфекційному ендокардиту
- D. Перикардиту
- E. Інфекційному міокардиту

28. Для лікування дифузного токсичного зобу в стадії декомпенсації призначають:

- A. Тиреостатичні препарати
- B. Хірургічне лікування
- C. Лікування радіоактивним йодом
- D. Нормалізація маси тіла
- E. L-тироксин

29. Тиреотоксична криза характеризується:

- A. Гіпертермією
- B. Гіпотермією
- C. Гіпоглікемією
- D. Гіперхолестеринемією
- E. Брадикардією

30. На прийомі лікаря жінка 42 років зі скаргами на невмотивовану пітливість, серцебиття, тремтіння рук, часті випорожнення. З анамнезу відомо, що з метою зменшення огрядності впродовж останніх півроку жінка дотримувалась гіпокалорійного харчування, вживала висівки. Посилено тренувалась фізично, двічі на тиждень відвідувала лазню де інтенсивно потіла. Схудла на 36 кг. Останній місяць не може тренуватись через надмірне

серцебиття, схудла на 8 кг, хоча вже дієтичних обмежень не дотримується. При огляді спітніла, пульс – 106 уд/хв, АТ – 170/70 мм рт. ст., тремор пальців рук, та повік. Збільшена у розмірах щитоподібна залоза.

Що може розглядатись причиною прогресуючого схуднення пацієнтки?

- A. Дифузне токсичне воло
- B. Надмірні фізичні перевантаження
- C. Втрата терморегуляції через часте відвідування парильні у лазні
- D. Авітаміноз внаслідок збідненого харчування
- E. Синдром подразнення кишки від вживання висівок

31. На прийомі у лікаря жінка 56 років зі скаргами на пітливість, серцебиття з відчуттям перебоїв у роботі серця, кволістю та фізичною слабкістю м'язів ніг, зовсім не може підніматись по східцях. Захворіла 2 роки тому. Пов'язує виникнення захворювання з менопаузою, коли відчула надмірне потіння та перебої в роботі серця. Лікувалась препаратами: "Адоніс-бром", "Клімактоплан", "Клімонорм". Без бажаного успіху. Поступово зростала слабкість, схудла на 9 кг. Під час огляду АТ – 180/80 мм рт.ст, пульс аритмічний, миготлива аритмія. Частота серцевих скорочень 120-140 на хвилину. Дефіцит пульсу 12-20 ударів. Збільшена у розмірах щитоподібна залоза. У правій долі 2 вузлоподібних ущільнення діаметром до 2 см. виставлено попередній діагноз: "Токсичний зоб".

Які зі вказаних досліджень є доцільним для підтвердження діагнозу?

- A. Визначення вмісту тиреотропіну та тироксину у плазмі крові
- B. Визначення вмісту трийодтироксину у плазмі крові
- C. Визначення вмісту тиреоглобуліну у плазмі крові
- D. Визначення вмісту антитіл до тиреоглобуліну та мікросомальної фракції
- E. Визначення вмісту тиреокальцитоніну

32. Хвора, 42 роки, скаржиться на емоційну лабільність, тахікардію, підвищення температури до 37,2<sup>0</sup>С, пітливість. Пальпаторно відмічається збільшення розмірів щитовидної залози. При скануванні з Тс-99м-пертех-нетатом: щитовидна залоза звичайної форми, збільшена в розмірах, розподіл радіофармпрепарату дифузно нерівномірний. При радіоімунологічному визначенні гормонів щитовидної залози: вміст вільного тироксину, трийодтироніну збільшений, ТТГ в межах норми. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Первинний гіпертиреоз
- B. Первинний гіпотиреоз
- C. Вторинний гіпотиреоз
- D. Вторинний гіпертиреоз
- E. Зоб Хашімото

33. Хвора К., 31 року, скаржиться на серцебиття, субфебрилітет, безсоння, плаксивість, схуднення, хворіє 2 роки. Під час огляду: хвора астенична, шкіра волога, пальці рук тремтять. Симптоми Грефе та Мебіуса позитивні. Щитовидна залоза збільшена в розмірах, м'яка. Пульс - 118 уд/хв. АТ - 150/60 мм рт.ст. Які інші симптоми характерні для цього захворювання?

- A. Симптом Кохера
- B. Симптом Мюссе
- C. Симптом Квінке
- D. Ністагм
- E. "Танок каротид"

34. Хвора на дифузне токсичне воло, тиреотоксикоз важкого ступеня, отримує мерказоліл по 40 мг на добу. Поступово з'явилися брадикардія, слабкість, сонливість. Визначте тактику подальшого лікування.

- A. Зменшити дозу мерказолілу
- B. Призначити L-тіроксин
- C. Призначити седативні препарати

- D. Збільшити дозу мерказолілу
- E. Призначити серцеві глікозиди

35. У хворої М., 24 років, при обстеженні виявлено збільшення щитовидної залози, помітне при ковтанні, порушення конвергенції очей.

Який ступінь збільшення щитовидної залози у хворої?

- A. II ст.
- B. I ст.
- C. III ст.
- D. IV ст.
- E. V ст.

36. У хворого Д, 22 років при обстеженні було виявлено волю III ст., порушення конвергенції очей. Який з очних симптомів виявлено у хворої?

- A. Мебіуса
- B. Штельвага
- C. Кохера
- D. Краузе
- E. Грефе

37. Хвора М., скаржиться на дратівливість, пітливість, тремор рук, серцебиття, зниження ваги тіла при нормальному апетиті. Щитовидна залоза збільшена I-II ст., неболюча, еластична. Вказана симптоматика найбільше відповідає:

- A. Дифузному токсичному волю
- B. Неврастенії
- C. Гіпотирозу
- D. Вузловому токсичному зобу
- E. Гіпопаратирозу

38. Хвора К., 35 років, скаржиться на пітливість, тремор рук, серцебиття, зниження маси тіла. Збільшення щитовидної залози II ст., неболісна еластична. Який з результатів підтвердить Ваш діагноз?

- A. Рівень  $T_3$  і  $T_4$  підвищений
- B. Рівень  $T_3$  і  $T_4$  нормальний
- C. Рівень  $T_3$  і  $T_4$  знижений
- D. Гіперкальціємія
- E. Гіпокальціємія

39. Хвора Ф., скаржиться на періодичну дратівливість, локальну пітливість (долоні, під пахвами), тремор рук і серцебиття при хвилюванні. Щитовидна залоза дифузно збільшена II ст. Вказані симптоми найбільш характерні для:

- A. Неврастенії
- B. Дифузного токсичного вола
- C. Гіпотирозу
- D. Вузлового токсичного зоба
- E. Гіперпаратирозу

40. Хвора 28 років скаржиться на серцебиття, періодичну дратівливість, тотальну пітливість, тремор при хвилюванні. Яке дослідження призначите для уточнення діагнозу?

- A. Визначити рівень  $T_3$  і  $T_4$  у крові
- B. Вимірювати температуру тіла кожні 2 год.
- C. Визначити рівень кальцію у крові
- D. Рентгенографію черепа
- E. Загальний аналіз сечі

41. Хвора Р., 32 років. Скаржиться на постійну дратівливість серцебиття, біль в очах, слезотечу, схуднення на 10 кг за 4 місяці. Об'єктивно: шкіра тепла, волога, легкий екзофтальм, гіперемія кон'юнктиви, позитивні симптоми Грефе, Кохера, Мебіуса. Щитовидна залоза дифузно збільшена, що видно при ковтанні, неболюча. Пульс – 108 уд/хв, АТ - 140/66 мм рт. ст. Дрібний тремор пальців рук. Ваш діагноз?

- A. Дифузний токсичний зоб II ст. з тиротоксикозом середньої важкості
- B. Дифузний токсичний зоб I ст. з важким тиротоксикозом

- Ф. С. Неврастенія  
 D. Підгострий тироїдит  
 E. Вузлової токсичний зоб IV ст. з легким тиротоксикозом

42. Хвора К., 36 років. Скарги на постійну дратівливість, серцебиття, біль в очах, слезотечу, схуднення на 12 кг за 4 міс. Об'єктивно: шкіра тепла, волога, легкий екзофтальм, гіперемія кон'юнктиви, позитивні симптоми Грефе, Кохера, Мебіуса. Щитовидна залоза дифузно збільшена, що видно при ковтанні, неболюча. Пульс 110/хв, артеріальний тиск 140/60 мм рт. ст. Дрібний тремор пальців рук.

Яке з досліджень призначите для уточнення діагнозу?

- A. Визначити рівень тиреоїдних гормонів  
 B. Визначити рівень холестерину в крові  
 C. Визначити екскрецію 17-КС з сечею  
 D. Рентгенологічне дослідження легень  
 E. визначити добову глюкозурію

43. Хвора 28 р. скаржиться на виражену слабкість, зниження маси тіла, серцебиття, тремор кінцівок, пітливість. Хворіє близько року. Об'єктивно: зниженої ваги, шкіра волога, тепла. Щитовидна залоза збільшена до 3 ст., еластичної консистенції, безболюча. Пульс – 116 уд/хв., тони серця посилені, АТ - 150/65 мм рт. ст. Попередній діагноз ?

- A. Дифузний токсичний зоб 3 ст., тиреотоксикоз середньої важкості  
 B. Дифузний еутиреоїдний зоб 3 ст.  
 C. Хронічний аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма  
 D. Хронічний фіброзний тиреоїдит  
 E. Токсична аденома щитовидної залози

44. Жінка 28 р., отримує мерказоліл в дозі 45 мг на добу з приводу дифузного токсичного зобу 3 ст., тяжкого тиреотоксикозу. Через 2 міс. від початку лікування з'явилась сонливість, набряки (ямка при натисканні не залишається), сухість шкіри, осиплість голосу, закрепи. Ваші дії?

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| A. Відмінити тимчасово мерказоліл | D. Не змінювати дозу мерказолілу |
| B. Назначити діуретики            | E. Зменшити дозу мерказолілу     |
| C. Назначити серцеві глікозиди    |                                  |

45. Хвора 34 р., приймає мерказоліл в дозі 30 мг на добу з приводу дифузного токсичного вола 2 ст. тиреотоксикозу середньої важкості. Через 2 міс. після початку лікування відмічене збільшення щитовидної залози до 3 ст. Ваша подальша лікувальна тактика?

- A. Додати до мерказолілу тироксин  
 B. Відмінити мерказоліл  
 C. Направити на оперативне лікування  
 D. Направити на радіоїодтерапію  
 E. Призначити до мерказолілу глюкокортикоїдні гормони

46. Хворий 32 р., скаржиться на виражену слабкість, зниження маси тіла, серцебиття, тремор кінцівок, пітливість. Хворіє коло року. Об'єктивно: зниженої ваги, шкіра волога, тепла. Щитовидна залоза збільшена до 3 ст., еластичної консистенції, безболюча. Пульс - 108 уд/хв., тони серця посилені, АТ – 160/55 мм рт.ст. В решті - норма. Попередній діагноз ?

- A. Дифузний токсичний зоб 3 ст., тиреотоксикоз середньої важкості  
 B. Дифузний еутиреоїдний зоб 3 ст.  
 C. Хронічний аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма  
 D. Хронічний фіброзний тиреоїдит  
 E. Токсична аденома щитовидної залози

47. Хвора Х., 33 років, зі скаргами на дратівливість, серцебиття, біль в очах, слезотечу, схуднення на 11 кг за 3 місяці. Об'єктивно: шкіра тепла, волога, легкий екзофтальм, гіперемія кон'юнктиви, симптоми Грефе, Кохера, Мебіуса позитивні. Щитовидна залоза дифузно збільшена, що видно при ковтанні, неболюча. Пульс – 112 уд/хв, АТ - 140/65 мм рт. ст. Дрібний тремор пальців рук. Для лікування хворій доцільно призначити:

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| A. Обзидан + мерказоліл    | D. Резерпін + мезатон  |
| B. Трийодтиронін + еуфілін | E. Мерказоліл + кофеїн |
| C. Тироксин + кордіамін    |                        |

48. Хворій дифузним токсичним волом II ст. з тиротоксикозом середньої важкості було призначено мерказоліл. Якої сторонньої дії слід остерігатися при цій терапії?

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| A. Лейкопенія              | D. Жодого з вказаних станів |
| B. Лімфоцитоз              | E. Усіх вказаних станів     |
| C. Геморіодальна кровотеча |                             |

49. Хвора Ш., 57 років зі скагами на задишку при незначному навантаженні, постійне серцебиття, пітливість, значну втрату ваги, тремор рук. Об'єктивно: ЧСС - 130 уд/хв., пульс аритмічний, АТ - 160/70 мм рт.ст., 1 серцевий тон підсилений, акцент 2 тону над легеневою артерією. ЕКГ: миготлива аритмія. Діагноз?

- A. Тиреотоксична міокардіодистрофія, миготлива аритмія. ХНК 1
- B. Інфекційно-алергійний міокардит, миготлива аритмія. ХНК 1
- C. ІХС, миготлива аритмія. ХНК 1
- D. Гострий дифузний міокардит. ХНК 1
- E. Жоден з наведених діагнозів

50. При обстеженні жінки 50 років виявлено вузловий зоб III ст. На скенограмі "гарячий" вузол. Рівень Т<sub>3</sub> і Т<sub>4</sub> у крові підвищений. Про яке захворювання можна думати?

- A. Токсична аденома щитовидної залози
- B. Рак щитовидної залози
- C. Дифузний токсичний зоб
- D. Аутоімунний тироїдит
- E. Фіброзний зоб Ріделя

51. При обстеженні жінки 56 років виявлено вузловий зоб II ст. На сканограмі "гарячий вузол". Вміст Т<sub>3</sub> і Т<sub>4</sub> у крові підвищений. Яке лікування будете рекомендувати хворій?

- A. Хірургічне лікування
- B. Препаратами неорганічного йоду
- C. Радіоактивним йодом
- D. Тиростатичними препаратами
- E. Спостереження

52. Хвора О., скаржиться на дратівливість, пітливість, тремор рук, серцебиття, зниження ваги тіла при нормальному апетиті. Щитовидна залоза збільшена I-II ст., неболюча, еластична. Вказана симптоматика найбільше відповідає:

- A. Дифузному токсичному зобу
- B. Неврастенії
- C. Гіпотирозу
- D. Вузловому токсичному зобу
- E. Гіпопаратирозу

53. Хвора 29 років скаржиться на зниження працездатності, сонливість, мерзлякуватість, закрепи, збільшення маси тіла, виділення з молочних залоз. Хворіє на

протязі року. Об'єктивно: зріст - 169 см, маса тіла - 89 кг. Шкіра суха. Ps – 56 уд/хв., ритмічний. Тони серця послаблені. АТ - 130/80 мм рт.ст. Обличчя набрячне. Щитоподібна залоза не пальпується. З молочних залоз виділяється білувата рідина. Яке лікування доцільно призначити хворій?

- A. Тироксин
- B. Парлодел
- C. Норколут
- D. Телегаматерапія області гіпофіза
- E. Преднізолон

54. Хвора 30 років скаржиться на локальний давнячий біль у серці, задишку під час фізичного навантаження, погіршення пам'яті, закрепи. Хворіє 3 міс. Об'єктивно: кожні покрови сухі, блідні, температура тіла 35,4°C. Виражений набряк шкіри, обличчя, рук, туловища, ніг. Тони глухі, ритмічні, пульс - 52 уд/хв. АТ - 90/60 мм рт.ст. Ан. крові: ер. - 2,8 Т/л, Нв – 92 Г/л, ШОЕ – 10 мм/год. Ступень поглинання меченого йоду щитовидною залозою 15% за 24 години. Який з препаратів Ви назначите хворой?

- A. Тироксин
- B. Меркозолил
- C. Дигоксин
- D. Фуросемид
- E. Ферроплекс

55. Хворий К., 37 років, скаржиться на апатію, зниження пам'яті, головні болі, мерзлякуватість, відсутність апетиту, запори. Вказані скарги наростали поступово протягом 2 років. Вага збільшилась на 8 кг. Об'єктивно: шкіра бліда, холодна, обличчя гіпомімічне. Говорить повільно, язик збільшений, видно відбитки зубів. Щитовидна залоза і регіонарні лімфовузли не збільшені. АТ - 104/68 мм рт.ст. Пульс - 54 уд/хв. Ваш діагноз?

- A. Гіпотиреоз
- B. Тиротоксикоз
- C. Хронічний нефрит
- D. Аліментарне ожиріння
- E. Хвороба Іценка-Кушинга

56. У хворого, 35 років, який страждає на гіпотиреоз, з'явилися тахікардія, пітливість, порушення сну, подразливість. Одержує на добу 200 мкг L-тироксину. Визначте тактику подальшого лікування.

- A. Зменшити дозу L-тироксину
- B. Збільшити дозу L-тироксину
- C. Замінити L-тіроксин іншим аналогічним препаратом
- D. Призначити β-адреноблокатори
- E. Призначити седативні засоби

57. На передодні літньої сесії до лікаря звернувся студент університету 23-річного віку. Зі скаргами на надмірну втомлюваність, свербіння та сухість шкіри, що значно посилюється після плавання у басейні. При огляді атлетичної статури. Шкіра на дотик суха. Щитоподібна залоза не збільшена. Пульс - 62 уд/хв. Зменшена звучність тонів серця. Спостерігається симетрична в'ялість сухожилкових рефлексів. Обстежений холестерин плазми крові 6,8 ммоль/л, глюкоза капілярної крові через 2 год. після вживання 75 г глюкози - 6,2 ммоль/л, тиреотропін плазми крові - 10,92 мМО/л. Яке можливе захворювання у пацієнта?

- A. Гіпотиреоз
- B. Порушення толерантності до глюкози
- C. Алергія до хлору у басейні
- D. Втома від надмірних тренувань
- E. Весняний гіповітаміноз

58. Пацієнтка 43 років звернулася до лікаря зі скаргами на сухість шкіри, постійну втому. 2 роки тому прооперована з приводу папілярної карциноми щитоподіної залози та

отримала курс променевої терапії. Постійно приймає L-тироксин у дозі 100 мкг щоденно. Для оцінки міри забезпечення замісної терапії рекомендовано не приймати L-тироксин 1 місяць після чого визначити у плазмі крові вміст тироксину та трийодтироніну. Пацієнтка просит обстежити її іншим чином, бо без прийому L-тироксину почуває себе вкрай погано.

Яке із обстежень є найбільш інформативним для оцінки замісної терапії на тлі прийому L-тироксину?

- A. Визначення вмісту тиреотропіну у плазмі крові
- B. Визначення вмісту тиреоглобуліну у плазмі крові
- C. Аналіз ЕКГ
- D. Рефлексометрія з ахілового сухожилка
- E. Полікардіографія

59. Під час психологічного тестування дітей 6-річного віку перед навчанням у школі виявлено дівчинку з відставанням у розумовому розвитку. Дитина з народження виховується у дитячому будинку, дуже хвороблива, часті остудні захворювання, майже постійно їй пропонують антибактеріальні препарати, постійні заїдени. Під час огляду видиме відставання у фізичному розвитку, шкіра блідожовтувата, суха, розходження пупкового кільця, великий гіпонічний живіт. Глухість тонів серця. В аналізах крові стала анемія та збільшення холестерину понад вікову норму.

Вкажіть вірогідну причину відставання у соматичному та психічному розвитку?

- A. Вроджений гіпотиреоз
- B. Гіпоксія мозку внаслідок анемії
- C. Дисметаболічні зміни як наслідок гіперхолестеринемії
- D. Побічним впливом антибактеріальних засобів
- E. Педагогічною занедбаністю

60. Хвора 49 років, скаржиться на збільшення ваги (12 кг за останні 8 міс.), набряки всього тіла, гіпогідроз, закрепи. Об'єктивно: хвора пастозна, адинамічна; шкіра бліда, волога, рефлекси симетрично знижені. Попередній діагноз: гіпотиреоз. Дослідження вмісту яких гормонів потрібно провести радіоімунним аналізом для встановлення патології у системі гіпоталамус-гіпофіз-щитовидна залоза?

- A. ТСГ, ТТГ (базальний), Т<sub>3</sub> (загальний), Т<sub>4</sub> (загальний)
- B. ТСГ, ТГ, Т<sub>3</sub> (загальний), Т<sub>4</sub> (загальний)
- C. ТТГ (базальний), ТТГ (стимульований), Т<sub>3</sub> (загальний), Т<sub>4</sub> (загальний)
- D. ТТГ (базальний), Т<sub>3</sub> (загальний), Т<sub>4</sub> (загальний)
- E. Т<sub>3</sub> (загальний), Т<sub>3</sub> (вільний), Т<sub>4</sub> (загальний), Т<sub>4</sub> (вільний).

61. Жінка 19 років протягом року різко схудла (на 12 кг за 6 міс. немає менструацій, шкіра суха, волосся та нігті крихкі. При обстеженні вагітності не виявлено. При проведенні УЗД щитовидної залози: орган зменшився в розмірах на 50% порівняно з результатами минулого року. Попередній діагноз: гіпотиреоз. Який з променевих методів дослідження необхідно застосувати для підтвердження діагнозу?

- A. Радіоімунологічний аналіз гормонів щитовидної залози та гіпофізу
- B. Сканування щитовидної залози
- C. Сцинтиграфічне дослідження щитовидної залози
- D. Радіометрія щитовидної залози
- E. МРТ

62. Хвора 40 років скаржиться мерзлякуватість, сонливість, закрепи. При об'єктивному дослідженні виявлено збільшення щитовидної залози та запідозрено первинний гіпотиреоз. Для підтвердження даного діагнозу найбільш інформативним є:

- A. Визначення рівня ТТГ
- B. Проведення сцинтиграфії щитовидної залози
- C. Визначення рівня Са в крові



D. Визначення T<sub>3</sub>

E. Визначення T<sub>4</sub>

63. Хвора 29 років, хворіє на гіпотиреоз 7 років. Отримувала тироксин 150 мкг на добу. Два місяці тому в зв'язку з погіршенням стану (з'явилась слабкість, сонливість, втома, набряки) лікар збільшив дозу тироксину до 250 мкг на добу. Стан поліпшився, але останні 10 днів почало турбувати серцебиття, пітливість. Хвора стала дратівлива. Об'єктивно: зріст – 168 см, маса тіла – 69 кг. Шкіра звичайної вологості. Рс – 90/хв., АТ – 125/80 мм рт. ст. Набряки відсутні. Інші дані без відхилень від норми. Яка найбільш доцільна лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Тимчасово відмінити тироксин
- B. Зменшити дозу тироксина до 200 мкг
- C. Збільшити дозу тироксина до 300 мкг
- D. Призначити бета-адреноблокатори
- E. Призначити серцеві глікозиди

64. У хворої після оперативного втручання з приводу дифузного токсичного волю з'явилась підвищена сонливість, зниження пам'яті, блідість шкірних покривів, закрепи. Частота серцевих скорочень – 58 у хв., АТ – 100/70 мм рт. ст. Яке лікування рекомендоване даній хворій?

- |               |              |
|---------------|--------------|
| A. L-тироксин | D. Ноотропіл |
| B. Мерказоліл | E. Тиреоїдин |
| C. Гардіферон |              |

65. Жінка 30 років, скаржиться на сухість шкіри, зниження пам'яті. При обстеженні: язик збільшений, рефлекси сповільнені. Для якого захворювання характерні ці симптоми?

- A. Гіпотироз
- B. Дифузний токсичний зоб
- C. Підгострий тироїдит
- D. Аденома щитовидної залози
- E. Ендемічне волю; еутироз

66. Хвора 56 років, скаржиться на закрепи, сухість шкіри, ломкість волосся, при обстеженні: рефлекси сповільнені, набряк обличчя. Для лікування хворій доцільно призначити:

- A. Тироксин
- B. ДОКСА
- C. Мерказоліл
- D. Букарбан
- E. Аміназин

67. Хворий К., 37 років, скаржиться на апатію, зниження пам'яті, головні болі, мерзлякуватість, відсутність апетиту, запори. Вказані скарги наростали поступово протягом 2 років. Вага збільшилася на 8 кг. Об'єктивно: шкіра бліда, холодна, обличчя гіпомімічне. Говорить повільно, язик збільшений, видно відбитки зубів. Щитовидна залоза і регіонарні лімфовузли не збільшені. Тони серця глухі, перкуторно границі розширені. АТ - 104/68 мм рт. ст. Пульс – 54 уд/хв.

Ваш діагноз?

- A. Гіпотиреоз
- B. Тиротоксикоз
- C. Хронічний нефрит
- D. Аліментарно-конституційне ожиріння
- E. Хвороба Іценка-Кушінга

68. Хвора 52 років, скаржиться на слабкість, зниження пам'яті, сонливість, надмірну вагу, закріп. Хворіє 3 роки. Об'єктивно: ріст - 64 см, вага - 87 кг, шкіра суха, щільна, холодна, розподіл жирової клітковини рівномірний. Пульс - 62 уд/хв., тони серця приглушені, АТ - 165/95 мм рт.ст. Ваш попередній діагноз?

- A. Гіпотиреоз, ендокринне ожиріння
- B. Гіпоталамічний синдром, нейроендокринна форма
- C. Аліментарно-конституційне ожиріння 2 ст.
- D. Хвороба Іценко-Кушінга
- E. Адіпозогенітальна дістрофія

69. Хворий О., 38 років, скаржиться на апатію, зниження пам'яті, головні болі, мерзлякуватість, відсутність апетиту, запори. Вказані скарги наростали поступово протягом 2 років. Вага збільшилася на 9 кг. Об'єктивно: шкіра бліда, холодна, обличчя гіпомімічне. Говорить повільно, язик збільшений, видно відбитки зубів. Щитовидна залоза і регіонарні лімфовузли не збільшені. Тони серця глухі, перкуторно границі розширені. АТ - 104/68 мм рт. ст. Пульс – 54 уд/хв. Ваш діагноз?

- A. Гіпотиреоз
- B. Тиротоксикоз
- C. Хронічний нефрит
- D. Аліментарно-конституційне ожиріння
- E. Хвороба Іценка-Кушінга

70. До ендокринолога звернувся чоловік 50 років, що протягом останніх 10 років спостерігався з приводу дифузного зобу II ст. та вживав L-тироксин у дозі 100 мкг/добу. Його турбує поява пухлиноподібного утворення на боковій поверхні шиї справа, що з'явилося 1 місяць тому. Об'єктивно: щитовидна залоза II ст., у правій частці пальпується щільна ділянка діаметром близько 1,5 см, залоза не болить. По задній поверхні m.sternocleidomastoideus справа пальпується збільшений л/в. Яку подальшу тактику доцільно обрати?

- A. Призначити хворому тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію правої частки ЩЗ та збільшеного л/в
- B. Призначити УЗД ЩЗ та л/в шиї
- C. Виконати еходоплерографічне дослідження ЩЗ та л/в шиї
- D. Виконати сцинтиграфію ЩЗ з  $^{99m}\text{Tc}$  (технецію пертехнетат  $^{99m}$ )
- E. Призначити термографію шиї

71. Найбільш інформативним методом для виявлення раку щитовидної залози є:

- A. Тонкоголкова аспіраційна біопсія щитовидної залози
- Пальпаторне дослідження щитовидної залози
- Ультразвукове дослідження щитовидної залози
- Комп'ютерна томографія щитовидної залози
- E. Сцинтиграфія щитовидної залози

72. Жінка 40 років звернулася у ендокринологічний диспансер із скаргами на пухлиноподібне утворення на шиї. При обстеженні: температура тіла  $36,7^{\circ}\text{C}$ , АТ - 130/75 мм рт.ст., ЧСС - 78 уд/хв., ЧД - 18 у хв. При пальпації щитовидної залози у лівій частці виявлено щільний вузол, помірно болючий, малорухливий. При ультразвуковому дослідженні вузол підвищеної щільності, без чітких контурів. При сцинтиграфії з  $^{131}\text{I}$  "холодний". Які обстеження найбільш доцільні для уточнення діагнозу?

- A. Аспіраційна тонкоголкова біопсія щитовидної залози
- B. Визначення рівня  $\text{T}_3$  і  $\text{T}_4$  у крові
- C. Визначення рівня антитіл до тиреоглобуліну в крові
- D. Визначення рівня тиреотропного гормону у крові
- E. Визначення добової екскреції йоду у сечі

73. У хворої 48 років під час профогляду виявили щільний 1x2 см вузол у нижній частці лівої долі щитоподібної залози. З анамнезу відомо, що 6 міс. тому під час УЗО щитоподібної залози вогнещивих змін не виявлено. Який метод діагностики дозволить найбільш точно встановити характер утворення?

- A. Прицільна тонкоголкова біопсія щитовидної залози
- B. УЗО
- C. Сцинтиграфія
- D. Сканування
- E. КТ

74. Хворій 18 років була проведена субтотальна струмектомія з нагоди злоякісної капілярної цистаденоми щитовидної залози. Через 2 міс. виникла підозра на наявність метастазів у легені. Який з рентгенологічних методів потрібно використати в першу чергу?

- A. Рентгенографія легенів
- B. Рентгеноскопія легенів
- C. Ангіопульмонографія
- D. Бронхографія
- E. Ультразвукове дослідження

75. На консультативному прийомі у лікаря чоловік 63 років з вузлом у щитоподібній залозі. Вузол виявлений активно під час ультразвукового обстеження залози, після нещодавно перенесеного інфаркту міокарда. За результатами ультразвукового дослідження у правій долі щитоподібної залози зафіксована структура зменшеної ехогенності з гідрофільним обідком, діаметр утворення 12 мм. Пальпаторно у правій долі залози визначається ущільнена ділянка з рівним контуром, безболісна під час пальпації. Лімфатичні вузли ший не збільшені.

Яку подальшу тактику Ви оберете?

- A. Виконати аспіраційну пункційну біопсію. Відповідно результатів цитологічного дослідження визначити подальшу тактику лікування
- B. Невідкладно призначити хірургічне лікування
- C. Призначити L-тироксин у супресивній дозі з метою розсмоктування вузла
- D. Призначити склерозуючу терапію вузла
- E. Порадити щорічно проводити ультразвукове обстеження щитоподібної залози

76. Хвора М., 26 р., при профілактичному огляді виявлено вузол в правій долі щитовидної залози 3x2 см, щільний, безболучий. Рік тому щитовидна залоза - без патології. При об'єктивному обстеженні: пульс - 72 уд/хв., АТ - 120/70 мм рт.ст.

Ваша тактика лікування?

- A. Оперативне лікування
- B. Радіойодтерапія
- C. Променева терапія
- D. Консервативна терапія тиреостатичними препаратами
- E. Спостереження один раз на рік

77. Хворий 56 р., звернувся до лікаря з приводу утворення на передній поверхні ший, яке з'явилося два місяці тому і продовжує збільшуватися. Після обстеження встановлено попередній діагноз: пухлина щитовидної залози.

Який метод дослідження буде найбільш інформативним?

- A. Пункційна біопсія щитовидної залози
- B. УЗД щитовидної залози
- C. Сканування щитовидної залози
- D. Йодпоглинальна функція щитовидної залози
- E. Дослідження рівня ТТГ

78. У хворого М., 37 років, виявлено збільшення щитовидної залози II-III ст., болюча

при пальпації з іррадіацією болів у нижню щелепу. Температура тіла 37-38°C. Тиждень тому переніс ангіну. Найбільш вірогідно, що у хворого:

- A. Підгострий тироїдит
- B. Гострий тироїдит
- C. Токсична аденома щитовидної залози
- D. Аутоімунний тироїдит
- E. Зоб Ределя

79. В жінки 33 років скарги на дрижання, відчуття прискореного серцебиття, загальну слабкість, біль в області шиї з іррадіацією у вуха. Хворіє коло 3-х тижнів. Спочатку були симптоми ГРВІ. У зв'язку зі збереженням підвищеної температури тіла на 5-й день хвороби терапевт призначив ампіцилін 2.0 в/м, після 10 днів цього лікування покращення стану не відбулося, з'явилися симптоми грибкової інфекції (сверблячка піхви), лікування припинила. Температура тіла 37.7°C, щитовидна залоза дифузно збільшена (зоб 1 ст.), болюча. ЧСС - 12 уд/хв., АТ - 150/70 мм рт.ст., тремор пальців витягнутих рук. В крові: L - 6.0 г/л; ШОЕ - 60 мм/год; Т<sub>4</sub> - 185 нмоль/л (норма 60-158). Для усунення симптомів тиреотоксикозу даній хворій рекомендується:

- A. Бета-блокатори
- B. Препарати йоду
- C. Метімазол або пропілтіоурацил
- D. Відновити антибактеріальне лікування
- E. Видалення зобу

80. Жінка 35 років звернулася до сімейного лікаря із скаргами на біль в області шиї з іррадіацією в потилицю і вуха, біль при ковтанні, слабкість, занепокоєння, пітливість, підвищення температури тіла. Занедужала гостро. При обстеженні: температура тіла 38,2°C, АТ - 140/75 мм рт. ст., ЧСС - 100 уд/хв, ЧД - 20 у хв. Щитовидна залоза помірно ущільнена, дифузно збільшена до II ступеня, болюча при пальпації, визначаються збільшені підщелепні і передньо-шийні лімфовузли. У крові підвищення кількості лейкоцитів, ШОЕ - 30 мм/год. Найбільш імовірним діагнозом є:

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| A. Підгострий тироїдит     | D. Дифузний токсичний зоб |
| B. Аутоімунний тироїдит    | E. Ендемічний зоб         |
| C. Післяпологовий тироїдит |                           |

81. На консультативному прийомі лікаря чоловік 42-річного віку зі скаргами на різкий біль по передній поверхні шиї, збільшення температури тіла неефективністю лікування. Захворів 2 тижні тому після застуди. Консультувався ЛОР-лікарем. Патології не знайдено. Терапевт призначив лікування бісептолом, 480 мг щоденно. Лікування не поліпшує стан хворого. Пальпаторно щитоподібна залоза дуже болюча. У загальному аналізі крові прискорення ШОЕ - 55 мм/год. Яке подальше лікування Ви оберете?

- A. Замінити лікування на преднізолон у дозі 30 мг на добу
- B. Подвоїти дозу бісептолу
- C. Замінити бісептол на цефалексин, 250 мг 4 рази на добу
- D. Замінити бісептол на амоксицилін, 250 мг 4 рази на добу
- E. Замінити бісептол на доксицилін, 100 мг щоденно

82. Хворий С., 18 років, відзначає збільшення щитовидної залози протягом 3 міс., неболюча, рухома. На скенограмі нерівномірність накопичення радіоактивного йоду (мозаїчність). На основі наведених даних можна запідозрити:

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| A. Аутоімунний тироїдит  | D. Підгострий тироїдит |
| B. Рак щитовидної залози | E. Фіброзний тироїдит  |
| C. Дифузне токсичне воло |                        |

83. Хвора З., 21 років, відзначає збільшення щитовидної залози протягом 4 міс. При огляді: щитовидна залоза неболюча, рухома. На сканограмі нерівномірне накопичення радіоактивного йоду (мозаїчність). Яку пробу призначите для диференціального діагнозу?

- A. Преднізолонову
- B. З тиротропіном
- C. З сухоїдінням
- E. Малу дексаметазонову
- D. Інсулінову

84. Хвора 20 років, мешканка Тернопільської області звернулася в ендокринологічний диспансер у зв'язку зі зміною конфігурації шії. Об'єктивно: Температура тіла  $36,7^{\circ}\text{C}$ , ЧСС - 76 уд/хв., АТ - 110/70 мм рт ст. Щитовидная залоза дифузно збільшена до II ст., м'яка, рухлива, безболісна. При УЗД - структура тканини однорідна, розміри помірно збільшені.  $T_4$ ,  $T_3$  - на нижній межі норми, ТТГ - у межах норми. Екскреція йоду із сечею - знижена. Який вид профілактики доцільно застосувати?

- A. Вживання іодовані солі
- B. Застосування антиструміну 1 табл. у тиждень
- C. Застосування L-тироксина 25-50 мкг на добу
- D. Застосування мерказоліла 10-15 мг на добу
- E. Застосування глюкокортикоїдів

85. Хвора Н., 30 р., мешкає в Карпатах, звернулася зі скаргами на побільшення щитовидної залози. З обстежень виявлено дифузне збільшення щитовидної залози до Ia ст., функція не порушена. Який вид профілактики ендемічного зобу ви порадите?

- A. Антиструмін 1 табл. в тиждень
- B. Антиструмін 1 табл. 2 рази в тиждень
- C. L-тироксин 25 мкг на добу
- D. L-тироксин 50 мкг на добу
- E. Мерказоліл 20 мг на добу

86. Для профілактики виникнення ендемічного зобу не використовують:

- A. Йодидцерин
- B. Антиструмін
- C. Йодовану соль
- D. Йодид
- E. Йодоване масло

87. Мешканка Нагірнянського району Іванофранківської області, віком 23 років, скаржитися на невиношування вагітності. У шлюбі 5 років, було декілька вагітностей і всі закінчились викиданнями. Під час огляду визначається зоб II ст. щитоподібна залоза м'яка. Клінічно ознак порушення функції прищито-подібної залози не визначається. Під час обстеження плазми крові встановлено рівень тироксину 66 наномоль/л, трийодтироніну - 2,78 наномоль/л, тиреотропіну - 4,0 мМО/л. За даними обласної СЕС середня йодурія у жителів цього регіону 4,5 мкг/100мл. Яка можлива причина страждань пацієнтки?

- A. Йододефіцитний стан
- B. Низький рівень тироксину у плазмі крові
- C. Високий рівень трийодтироніну у плазмі крові
- D. Зростання тиротропіну у плазмі крові
- E. Наявність зобу

88. На прийомі у лікаря жінка 38 років зі скаргами на неефективне лікування у неї гіпотиреозу. Народилась і постійно мешкає на Закарпатті, у м.Хусті. У 12-літньому віці в неї діагностований ендемічний зоб. Через це постійно приймала антиструмін по 1 табл. раз на 3 дні. Два роки тому у пацієнтки діагностовано гіпотиреоз, призначено лікування L-тироксином у дозі 50 мкг щоденно. Антиструмін приймати не рекомендовано. Стан пацієнтки незадовільний. Найбільш їй дошкуляють менорагії та галакторея. На час огляду шкіра блідожовтувата, суха. Значна одутність обличчя та всього тіла. Пульс - 54 уд/хв. Звучність серцевих тонів значно послаблена, не пальпується щитоподібна залоза. Вміст тиреотропіну в плазмі крові - 18,8 нкОД/л, гемоглобін - 67 г/л. Як потрібно корегувати

подальше лікування пацієнтки?

- A. Поступово нарощувати дозу L-тироксину до стану клінічного благополуччя та вмісту тиреотропіну в межах норми
- B. Відновити прийом антиструміну
- C. Додатково до призначеного лікування провести курс імунокорекції ербісолом по 4,0 мл дом'язово щоденно впродовж 20 діб
- D. Додатково до лікування призначити курс біогенних стимуляторів – ФІБС по 2,0 щоденно підшкірно впродовж 20 діб
- E. Доповнити призначення лікування тривалим прийомом препаратів захисного заліза

89. Хвора К., чотири роки тому переїхала у місцевість, ендемічну по зобу. Останній рік помітила збільшення щитовидної залози. При обстеженні виявлено дифузний зоб 3 ступіню, еутиреоїдний стан. Ваша лікувальна тактика?

- A. Призначити препарати йоду
- B. Призначити тироксин
- C. Призначити тиреостатики - похідні імідазолу
- D. Призначити карбонат літію
- E. Призначити глюкокортикоїди

90. Жінка 34 років. Мешкає у ендемічній по зобу місцевості. Скаржиться на слабкість, сонливість, набряки на обличчі, руках, ногах, зябкість, закрепи. Ріст – 169 см, маса тіла – 73 кг. Набряклість обличчя, тилу кистів, стоп, гомілок. Випадіння волосся. Р – 52 уд/хв., АТ – 110/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза збільшена (“округла шия”), щільна, поверхня її рівна. Ваш діагноз?

- A. Ендемічний гіпотиреоїдний зоб II ст.
- B. Дифузний нетоксичний зоб II ст.
- C. Дифузний токсичний зоб II ст.
- D. Змішаний нетоксичний зоб
- E. Підгострий тиреоїдит

91. Жінка 37 років. Мешкає у ендемічній по зобу місцевості. Скаржиться на слабкість, сонливість, набряки на обличчі, руках, ногах, зябкість, закрепи. Ріст – 169 см, маса тіла – 73 кг. Набряклість обличчя, тилу кистів, стоп, гомілок. Випадіння волосся. Р – 52 уд/хв., АТ – 110/70 мм рт. ст. Щитовидна залоза збільшена (“округла шия”), щільна, поверхня її рівна. Яке з нижче перелікованих досліджень можуть достовірно підтвердити діагноз?

- A. ТТГ, Т<sub>4</sub>, Т<sub>3</sub> в плазмі крові
- B. Екскреція з сечею 17-КС і 17-ОКС
- C. Електроліти крові
- D. Поглинання I<sup>131</sup> щитовидною залозою
- E. Пункційна біопсія

92. Жінка 41 року, мешкає у ендемічній по зобу місцевості. Скаржиться на слабкість, сонливість, набряки на обличчі, руках, ногах, зябкість, закрепи. Ріст – 169 см, маса тіла – 73 кг. Набряклість обличчя, тилу кистів, стоп, гомілок. Випадіння волосся. Р – 52 уд/хв., АТ – 110/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза збільшена (“округла шия”), щільна, поверхня її рівна. Рекомендуємо лікування:

- A. Тироксин
- B. Розчин Люголя
- C. Лазикс
- D. Преднізолон
- E. Струмектомія

93. Жінка 23 років, скаржиться на збільшення щитовидної залози. Вагітність - 10 тижнів. Об'єктивно: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза дифузно збільшена за рахунок всіх відділів (“округла шия”), безболюча. Ваш діагноз?

- A. Дифузний нетоксичний зоб II ст.
- B. Аутоімунний тиреоїдит
- C. Дифузний токсичний зоб II ст.
- D. Підгострий тиреоїдит
- E. Змішаний нетоксичний зоб II ст.

94. Жінка 25 років, скаржиться на збільшення щитовидної залози. Вагітність - 10 тижнів. Об'єктивно: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза дифузно збільшена за рахунок всіх відділів (“округла шия”), безболюча. Призначьте лікування еутиреоїдного зобу у вагітних:

- A. Тиреотом-форте 1,5 табл. щоденно
- B. Тіамазол 5 мг щоденно
- C. Мерказоліл 15 мг щоденно
- D. Антиструмін - 1 табл. щоденно
- E. Розчин за Люголем – 3 краплі щоденно, після сніданку

95. Жінка 23 років, скаржиться на збільшення щитовидної залози. Вагітність - 10 тижнів. Об'єктивно: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза дифузно збільшена за рахунок всіх відділів (“округла шия”), безболюча. Способи контролю за ефективністю лікування простого еутиреоїдного зобу:

- A. Визначення об'єму залози ультразвуковим обстеженням
- B. Визначення основного обміну через 3-4 міс.
- C. Пальпаторне обстеження залози через 6 міс.
- D. Визначення секреції йоду з сечою
- E. Визначення йод-поглинальної функції щитовидної залози кожні 6 міс.

96. Жінка 26 років, скаржиться на збільшення щитовидної залози. Вагітність - 10 тижнів. Об'єктивно: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза дифузно збільшена за рахунок всіх відділів (“округла шия”), безболюча. Яка тактика лікування простого еутиреоїдного зобу в ендемічних за зобом теренах?

- A. Призначення L-тироксину в повній дозі впродовж 6-12 міс., після зменшення розміру залози – підтримуюча доза L-тироксину, за повної нормалізації залози – йодована сіль
- B. Провести передопераційну підготовку йодидами з радикальним хірургічним лікуванням
- C. Призначити лікувальну дозу йоду<sup>131</sup>
- D. Комплексне лікування полівітамінними препаратами з вмістом мікроелементів
- E. Достатньо лиш йодування солі

97. Жінка 29 років, скаржиться на збільшення щитовидної залози. Вагітність - 10 тижнів. Об'єктивно: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Щитовидна залоза дифузно збільшена за рахунок всіх відділів (“округла шия”), безболюча. Вказані препарати гальмують перетворення тироксину в трийодтиронін, крім:

- A. Норадреналін
- B. Пропранолол
- C. Літію карбонат
- D. Преднізолон
- E. Мікрійод

98. Жінка 28 років, отримує мерказоліл у дозі 5 мг/добу у зв'язку з дифузним токсичним зобом III ст., тиреотоксикозом тяжкого ступеня. Через 1 міс. від початку лікування з'явилися сонливість, набряки (ямка при натискуванні не лишається), сухість шкіри, осиплість голосу, закрепи. Назвіть можливі причини погіршення стану?

- A. Медикаментозний гіпотиреоз
- B. Алергія на мерказоліл
- C. Рецидив тиреотоксикозу
- D. Розвиток супутньої патології серцево-судинної системи
- E. Все вищепереліковане

99. Жінка 26 років, отримує мерказоліл у дозі 5 мг/добу у зв'язку з дифузним токсичним зобом III ст., тиреотоксикозом тяжкого ступеня. Через 1 місяць від початку лікування з'явилися сонливість, набряки (ямка при натискуванні не лишається), сухість шкіри, осиплість голосу, закрепи. Які дослідження є необхідними для підтвердження діагнозу?

- A. Визначення в крові  $T_4$  та  $T_3$
- B. Сканування щитовидної залози
- C. Поглинання  $I^{131}$  щитовидною залозою
- D. Тиреолімфографія
- E. МРТ

100. Жінка 25 років, отримує мерказоліл у дозі 5 мг/добу у зв'язку з дифузним токсичним зобом III ст., тиреотоксикозом тяжкого ступеня. Через 1 міс. від початку лікування з'явилися сонливість, набряки (ямка при натискуванні не лишається), сухість шкіри, осиплість голосу, закрепи. Ваші лікувальні заходи?

- A. Відмінити мерказоліл і призначити лівотироксин
- B. Зменшити дозу мерказолілу
- C. Відмінити мерказоліл
- D. Призначити преднізолон
- E. Призначити розчин Люголя

### *Цукровий діабет. Гіперінсулінізм. Інсулінома*

1. У хворого на ревматоїдний артрит, який лікувався метипредом виявлено глікемію натщесерце 6,1 ммоль/л. Ваша тактика відносно шляху нормалізації глікемії?

- A. Зменшити дозу преднізолону + дієтотерапія
- B. Відмінити ацетилсаліцилову кислоту
- C. Підвищити фізичну активність хворого
- D. Призначити великі дози анальгетиків
- E. Підвищити дозу преднізолону + дієтотерапія

2. Чоловік 56 років, скаржиться на спрагу, втрату ваги, слабкість, посилене сечовиділення (4 л на добу), біль в ногах, свербіж шкіри. Найбільш вірогідним є діагноз:

- A. Цукровий діабет
- B. Неврогенна полідипсія
- C. Нецукровий діабет
- D. Гострий нефрит
- E. Нирковий діабет

3. Хворий К., доставлений без свідомості. На цукровий діабет 1 типу хворіє 12 років. Протягом останнього тижня хворів гастроентеритом. Об'єктивно: шкіра суха, очні яблука м'які, дихання поверхневе, запаху ацетону не відчувається. АТ - 80/40 мм рт. ст.

Яка з ком найбільш вірогідна у хворого?



- A. Гіперосмолярна
- B. Гіперлактацидемічна
- C. Кетоацидотична
- D. Гіпоглікемічна
- E. Алкогольна

4. Хворого 28 років, доставлено без тями в приймальне відділення. Хворіє на діабет I типу 8 років. Об'єктивно: суха шкіра, запах ацетону не відчувається, АТ – 80/30 мм рт ст. Погіршення відбулося після отруєння недоброякісною їжею.

Які очікуєте отримати результати аналізів?

- A. Глікемія більше 40 ммоль/л, ацетон у сечі відсутній
- B. Глікемія 2,0 ммоль/л, ацетон у сечі відсутній
- C. Глікемія більше 20 ммоль/л, ацетон у сечі "++"
- D. Глікемія до 10 ммоль/л, рН крові менше 7,2
- E. Глікемія 5,0 ммоль/л, у крові високий рівень алкоголю

5. К., 28 років. На цукровий діабет хворіє 6 років, отримував інсулін "Лонг" 46 од. Протягом останніх 5 місяців для компенсації глікемії доза інсуліну збільшилась до 108 од. Гіпоглікемії не було.

Як Ви розцінюєте такий стан?

- A. Інсулінорезистентність
- B. Синдром хронічного передозування інсуліну
- C. Лабільність перебігу діабету
- D. Синдром Кіммельстіля-Вільсона
- E. Алергія до інсуліну

6. Хворий В, 34 років, хворіє на цукровий діабет I типу 8 років. Отримує 36 од. інсуліну "Монодар К 25". Останнім часом доза інсуліну збільшилася до 100 од. Гіпоглікемії не було. Яка дальша тактика лікування хворого?

- A. Призначити простий інсулін + преднізолон
- B. Відмінити інсулін і призначити бігуаніди
- C. Гіпосенсибілізація малими дозами інсуліну
- D. Збільшити в дієті кількість вуглеводів
- E. Збільшити дозу інсуліну "Монодар К 25"

7. Хворий М., непритомний, шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхнєве. АТ - 110/70 мм рт. ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок.

Про яке захворювання можна думати?

- A. Гіпоглікемічна кома
- B. Гіперглікемічна кома
- C. Гіперосмолярна кома
- D. Гіперлактацидемічна кома
- E. Мозкова кома (інсульт)

8. Хворий Д, 30 років, непритомний, шкіра волога, на плечах та стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхнєве. АТ – 110/70 мм рт ст. Тонус м'язів, рефлекси підвищені, судоми м'язів. Які результати аналізів підтвердять Ваш діагноз?

- A. Глікемія менше 2,5 ммоль/л
- B. рН крові нижче 7,2
- C. Калій у крові більше 6,0 ммоль/л
- D. Глікемія більше 40 ммоль/л
- E. У спинномозковій рідині виявлено кров

9. Хворий К., на цукровий діабет хворіє 28 років. Протягом останнього року доза інсуліну зменшилась на 14 од. В аналізі сечі білка - 1,7%, цукру - 0,8%, багато еритроцитів, циліндрів.

Вказані ознаки є проявом:

- A. Нефросклерозу
- B. Інсулінорезистентності
- C. Декомпенсації цукрового діабету
- D. Пієлонефриту
- E. Синдрому хронічного передозування інсуліну

10. Хворий Т., страждає на цукровий діабет I типу 30 років. Останнім часом у нього зменшилась доза інсуліну з 56 до 32 ОД. В аналізі сечі – білок 2%, цукор - 0,5%, циліндри. Причиною зменшення потреби в інсуліні може бути:

- A. Зменшення розпаду інсуліну в нирках
- B. Зменшення зв'язування інсуліну з білком
- C. Зменшення активності контрінсулінових гормонів
- D. Усі вказані причини
- E. Ні одна із вказаних причин

11. Хворий М., 61 рік, госпіталізований у кардіологічне відділення у зв'язку із гострим інфарктом міокарда. На цукровий діабет хворіє 8 років. Приймає манініл 1 табл. (0,005) 2 рази на день. У стаціонарі глікемія натще 7,7 ммоль/л, глікемічний профіль 7,2-8,0-7,7-6,4-6,8-6,5 ммоль/л. Добова глюкозурія - 36 г.

Чи є цукровий діабет фактором ризику для інфаркту міокарда?

- A. Так
- B. Ні
- C. Так, тільки діабет 1 типу
- D. Так, при лабільному перебігу
- E. Декомпенсація діабету веде до інфаркту

12. Хворий 56 років, госпіталізований у відділення невідкладної кардіології з гострим інфарктом міокарду. Хворіє на цукровий діабет II типу. Приймає манініл 2 таб. вранці. Глікемія в стаціонарі натще 8,0 ммоль. Глікемічний профіль – 7,8-8,0-8,0-7,4-9,0-6,5 ммоль/л. Добова глюкозурія – 30,0 г. Виберіть тактику ведення хворого:

- A. Дозу манінілу не змінювати
- B. Дозу манінілу збільшити до 4 табл. на добу (20 мг)
- C. Манініл замінити на адебіт - 1 табл. 2 рази на день
- D. Манініл замінити пролонгованим інсуліном у дозі 40 од.
- E. До манінілу додатково призначити інсулін "Ленте" 30 од.

13. Хворий К., 20 років. На цукровий діабет хворіє 7 років. Скарги на спрагу та сухість у роті ранком і ввечері, часто легкі гіпоглікемії після обіду. Дієти дотримується, на обід споживає мало вуглеводів з їжею. Отримує інсулін "Семіленте" 44 од. і "Ультраленте" 18 од ранком. Глікемічний профіль: 7.00 - 15,7; 10.00 - 10,4; 13.00 - 7,1; 16.00 - 5,2; 19.00 - 13,8; 22.00 - 16,7 ммоль/л. Добова глюкозурія 80 г, ацетону в сечі не виявлено.

Який ступінь компенсації діабету у хворого?

- A. Декомпенсований
- B. Субкомпенсований
- C. Компенсований
- D. Легкий перебіг
- E. Важкий перебіг

14. Хворий 24 років. Хворіє на цукровий діабет I типу 10 років. Скаржиться на спрагу та сухість у роті ранком та увечері. Непокоять легка гіпоглікемія після обіду. Дієти дотримується, в обід мало споживає вуглеводів. Отримує інсулін "Семіленте" 40 од і "Ультраленте" 18 ОД. Глікемічний профіль – 7<sup>00</sup>-15,7; 13<sup>00</sup>-7,1; 16<sup>00</sup>-5,2; 19<sup>00</sup>-14,0; 22<sup>00</sup>-17,0 ммоль/л. Добова глюкозурія – 60,0. Ацетон в сечі не виявлено.

Чим обумовлена глікемія натще о 7<sup>00</sup>?

- A. Недостатньою дозою інсуліну "Ультраленте"
- B. Недостатньою дозою інсуліну "Семіленте"
- C. Надлишковою дозою інсуліну "Семіленте"
- D. Надлишковою дозою інсуліну "Ультраленте"
- E. Недостатньою дозою інсулінів "Семіленте" і "Ультраленте"

15. Хворий М., 32 роки, на цукровий діабет хворіє 16 років. Отримує інсулін "Лонг" 30 од. + "Ультралонг" 46 од. В анамнезі неодноразово коматозні стани. Турбує зниження гостроти зору, слабкість і біль в ногах. При офтальмоскопії на очному дні мікроаневризми судин, крововиливи у сітківку, неоваскуляризація. Глікемія натще - 7,7 ммоль/л, глюкозурія - 2 % (2,5 л), ацетону в сечі не виявлено. Вкажіть важкість та компенсацію цукрового діабету:

- A. Важкий, субкомпенсований
- B. Середньої важкості, компенсований
- C. Легка форма, субкомпенсований
- D. Легка форма, декомпенсований
- E. Важка форма, компенсований

16. Хворий Д., 36 років, хворіє на цукровий діабет I типу 18 років. В анамнезі неодноразові коматозні стани. Турбує зниження гостроти зору, слабкість і біль в ногах. При офтальмоскопії на очному дні мікроаневризми, крововиливи в сітківку, неоваскуляризація.

Яка патологія виявлена при офтальмоскопії?

- A. Проліферативна діабетична ретинопатія
- B. Проста діабетична ретинопатія
- C. Ангіопатія судин сітківки
- D. Легка офтальмопатія
- E. Важка офтальмопатія

17. Хвора К., на цукровий діабет хворіє 10 років. Перебіг хвороби лабільний. Доза інсуліну за останні 2 роки зменшилася з 72 до 30 од. Протягом 6 років протеїнурія, артеріальна гіпертензія. Останні 2 роки АТ – 160/100 - 180/120 мм рт. ст. на фоні гіпотензивної терапії. Об'єктивно: шкіра бліда, обличчя одутле, набряки на попереку, на ногах. В аналізі крові еритроцитів 2,9 x 10<sup>9</sup>/л, лейкоцитів 6,1x10<sup>9</sup>/л, гемоглобіну 96 г/л, ШОЕ 29 мм/год. Який діагноз можна поставити?

- A. Цукровий діабет I типу, середньої важкості
- B. Цукровий діабет, інсулінонезалежний, легкий перебіг
- C. Цукровий діабет, інсулінонезалежний, важкий перебіг
- D. Цукровий діабет, інсулінозалежний, легкий перебіг

18. Хвора А., 32 роки, хворіє на цукровий діабет I типу 12 років. Доза інсуліну зменшилась з 66 до 40 од. Протягом останніх трьох років – протеїнурія. Об'єктивно: шкіра бліда, обличчя набрякле, АТ – 170/120 мм рт ст. Загальний аналіз сечі: протеїнурія - 15%, циліндрурія.

На основі клінічних даних у хворої:

- A. Нефропатія
- B. Гепатопатія
- C. Офтальмопатія
- D. Гіпертонічна хвороба II ст.
- E. Гіпертонічна хвороба III ст.

19. Хворий 56 років, з синдромом Іценко-Кушинга поступив у ендокрино-логічне відділення з приводу цукрового діабету 2 типу.

Що з наведеного має значення у патогенезі захворювання?

- A. Збільшення кількості глюкокортикоїдів у крові
- B. Розвиток інсуліноми
- C. Підвищена чутливість рецепторів тканин до інсуліну
- D. Гіпопродукція соматостатину
- E. Гіпопродукція глюкагону

20. Вкажіть критерій компенсації цукрового діабету:

- A. Аглюкозурія
- B. Глікемія натще 9,7 ммоль/л
- C. Глюкозурія 2,0%
- D. Глікемія натще 7,8 ммоль/л
- E. У сечі ацетон ++

21. Яке порушення не спостерігається у хворих з кетоацидозом?

- A. Зниження ліполізу
- B. Зниження утилізації глюкози
- C. Катаболізм білків
- D. Підвищення осмодіурезу
- E. Посилення екскреції електролітів з сечею

22. Дієта хворих на цукровий діабет повинна включати:

- A. Багато клітковини
- B. Багато тваринного жиру
- C. Багато вуглеводів
- D. Продукти, бідні білками
- E. Демінералізовані продукти

23. Показанням до призначення інсуліну хворим на цукровий діабет є:

- A. Гепатопатія з ГЦН III ст. у хворих 2-м типом
- B. Ангіопатія сітківки
- C. Глікемія 6,7 ммоль/л при дозі манінілу 10 мг на добу
- D. Операція на очі при легкому перебігу
- E. Усі вказані стани

24. При виведенні хворих з кетоацидотичної коми необхідно:

- A. Провести корекцію кислотно-лужної рівноваги
- B. Переливання крові
- C. Провести нейролептаналгезію
- D. Провести дегідратацію
- E. Призначити сечогінні препарати

25. З метою корекції електролітного балансу необхідно вводити:

- A. Препарати калію при каліємії до 5 ммоль/л
- B. 20 мл 10%-ного розчину хлористого натрію
- C. Препарати калію до інсулінотерапії
- D. Препарати калію при каліємії 5-10 ммоль/л
- E. 0,45%-ний розчин хлористого натрію внутрішньовенно

26. Із вказаних факторів секрецію інсуліну стимулюють:

- A. Глюкоза

- В. Жирні кислоти
- С. Препарати сульфанілсечовини
- Д. Антибіотики пеніцилінового ряду
- Е. Адреналін

27. Розвиткові інсулінонезалежного цукрового діабету 2 типу сприяють:

- А. Ожиріння
- В. Гіперпродукція глюкокортикоїдів
- С. Патологічні процеси в підшлунковій залозі
- Д. Наявність інсуліноми
- Е. Цукровий діабет у родичів

28. Відносно стандартного тесту толерантності до глюкози правильним є твердження:

- А. Призначається при наявності факторів ризику до діабету
- В. Використовується для диференціальної діагностики гіпертоній
- С. Дає хибні результати на фоні лікування преднізолоном
- Д. Призначається для визначення ступеня важкості діабету
- Е. Призначається для діагностики латентних форм діабету

29. Критеріями легкого ступеня цукрового діабету є:

- +А. Глюкозурія до 20 г на добу
- В. У хворого нефропатія III ст.
- С. Компенсація діабету дієтою + пероральні препарати
- Д. В анамнезі часті коми
- Е. Ускладнення діабету незначні або відсутні

30. Критеріями компенсованого перебігу цукрового діабету 2 типу є:

- А. Аглюкозурія
- В. Кетонемія
- С. Нормоглікемія
- Д. Гіпохолестеринемія
- Е. Усі вказані критерії

31. Які із тверджень є правильними відносно інсулінонезалежного цукрового діабету 2-го типу?

- А. Частіше у людей похилого віку
- В. Частіше в молодому віці
- С. Рідко спостерігається розвиток ком
- Д. Компенсується пероральними препаратами
- Е. Ангіопатії виявляються через кілька років хвороби

32. Для нефропатичної стадії нефропатії характерним є:

- А. Гіпертензія більше 210/140 мм рт.ст
- В. Періодична протеїнурія
- С. Часті кетоацидотичні коми
- Д. Часті гіпоглікемії
- Е. Гіперкетонемія

33. Ураження очей у хворих на цукровий діабет проявляється як:

- А. Ангіопатія судин сітківки
- В. Катаракта
- С. Міопія
- Д. Косоокість
- Е. Усіма вказаними станами

34. Які твердження не відповідають ангіопатії судин нижних кінцівок?
- A. Парестезії
  - B. Болі в ногах при ходьбі
  - C. Зниження температури стоп
  - D. Розвиток гангрени стоп протягом кількох днів
  - E. Поступове порушення трофіки починаючи із пальців ніг
35. Як прояв діабетичної ентеропатії може бути:
- A. Діарея
  - B. Гастропарез
  - C. Гіпосекреція шлункового соку
  - D. Усі вказані прояви
  - E. Ні один із проявів
36. Для ураження нирок у хворих на діабет характерним є:
- A. Часто приєднується інфекція сечовивідних шляхів
  - B. Часто ніктурія
  - C. Збільшення частоти пухлин нирок
  - D. Усі вказані стани
  - E. Ні один із станів
37. Які патологічні стани шкіри виникають при діабеті?
- A. Схильність до гноячкових захворювань
  - B. Ліпоїдний некробіоз
  - C. Дерматоміозит
  - D. Ліпоматоз
  - E. Усі вказані стани
38. Яке твердження є правильним для інсулінорезистентності?
- A. Діабет компенсується дозою інсуліну більше 100 од. на добу
  - B. Розвивається внаслідок продукції антитіл до інсуліну
  - C. Є наслідком порушення системи “інсулін-рецептор” у тканинах
  - D. Часто при нефросклерозі
  - E. Розвиткові сприяє хронічна інфекція, патологія печінки
39. Патогенез кетоацидотичної коми не включає:
- A. Посилення ліпогенезу
  - B. Посилення кетогенезу
  - C. Дегідратацію
  - D. Посилення глюконеогенезу
  - E. Втрату електролітів
40. Хвора Н., 30 років, хворіє на цукровий діабет більш 10 років. Діагностована інсулінорезистентність, так як при дотриманні дієти і відсутності інших видимих причин добова доза інсуліна зросла з 52 ОД Хумодар К-25 до 110 ОД при декомпенсованому стані. Яка лікувальна тактика?
- A. Перевести на інтенсифіковану інсулінотерапію
  - B. Збільшити дозу інсуліну Хумодар К-25
  - C. Відмінити інсулін і призначити Діабетон MR у сполученні з сіофором
  - D. Збільшити кількість вуглеводів у добовому раціоні
  - E. Зменшити дозу інсуліну Хумодар К-25
41. Хворий 29 років, хворіє на цукровий діабет 7 років. Отримує інсулін Хумодар К-

25 16 ОД вранці та 10 ОД ввечері, був компенсований. Чотири дні тому захворів на фолікулярну ангіну. Стан погіршився. Посилилась спрага, збільшився діурез (до 4,5 л на добу), шез апетит, з'явилась нудота. Об'єктивно: зріст - 177 см, маса тіла - 71 кг. Шкіра суха. Запах ацетону з рота. Ps – 92 уд/хв., ритмічний. АТ – 115/70 мм рт.ст. Печінка пальпується на 2 см з-під реберної дуги. Цукор крові 17 ммоль/л, реакція сечі на ацетон позитивна. Які особливості дієти у даного 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.

42. Хвора 38 років, вагітність 10 тижнів, хворіє на цукровий діабет 2 типу й аліментарно-конституціональне ожиріння I ст. Компенсація досягнута метформіном по 0,5 2 рази в день. Об'єктивно: зріст - 168 см, маса тіла - 80 кг. Глюкоза крові натщесерце 6,7 ммоль/л, на протязі доби не перевищує 9 ммоль/л. Глюкоза сечі 0,5%, при діурезі 2 л. Очне дно в нормі. Дайте хворій рекомендації по лікуванню.

- A. Перевести хвору на інсулін.
- B. Відмінити метформін, дотримуватись дієти.
- C. Продовжувати прийом метформіна.
- D. Перевести хвору на глюренорм.
- E. Комбінувати прийом метформіну з інсуліном.

43. Хворий 55 років. Захворювання виявлено випадково під час профогляду. Не лікувався. Об'єктивно: зріст - 170 см, маса тіла - 106 кг. Розподілення підшкірної жирової клітковини рівномірне. Шкіра звичайної вологості. Ps – 76 уд/хв., ритмічний. Ліва межа відносної тупості серця зміщена на 1 см вліво від середньоключичної лінії. Тони серця послаблені. АТ - 160/90 мм рт. ст. Глікемія натщесерце - 7,88 ммоль/л. Вміст глюкози в добовій сечі - 1% при діурезі 2,5 л.

Яка першочергова тактика лікування?

- A. Призначити хворому лише дієтотерапію
- B. Призначити метформін.
- C. Призначити глібенкламід.
- D. Призначити новонорм.
- E. Призначити інсулін.

44. Хворий 37 років. Хворіє на цукровий діабет 6 років. Зріст - 169 см, маса тіла - 74 кг. Приймає інсулін Хумодар Б 20 ОД вранці, 12 ОД ввечері та інсулін Хумодар Р 10 ОД вранці. В 11 год. щоденно відмічає головний біль, слабкість, пітливість, інколи тремтіння рук. Додаткові дослідження. Глюкозуричний профіль: 8-14 год - 0,5, л - 0,5% глюкози; 14-19 год. - 0,6 л - глюкози немає; 19-23 год. - 0,3 л - глюкози немає; 23-8 год. - 0,5 л - 1% глюкози. Глікемія натщесерце - 6,71 ммоль/л.

Яка Ваша лікувальна тактика?

- A. Зменшити вранці інсулін Хумодар Р.
- B. Зменшити вранці інсулін Хумодар Б.
- C. Зменшити ввечері інсулін Хумодар Б.
- D. Збільшити вранці інсулін Хумодар Р.
- E. Збільшити вранці інсулін Хумодар Б.

45. 30-річна жінка з 15-річним анамнезом цукрового діабету 1 типу поступила у відділення зі скаргами на виражені набряки. При об'єктивному огляді відмічаються набряки на обличчі, нижніх кінцівках, пастозність передньої черевної стінки, поперекової ділянки. В черевній порожнині визначається невелика кількість вільної рідини. АТ – 140/80 мм рт.ст., Ps

– 72 уд/хв. Аналіз сечі: Пв 1030, білок - 2,4 г/л, цукор - 5%, лейкоцити 2-4 в п/з., еритроцити 0-1 в п/з.

Для лікування набрякового синдрому у хворої можна використовувати всі перераховані препарати, крім:

- A. Глюкокортикостероїди
- B. Верошпірон
- C. Фуросемід
- D. Гепарин
- E. Анаболічні стероїди

46. В клініку поступив хворий з цукровим діабетом I типу, важкої форми в стадії компенсації, ускладненим нефропатією, міокардіодистрофією і застійною серцевою недостатністю II Б ст.

Препарат якої групи доцільно включити в комплексну терапію хворого для профілактики тромбозів?

- A. Низькомолекулярні гепарини.
- B. Фібринолітики
- C. Активатори плазміногену.
- D. Нестероїдні протизапальні
- E. Непрямі антикоагулянти

47. На момент огляду хворий без свідомості шкіра суха, гаряча, гіперемія обличчя. Велике дихання Кусмауля, запах ацетону в повітрі. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Цукор крові – 33 ммоль/л, діагностовано кетоацидотичну кому.

Який невідкладний захід потрібно зробити в першу чергу ?

- A. В/в інфузія інсуліну із швидкістю 6-10 Од/год.; 0,1 Од/кг ваги
- B. 200 мл 5% глюкози + 4 Од інсуліну
- C. Інфузія інсуліну 2-4 Од/год.
- D. 500 мл гемодезу + 1% глютамінової кислоти
- E. В/в 200 мл 0,45% натрію хлориду

48. Яке обстеження потрібно провести для виявлення латентного цукрового діабету?

- A. Глюкозотолерантний тест
- B. Добова глюкозурія
- C. Визначення глікемічного профілю.
- D. Визначення глікозильованого гемоглобіну.
- E. Визначення С-пептиду

49. Які прояви не характерні для доклінічної стадії діабетичної нефропатії?

- A. Гематурія
- B. Гіпертрофія нирок
- C. Мікроальбумінурія
- D. Клубочкова інфільтрація
- E. Збільшення ниркового кровообігу

50. До стаціонару доставлено хворого з кетоацидозом. Який варіант інсулінотерапії найбільш доцільний?

- A. Введення інсуліну короткої дії 4-5 разів на добу
  - B. Введення препаратів інсуліну довготривалої та середньотривалої дії 1 раз на добу вранці
- C. Введення препаратів середньої тривалості дії вранці та ввечері
- D. Комбінація препаратів інсуліна довготривалої дії з 2-3 ін'єкціями короткої дії



Е. Введення інсуліну середньотривалої дії вранці та ввечері разом з коротким інсуліном

51. Хворий К., доставлений в непритомному стані. На цукровий діабет 1 типу хворіє 12 років. Протягом останнього тижня хворів гастроентеритом. Об'єктивно: шкіра суха, очні яблука м'які, дихання поверхнєве, запаху ацетону не відчувається. АТ - 80/40 мм рт.ст. Яка з ком найбільш вірогідна у хворого?

- А. Гіперосмолярна
- В. Гіперлактацидемічна
- С. Кетоацидотична
- Д. Гіпоглікемічна
- Е. Алкогольна

52. Хворий К., на цукровий діабет хворіє 28 років. Протягом останнього року доза інсуліну зменшилась на 14 ОД. В аналізі сечі білка 1,7 г/л, цукру 0,8%, багато еритроцитів, циліндрів. Вказані ознаки є проявом:

- А. Нефросклерозу
- В. Інсулінорезистентності
- С. Декомпенсації цукрового діабету
- Д. Пієлонефриту
- Е. Синдрому хронічного передозування інсуліну

53. У хворої, 22 років, після перенесеного грипу вперше виявлений цукровий діабет. Глікемія натще - 15,2 ммоль/л, глюкозурія - 25 г/л, глікозильований гемоглобін – 10%.

Яке лікування слід призначити?

- А. Інсулінотерапію
- В. Дієтотерапію
- С. Бігуаніди
- Д. Сульфаніламіді 1 генерації
- Е. Сульфаніламіді 2 генерації

54. У хворої, 52 років, випадково при проведенні профілактичного огляду виявлено глікемію натще – 7,2 ммоль/л, глюкозурію - 5 г/л. Зріст - 167 см, маса тіла - 92 кг.

Визначне початкову тактику лікаря щодо лікування хворої?

- А. Дієтотерапія
- В. Інсулін
- С. Бігуаніди
- Д. Сульфаніламіді 1 покоління.
- Е. Сульфаніламіді 2 покоління.

55. Хвора, 52 років, має зріст 162 см, масу тіла 92 кг. Хворіє на цукровий діабет II типу впродовж 2 років. На дієтотерапії. Глікемія натще 12,4 ммоль/л, глюкозурія – 25г/л.

Яка терапія показана?

- А. Бігуаніди
- В. Дієтотерапія
- С. Інсулінотерапія
- Д. Сульфаніламіді I генерації
- Е. Сульфаніламіді 2 генерації

56. Хворий 62 років на ЦД-2. Діабет компенсований дієтою та манінілом. Хворому повинні зробити операцію з приводу пахової грижі. Яка має бути тактика гіпоглікемізуючої терапії?

- А. Призначити препарати інсуліну короткої дії
- В. Замінити манініл глюренормом

- C. Залишити попередню схему лікування
- D. Призначити препарати інсуліну тривалої дії
- E. Призначити бігуаніди

57. Хвора 33 років, хворіє на цукровий діабет 5 років. Останні 3 роки отримує більше 100 од інсуліну на добу. Маса тіла збільшилась на 10 кг. Цукор крові натще 13 ммоль/л, в добовій сечі - 3%. Генералізована мікроангіопатія. При збільшенні дози інсуліну показники глікемії суттєво не змінюються. Ваш діагноз?

- A. ЦД 1 тип, важка форма, декомпенсація, інсулінорезистентність
- B. ЦД 2 тип, важка форма, декомпенсація
- C. ЦД 1 тип, важка форма, субкомпенсація, феномен Сомоджі
- D. ЦД 2 тип, середньої важкості, феномен Заброди
- E. ЦД 1 тип, важка форма, декомпенсація, алергічна реакція на інсулін

58. Хвора 34 років госпіталізована в клініку в непритомному стані. Після перенесеного грипу з'явилася спрага, погіршення апетиту, головні болі, слабкість. Зранку виникла біль у животі, блювання та втрата свідомості (анамнез зібраний зі слів родичів). При огляді: непритомна, дихання глибоке і шумне, 30 за 1 хв., відчувається запах ацетону. Шкіра суха, язик – сухий, обкладений коричневим нальотом PS – 98 уд/хв.; малого наповнення. АТ – 95/55 мм рт. ст. Очні яблука м'які, гіпотонія м'язів.

Найбільш імовірний діагноз?

- A. Кетоацидотична кома
- B. Уремична кома
- C. Печінкова кома
- D. Гіпероамолярна кома
- E. Інсульт

59. Хворий 39 років протягом 20 років хворіє бронхіальною астмою. Останніх 5 років у зв'язку з важкими нападами ядухи, був призначений полькортолон. Під час госпіталізації до стаціонару скаржився на полідипсію, сухість у роті, підвищений апетит та поліурію. В крові виявили рівень глюкози 10,9 ммоль/л. Як розцінити змальований клінічний стан хворого?

- A. Цукровий діабет, обумовлений призначенням кортикостероїдів
- B. Цукровий діабет 1 типу
- C. Інсулінонезалежний цукровий діабет
- D. Нирковий діабет
- E. Гіпофізарний цукровий діабет

60. Хвора Е., 12 років, хворіє цукровим діабетом 3 роки. Отримує 18 од/добу інсуліну. Після виникнення пневмонії через 2 тижні стан погіршився: посилилась спрага, з'явився біль у животі, нудота, блювання. Увечері втратила свідомість. Госпіталізована. Шкіра суха, бліда. Дихання шумне, язик сухий, з нашаруванням коричневого кольору. Пульс – 120 уд/хв., АТ – 80/45 мм рт. ст. На пальпацію живота не реагує. Печінка +3 см. Реакція на ацетон різко позитивна, глюкоза крові – 28 ммоль/л.

Попередній діагноз?

- A. Діабетична кетоацидотична кома
- B. Гіперосмолярна кома
- C. Токсико-інфекція
- D. Діабетичний кетоацидоз
- E. Лактацидемічна кома

61. Хворий З., 45 років. Хворіє цукровим діабетом 4 роки. Отримує 3 таблетки глібенкламіду на день. Два дні тому після вживання неякісної їжі з'явилась блювота, рідкі випорожнення до 10-12 разів на добу. Почав прийом антибіотиків та за відсутності апетиту

відмінив манініл. Стан хворого погіршився, посилилась спрага, з'явилась сонливість, судоми м'язів кінцівок, знепритомнів. Був госпіталізований. Об'єктивно: свідомість відсутня, шкіра суха. Тонус очних яблук знижений, дихання поверхове, прискорене. PS – 126 уд/хв., малий; АТ – 80/40 мм рт.ст. Тони серця, приглушені, язик сухий. Живіт м'який. Печінка збільшена +4см. Глікемія – 51 ммоль/л, глюкозурія – 70 г/л. Реакція сечі на ацетон негативна. Визначити характер коми.

- A. Гіперосмолярна кома
- B. Кетоацидотична кома
- C. Алергічна реакція уповільненої дії
- D. Церебральна кома
- E. Медикаментозна хвороба

62. У хворого внаслідок інфекційного захворювання розвився діабетичний кетоацидоз. Лікування кетоацидозу проводилось за допомогою введення інсуліну та ізотонічного розчину хлоріда натрія. Після цього у хворого з'явилися скарги на слабкість перебоїв в роботі серця, головний біль. Глюкоза крові – 3,0 ммоль/л, натрій плазми – 140 ммоль/л.

Назвіть найбільш вірогідну причину стану:

- A. Гіпоглікемія
- B. Інфекційне захворювання
- C. Гіпокаліємія
- D. Медикаментозна хвороба
- E. Наслідок побічних реакцій на інсулінотерапію

63. При огляді хворого К., 20 років, який має зріст 168 см та вагу 60 кг, вперше виявлена глікемія натще 16 ммоль/л, добова глюкозурія 60 г/л. Останні два тижні відчував підвищений апетит, спрагу, поліурію, загальну слабкість. В загальних аналізах крові та сечі патологічних відхилень не виявлено.

Поставити діагноз:

- A. ЦД тип I вперше виявлений
- B. ЦД вперше виявлений тип I, важкої форми в стані компенсації
- C. ЦД тип I, середньої важкості у стані декомпенсації
- D. ЦД тип I, важкої форми в стані субкомпенсації
- E. Жоден з цих діагнозів

64. Хворий Б., 18 років (маса тіла 78 кг, зріст 175 см), зі скаргами на стійку глюкозурію звернувся до лікаря-уролога. При огляді в об'єктивному стані відхилень від норми виявлено не було. Глюкозурія вперше зафіксована в 6-річному віці й тримається в межах 0,5-1-1,5%. Глюкозурія не пов'язана з характером харчування. Кетонурії не було виявлено жодного разу. Глікемія натще 3,6-4,5 ммоль/л.

Попередній діагноз?

- A. Нирковий діабет
- B. Цукровий діабет тип 1
- C. Цукровий діабет 2 типу у молодих.
- D. Транзиторна глюкозурія.
- E. Ювенільна глюкозурія

65. Хворий Р., 25 років (зріст 180 см, маса тіла 75 кг), хворіє гострим респіраторним захворюванням. Протягом хвороби приймав всередину відвар ягід калини з медом та вживав 4-5 раз на добу чай з медом. На 7-й день хвороби різко зросла спрага, яку не може вгамувати. П'є чай безперервно, зростає загальна слабкість. Не може дійти до туалету.

Ваш попередній діагноз?

- A. Цукровий діабет.
- B. Спонтанна полідипсія.

- C. Астенічний синдром.
- D. Транзиторна полідіпсія внаслідок надмірного споживання меду.
- E. Сечогінна дія відвару ягід калини.

66. Хвора А., 19 років, захворіла на цукровий діабет після вогнищевої пневмонії. Діабет добре компенсується введенням препаратів інсуліна короткої дії в дозі 28 од/добу. Через 2 тижні лікування у хворої почалися гіпоглікемічні стани. Поступово доза інсуліна зменшувалася і потім інсулін не вводився зовсім. Зберігається нормоглікемія, аглюкозурія.

З чим пов'язаний стан пацієнтки?

- A. Спонтанною ремісією діабету
- B. Цукрового діабету не було зовсім
  - C. Діабет виник внаслідок діабетогенної дії медикаментів, якими лікували пневмонію
- D. Розлади вуглеводного обміну є патогенетичною ланкою в перебігу пневмонії.
- E. Відновленням функції легень, внаслідок чого поліпшується окислення глюкози крові.

67. Гіпоглікемія у хворого на цукровий діабет може бути викликана:

- A. Введенням неадекватно великої дози інсуліну
- B. Прийомом алкоголю
- C. Прийомом препарат в сульфонілсечовини
- D. Прийом бігуанідів.

68. Показанням для проведення тесту на толерантність до глюкози є наявність у пацієнта:

- A. Спраги та поліурії
- B. Рецидивуючого фурункульозу
- C. Дисліпідемії
- D. Рівня глюкози в крові натще більш 10 ммоль/л
- E. Ожиріння

69. Із перелічуваних препаратів погіршення перебігу цукрового діабету не викликає:

- A. Аспірин
- B. Дексаметазон
- C. Каптоприл
- D. Тіазидові діуретики
- E. Пероральні контрацептиви

70. Найбільш вірогідною причиною сліпоти у хворого, який тривало страждає на цукровий діабет, є:

- A. Глаукома
- B. Катаракта
- C. Проліферуюча ретинопатія
- D. Атрофія зорового нерву
- E. Автономна нейропатія

71. Хворий 30 років, страждає на цукровий діабет I типу, був виявлений у коматозному стані через 3 години після введення інсуліну.

Які заходи необхідно виконати в першу чергу?

- A. Ввести 20 мл 40% розчину глюкози
- B. Ввести 5% розчин глюкози
- C. Ввести інсулін (10-20 од)
- D. Визначити рівень креатинину, електролітів та глюкози в крові
- E. Зняти ЕКГ

72. При виявленні у пацієнта глюкозурії в першу чергу необхідно:

- A. Визначити рівень глюкози у крові натще
- B. Провести глюкозотолерантний тест
- C. Призначити препарати сульфонілсечовини
- D. Обмежити вживання вуглеводів
- E. Визначити рівень базального інсуліну

73. Відносно цукрового діабету I типу справедливо:

- A. Діабет вимагає постійного лікування інсуліном
- B. Діабет частіше у молодому віці
- C. Схильність до кетоацидозу
- D. Діабет звичайно виникає на тлі ожиріння
- E. Діабет часто супроводжує рак підшлункової залози

74. Жінку 45 років турбує сильний головний біль, виражена слабкість, спрага. На протязі останніх 2-х років значно прибавила в вазі, став підвищуватися АТ до 220/120 мм. рт. ст. Рівень глікемії – 22-24 ммоль/л, погано знижувався глібенкламідом. Вага – 104 кг. Пологів - двос. В цей час - менопауза. Обличчя кругле, багрово-синюшне, явища гірсутизму. На попереку, животі широкі стрії. Акцент II тону над аортою. Печінка не збільшена, набряків немає.

Який генез гіперглікемії у даної хворої?

- A. Дія контрінсулярного фактору-кортизолу
- B. Викид великої кількості катехоламінів
- C. Гіперглікемія на тлі ожиріння
- D. Відсутність інсуліну через загибель бета-клітин підшлункової залози
- E. Має місце вторинний діабет через клімакс

75. Бригадою швидкої допомоги з вулиці до прийомного покою доставлено хворого 26 років знепритомленого з діагнозом алкогольне отруєння. Відмічалися судоми, шкіра волога, тонус м'язів підвищений, патологічні рефлекси. З рота запах звичайний. Сліди ін'єкцій на животі, стегнах. Пульс - 90 уд/хв., АТ – 104/75 мм рт. ст.

Ваш попередній діагноз:

- A. Гіпоглікемічна кома
- B. Кетоацидотична кома
- C. Алкогольна кома
- D. Наркотичне отруєння
- E. Геморагічний інсульт

76. Чоловік 28 років, що отримував простий інсулін, два дні тому перейшов на нову схему лікування за допомогою інсуліну "Ленте". В кінці дня раптово відчув слабкість, вкрився потом, втратив свідомість. Ви запідозрите:

- A. Гіпоглікемічну кому
- B. Гіперглікемічну кому
- C. Уремичну кому
- D. Кетоацидотичну кому
- E. Порушення мозкового кровообігу

77. Хворий 30 років з виявленим 3 місяці тому цукровим діабетом за допомогою дієти підтримує глікемію після їжі менш 10,0 ммоль/л, скарг на поліурію немає. Індекс маси тіла - 22 кг/м. Лікарняне спостереження у найближчі місяці може бути затрудненим у зв'язку з діловою поїздкою хворого. Від інсулінотерапії утримується. Для диференціації 1-го та 2-го типів діабету можна використати:

- A. Визначення антитіл до глютаматдекарбоксилази
- B. Тест толерантності до глюкози
- C. Дослідження глікемії натще
- D. Визначення глікозованого гемоглобіну крові
- E. Визначення фруктозаміну в крові

78. Чоловіка 50 років доставлено в кардіологічне відділення у зв'язку з гостро розвинутою задишкою в спокої. На протязі життя до цього нападу лікувався анаприліном та гіпотіазидом у зв'язку з не так давно виявленою артеріальною гіпертензією. Про наявність у себе інших хвороб не знає. Обстеження виявило електрокардіографічні та ферментні ознаки свіжого інфаркту міокарда. Індекс маси тіла 35 кг/м, глікемія - 10 ммоль/л; глікозильований гемоглобін 12 молярних % (норма 3,5-6,5); на очному дні одиничні мікроаневризми та точкові геморагії. Гіперглікемія у хворого є проявленням:

- A. Цукрового діабету 2 типу
- B. Цукрового діабету 1 типу
- C. Інфаркту міокарда
- D. Прийому тiazидного діуретика
- E. Прийому бета-блокаторів

79. Хворий 28 років, госпіталізований у відділення без свідомості. Хворіє на цукровий діабет 5 років. Отримує Хумодар Б 24 од вранці та 18 од ввечері. Напередодні почував себе задовільно. Вранці дружина, що повернулася з чергування, застала його в ліжку без свідомості. Об'єктивно: свідомість відсутня. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тризм жувальних м'язів. Тонус очних яблук нормальний. Ps – 66 уд/хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Тони серця звичайної звучності. ЧД – 16 у хв. Дихання ритмічне, рівне. Язик вологий, прикуса язика немає. Менінгіальні симптоми відсутні.

Яка терапія необхідна в першу чергу?

- A. 40% розчин глюкози внутрішньовенно
- B. 5% розчин глюкози внутрішньовенно
- C. 5% розчин аскорбінової кислоти
- D. Гідрокортизон
- E. Адреналін

80. Хворий 55 років, хворіє на цукровий діабет 10 років. Отримує манініл по 10 мг вранці і ввечері. Скаржиться на спрагу, випиває до 3л рідини за добу, часте сечовипускання, втрату маси тіла, пониження зору, біль в ногах. Об'єктивно: зріст – 178 см, маса тіла – 70 кг (раніше була 93 кг). Шкіра суха. Ps – 72 уд/хв., ритмічний, напружений. АТ – 160/100 мм рт.ст. Тони серця послаблені, акцент II тону над аортою. Живіт м'який, не болісний. Печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см На очному дні поодинокі точкові крововиливи. Пульсація на артеріях стоп послаблена. Глюкоза крові натщесерце – 15 ммоль/л, глюкоза сечі – 2%, при діурезі 3 л.

Яка тактика медикаментозної терапії?

- A. Перевести хворого на інсулін
- B. Збільшити дозу манінілу
- C. Зменшити дозу манінілу
- D. Перевести хворого на бігуаніди
- E. Перевести хворого на інгібітори альфа-глюкозидази

81. Чоловік 52 років з'явився на черговий диспансерний огляд до ендокринолога. Скарг не пред'являє. Хворіє на цукровий діабет 5 років. З метою корекції вуглеводного обміну застосовується дієтотерапія та фітотерапія. Об'єктивний статус: температура тіла 36,7°C, АТ – 140/85 мм рт. ст., ЧСС 72 уд/хв., ЧД 18 у хв. Показники глікемії натще не перевищують 6,1 ммоль/л; у сечі – аглюкозурия.

Який із перерахованих методів є найбільше інформативним для оцінки компенсації цукрового діабету?

- A. Визначення глікозильованого гемоглобіну
- B. Визначення глюкозурічного профілю
- C. Визначення глікемического профілю
- D. Визначення толерантності до вуглеводів
- E. Визначення рівня глюкози натще

82. Жінка, 56 років, яка хворіє цукровим діабетом на протязі 10 років, скаржиться на пекучий біль в стопах, кистях, оніміння і поступово зростаючу слабкість в них. Об'єктивно: сила м'язів в кистях і стопах знижена до 3 балів, гіпотонія, атрофія м'язів. Відсутні ахиллові і карпо-радіальні рефлекси. Порушені всі види чутливості у вигляді “шкарпеток” і “рукавичок”.

Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- A. Діабетична полінейропатія
- B. Діабетична енцефалопатія
- C. Діабетична мієлопатія
- D. Діабетична енцефаломієлопатія
- E. Діабетична радікулопатія

83. Хворий Б., 46 років, має зріст 170 см, масу тіла 93 кг. Протягом 2-х місяців знаходився на дієтотерапії з обмеженням колоражу, схуд на 5 кг. Глікемія натще 12 ммоль/л.

Яка терапія показана?

- A. Бігуаніди,
- B. Інсулінотерапія,
- C. Похідні сульфонілсечовини III генерації,
- D. Похідні сульфонілсечовини I генерації,
- E. Похідні сульфонілсечовини II генерації.

84. Пацієнт А., 40 років, проведено тест толерантності до глюкози: натщесерце глюкоза капілярної крові – 5,9 ммоль/л, через 2 години – 8,9 ммоль/л.

Оцініть результати тесту:

- A. Порушення толерантності до глюкози,
- B. Нормальний тест,
- C. Порушення глікемії натще,
- D. Сумнівний тест,
- E. Явний цукровий діабет.

85. 64 років, який страждає на цукровий діабет, тип 2, захворів на інфекційний гепатит А. Протягом останніх 2-х років отримував глібенкламід – 15 мг/добу. Глікемія натще 13,6 ммоль/л. Визначити тактику подальшого лікування:

- A. Перевести хворого на інсулінотерапію
- B. Додатково призначити бігуаніди
- C. Збільшити дозу глібенкламиду до 20 мг на добу
- D. не змінювати тактику лікування
- E. Перевести хворого на похідні сульфанілсечовини III генерації (глімепірид)

86. Хворий К., 25 років, страждає на цукровий діабет, тип I. При підйомі на сходах втратив свідомість Об-не: свідомість відсутня. Дихання – 28 у хв., рівне, ритмічне. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тонус очних яблук нормальний, язик вологий. Пульс – 80, ритмічний. АТ – 110/70 мм рт. ст. Печінка виступає з під реберної дуги на 2 см, край гострий, рівний. Менінгеальні симптоми відсутні. Найбільш відповідний діагноз:

- A. Гіпоглікемічна кома
- B. Гіперосмолярна неацидемична гіперглікемічна кома

- C. Кетоацидотична кома
- D. Лактатцидемична кома
- E. Печінкова кома

87. Які заходи профілактики цукрового діабету Ви знаєте?

- A. Здоровий образ життя
- B. Режим фізичної активності
- C. Нормалізація маси тіла
- D. Відмова від куріння
- E. Дієтичне харчування

88. Яке порушення не спостерігається при недостатності інсуліну?

- A. Пригнічення ліполізу
- B. Зниження утилізації глюкози
- C. Катаболізм білків
- D. Посилення розпаду глікогену в печінці
- E. Підвищення осмодіурезу

89. Хворий Б., 18 років (маса тіла - 78 кг, зріст - 175 см) зі скаргами на стійку глюкозурію звернувся до лікаря-уролога. При огляді в об'єктивному стані відхилень від норми виявлено не було. Глюкозурія вперше зафіксована в 6-річному віці й тримається в межах 0,5-1-1,5%. Глюкозурія не пов'язана з характером харчування. Кетонурії не було виявлено жодного разу. Глікемія натще 3,6-4,5 ммоль/л. Попередній діагноз?

- A. Нирковий діабет
- B. Цукровий діабет, тип 1
- C. Цукровий діабет у молодих, тип 2
- D. Транзиторна глюкозурія
- E. Ювенільна глюкозурія

90. В яких випадках показане призначення цукрознижуючих препаратів групи бігуанідів?

- A. Хворим з цукровим діабетом 2 типу з надлишковою масою тіла
- B. Хворим з інсулінонезалежним цукровим діабетом зі зниженою масою тіла
- C. Хворим з інсулінозалежним цукровим діабетом
- D. Хворим з інсулінонезалежним цукровим діабетом з патологією печінки
- E. Хворим з інсулінонезалежним цукровим діабетом з патологією нирок

91. Які заходи профілактики пошкодження печінки при цукровому діабеті?

- A. Усі вище згадані
- B. Своєчасне активне лікування цукрового діабету
- C. Компенсація обмінних процесів
- D. Нормалізація маси тіла
- E. Нормалізація вуглеводного обміну

92. Хвора Н., хворіє цукровим діабетом 12 років, на фоні якого розвинувся діабетичний гломерулосклероз.

З метою профілактики розвитку нефротичного синдрому хворій потрібно проводити всі заходи, окрім:

- A. Збільшувати в дієті вміст вуглеводів
- B. Часті дослідження сечі
- C. Спостереження окуліста
- D. Контроль артеріального тиску
- E. Контроль за компенсацією цукрового діабету



93. Пацієнту А., 40 років, проведено тест толерантності до глюкози: натщесерце глюкоза капілярної крові – 5,9 ммоль/л, через 2 години – 8,9 ммоль/л.

Оцініть результати тесту:

- A. Порушення толерантності до глюкози.
- B. Нормальний тест.
- C. Порушення глікемії натще
- D. Сумнівний тест.
- E. Явний цукровий діабет

94. Хворий Б., 46 років, має зріст 170 см, масу тіла 93 кг. Протягом 2-х місяців знаходився на дієтотерапії з обмеженням калоражу, схуд на 5 кг. Глікемія натще 12 ммоль/л.

Яка терапія показана?

- A. Бігуаніди
- B. Інсулінотерапія
- C. Похідні сульфонілсечовини III генерації
- D. Похідні сульфонілсечовини I генерації
- E. Похідні сульфонілсечовини II генерації

95. Хворий 64 років, який страждає на цукровий діабет, тип 2, захворів на інфекційний гепатит А. Протягом останніх 2-х років отримував глібенкламід 15 мг на добу. Глікемія натще 13,6 ммоль/л. Визначити тактику подальшого лікування:

- A. Перевести хворого на інсулінотерапію
- B. Додатково призначити бігуаніди
- C. Збільшити дозу глібенкламіду до 20 мг/добу
- D. Не змінювати тактику лікування
- E. Перевести хворого на похідні сульфонілсечовини III генерації (глімпірид)

96. Хворий К., 25 років, страждає на цукровий діабет, тип I. При підйомі на сходах втратив свідомість. Об-не: свідомість відсутня. Дихання 28 у хв., рівне, ритмічне. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тонус очних яблук нормальний, язик вологий. Пульс – 80 уд/хв; ритмічний. АТ - 110/70 мм рт. ст. Печінка виступає з під реберної дуги на 2,0 см, край гострий рівний. Менінгеальні симптоми відсутні. Найбільш відповідний діагноз:

- A. Гіпоглікемічна кома
- B. Гіперосмолярна неацидемична гіперглікемічна кома
- C. Кетоацидотична кома
- D. Лактацидемична кома
- E. Печінкова кома

97. Який метод є найбільш інформативним для оцінки тривалої компенсації вуглеводного обміну за цукрового діабету?

- A. Глікований гемоглобін
- B. Глікемічний профіль
- C. Глюкозуричний профіль
- D. Рівень глюкози капілярної крові натще
- E. Тест толерантності до глюкози

98. На поліклінічному прийомі до лікаря-ендокринолога звернувся чоловік, 52 років, зріст - 172 см, вага - 88 кг, скарг не було. При обстеженні: PS – 72 уд/хв., серцеві тони приглушені, в легенях при аускультатії дихання везикулярне. При пальпації живіт м'який, безболісний. Спостерігається пастозність нижніх кінцівок. Із анамнестичних даних відомо, що мати хворого страждала ЦД типу 2. Після проведення тесту толерантності до глюкози виявлено: глікемія натще – 7,0 ммоль/л; через 1 год. – 12,8 ммоль/л, через 2 год. – 11,2 ммоль/л.

Який попередній діагноз можна поставити хворому:

- A. Явний цукровий діабет

- В. Нирковий діабет
- С. Порушення толерантності до вуглеводів
- Д. Потрібне повторне обстеження
- Е. Порушень вуглеводного обміну немає

99. До лікаря на прийомі в поліклініці звернувся чоловік 22 років, зріст – 180 см, вага – 76 кг, останні 3 місяці після перенесення грипу схуднув на 7 кг, з'явилися скарги на сухість в роті, спрагу, поліурія (4-5 л/добу). При обстеженні виявлено суху шкіру з екскоріаціями PS - 88 уд/хв., кровоточивість ясен, піодермія, збільшення печінки (на 2 см нижче реберної дуги) та її болісність.

Поставте попередній діагноз:

- А. Цукровий діабет
- В. Вірусний гепатит
- С. Злоякісне новоутворення
- Д. Психогенна полідипсія
- Е. Нецукровий діабет

100. До райвійськкомату для обстеження було направлено підлітка 15 років зі скаргами на стійку глюкозурію. При обстеженні: зріст - 170 см, вага - 67 кг, астеничної будови. PS – 72 уд/хв., тони серця приглушені, в легенях – дихання везикулярне, с-м Пастернацького позитивний зліва. Глюкозурія не залежить від характеру їжі, яку вживає і спостерігається на протязі останніх 7-8 років в межах 5-12 г/л. Кетонурія ніколи не була зареєстрована. Глікемія натще: 3,8-5,2 ммоль/л. При проведенні теста толерантності до глюкози рівень глікемії через 2 години становив 7,2 ммоль/л.

Поставте попередній діагноз:

- А. Нирковий діабет
- В. Транзиторна глюкозурія
- С. ЦД тип 1
- Д. ЦД тип 2 (MODY)
- Е. Порушення толерантності до вуглеводів

101. На поліклінічному прийомі до лікаря-уролога звернувся чоловік 72 років зі скаргами на баланопостит та почервоніння головки статевого члена. За останні два місяці з'явилися свербіж при сечовипусканні, деяке утруднення, загальна слабкість, втрата ваги склала 5 кг. При обстеженні: зріст – 165 см, вага – 82 кг, PS – 78 уд/хв, спостерігається сухість шкіри, зниження вібраційної чутливості нижніх кінцівок. Лабораторні дані: глікемія натще – 6,2 ммоль/л, глюкозурія – 7 г/л (після прийому-вживання солодкого чаю).

Попередній діагноз:

- А. Цукровий діабет, тип 2
- В. Специфічний та неспецифічний уретрит
- С. Доброякісна гіперплазія простати
- Д. Нецукровий діабет
- Е. Цукровий діабет тип 1

102. При огляді хворих в неврологічному відділенні було оглянуто жінку з діагнозом: мозковий інсульт, правосторонній геміпараліч, зі збереженням акта ковтання. Вік - 75 років, зріст - 162 см, вага - 81 кг. Останні 3 доби їжу не вживала. При лабораторному обстеженні виявлен рівень глікемії – 7,8 ммоль/л, тест-смужкою “Глюкотест” глюкоза в сечі не виявлена. При проведенні реакції на ацетон за допомогою тест-смужки “Кетотест” виявлено позитивну реакцію.

Попередній діагноз?

- А. Транзиторна гіперглікемія
- В. Діабетичний кетоз
- С. ЦД тип 2
- Д. Порушення толерантності до вуглеводів

Е. ЦД тип 1

103. Хвора С., 23 роки, вагітна. Під час обстеження у крові знайдено цукор 2,6 ммоль/л.

Яке дослідження треба провести для уточнення діагнозу?

- А. Тест на толерантність до глюкози
- В. Вміст цукру у сечі із добової кількості
- С. Креатинин сироватки крові
- Д. Білірубін крові
- Е. Загальний білок крові

104. Хворий 62 років страждає 5 років на цукровий діабет у важкій формі. Хворий після роботи на присадибній ділянці через 30 хв. втратив свідомість. Об'єктивно: свідомість відсутня. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Язик вологий, PS - 80 уд/хв., ритмічний, слабого наповнення, АТ - 110/70 мм рт. ст., частота дихання 28 у хв., ритмічне. Тони серця приглушені. Менінгеальні симптоми відсутні. Прикусу язика та сечовиділення немає. Що з переліченого є найбільш вірогідним?

- А. Гіпоглікемічна кома
- В. Діабетична кетоацидотична кома
- С. Діабетична гіперосмолярна кома
- Д. Лактацидемічна кома
- Е. Стан, не пов'язаний з діабетом

105. Хворий на цукровий діабет II типу та хронічний бронхіт лікується адебітом та манінілом. Після вживання алкоголю настало незвичне збудження, котре через 1,5 год. перейшло в кому. Об'єктивне: тіло на дотик холодне, виражений акроціаноз, глибоке шумне дихання. Глікемія - 11 ммоль/л, ацетонурія відсутня.

Вкажіть попередній діагноз:

- А. Гіперлактацидемічна кома
- В. Кетоацидотична кома
- С. Гіперосмолярна кома
- Д. Гіпоглікемічна кома
- Е. Алкогольна кома

106. Хворий К., цукровим діабетом хворіє 8 років, перебуває в комі, Об'єктивне: шкіра суха, дихання шумне, запах ацетону в повітрі. Який вид коми можна запідозрити?

- А. Кетоацидотична
- В. Гіперосмолярна
- С. Молочнокисла
- Д. Гіпоглікемічна
- Е. Мозкова

107. Хворий А., хворіє на цукровий діабет 5 років. Перебуває в комі. Об'єктивне: дихання шумне, запах ацетону в повітрі, шкіра і видимі слизові оболонки сухі.

Яке обстеження призначите для уточнення діагнозу?

- А. Визначити осмолярність крові
- В. Визначити рівень молочної кислоти в крові
- С. Визначити наявність патологічних рефлексів
- Д. Визначити рівень глікемії
- Е. Усі вказані обстеження

108. У хворого на ревматоїдний артрит, який лікується преднізолоном, виявлено глікемію натще 6,6 ммоль/л. Причиною гіперглікемії може бути:

- А. Лікування преднізолоном
- В. Лікування препаратами золота

- C. Застосування для лікування ацетилсаліцилової кислоти
- D. Виражений больовий синдром
- E. Зниження фізичної активності

109. Хворому 35 років, проводились комплексні заходи по виведенню з кетоацидотичної коми, однак стан його не покращився, хоч глікемія знизилася з 33,4 ммоль/л до 8,9 ммоль/л, калій підвищився з 2,8 до 3,9 ммоль/л; рН-метрія піднялася до 7,38 з 6,9. Хворий знаходиться у глибокій комі.

Яка, на Ваш погляд, причина знепритомного стану?

- A. набряк головного мозку
- B. Гіпоглікемія
- C. Кетоацидоз
- D. Приєднання тромбозу мозкових судин

110. У хворого на цукровий діабет діагностована виражена нефропатія. Добова доза інсуліна за останні 6 міс. була зменшена з 48 од до 16 од, так як участились гіпоглікемічні стани, стали частішими.

Які причини зниження потреби у екзогенному інсуліні?

- A. Всі нижче переліковані фактори
- B. Зменшення активності інсулінази
- C. Зменшення зв'язування інсуліна білками
- D. Зниження екскреції інсуліна нирками
- E. Жоден з перелікованих факторів

111. Хвора М., 32 років, скаржиться на сухість у роті, сильну спрагу (випиває до 5 л рідини на день), загальну слабкість. Початок захворювання пов'язує з перенесеним місяць тому грипом.

При огляді змін з боку внутрішніх органів не виявлено.

При додатковому дослідженні встановлено: загальна кількість сечі – 4,5 л; рівень цукру в сечі – 2,2%; рівень цукру в крові – 17,4 ммоль/л.

Ваш діагноз?

- A. Цукровий діабет інсулінзалежний
- B. Цукровий діабет інсуліннезалежний
- C. Нецукровий діабет
- D. Цукровий діабет вагітних
- E. Стероїдний цукровий діабет

112. Хворий А., 35 років, скаржиться на сухість у роті, сильну спрагу (випиває до 5 л рідини на день), загальну слабкість. Початок захворювання пов'язує з перенесеним місяць тому грипом.

При огляді змін з боку внутрішніх органів не виявлено.

При додатковому дослідженні встановлено: загальна кількість сечі – 4,5 л; рівень цукру в сечі – 2,2%; рівень цукру в крові – 17,4 ммоль/л.

Сухість у роті та сильна спрага у хворої є ознакою:

- A. Дегідратації
- B. Регідратації
- C. Гіпокаліємії
- D. Гіпонатріємії
- E. Гіпокальціємії

113. Хвора Ф., 37 років, скаржиться на сухість у роті, сильну спрагу (випиває до 5 л рідини на день), загальну слабкість. Початок захворювання пов'язує з перенесеним місяць тому грипом. При огляді змін з боку внутрішніх органів не виявлено. При додатковому дослідженні встановлено: загальна кількість сечі – 4,5 л; рівень цукру в сечі – 2,2%; рівень

цукру в крові – 17,4 ммоль/л.

Який аналіз сечі у даної хворої потрібно зробити негайно?

- А. Аналіз сечі на ацетон
- Б. Проба Нечипоренка
- В. Проба Зимницького
- Г. Аналіз сечі на білок
- Д. Аналіз сечі на індікан

114. Хвора М., 29 років, скаржиться на сухість у роті, сильну спрагу (випиває до 5 л рідини на день), загальну слабкість. Початок захворювання пов'язує з перенесеним місяць тому грипом. При огляді змін з боку внутрішніх органів не виявлено. При додатковому дослідженні встановлено: загальна кількість сечі – 4,5 л; рівень цукру в сечі – 2,2%; рівень цукру в крові – 17,4 ммоль/л. Хворій показано призначення:

- А. Дієтотерапії у поєднанні з інсуліном
- Б. Похідних сульфонілсечовини
- В. Бігуанідів
- Г. Дієтотерапії без додаткового використання лікарських засобів
- Д. Інсуліну

115. Хвора В., перед'являє скарги на спрагу, швидке схуднення. Вважає себе хворою на протязі 4 міс. Початок хвороби пов'язує з психічної травмою. При обстеженні в поліклініці в сечі виявлене цукор. Призначений інсулін у дозі 36 ОД. В зв'язку з покращенням стану доза поступово зменшена до 18 ОД на добу. Стан знову погіршався. Посилилася спрага, зник апетит, з'явився біль у животі, нудота, блювота. При огляді: запах ацетону з рота, язик сухий, червоний. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Живіт м'який, болісний в епігастрії. Пульс – 90 уд/хв., АТ – 105/60 мм рт.ст. Глікемія натще 11,2 ммоль/л. Рівень цукру в сечі – 3%.

Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет 1 типу, стадія декомпенсації
- Б. Цукровий діабет 1 типу, стадія компенсації
- В. Цукровий діабет 1 типу, стадія компенсації
- Г. Цукровий діабет 1 типу, стадія декомпенсації
- Д. Нецукровий діабет, стадія декомпенсації

116. Хворий А., перед'являє скарги на спрагу, швидке схуднення. Вважає себе хворим на протязі 4 міс. Початок хвороби пов'язує з психічної травмою. При обстеженні в поліклініці в сечі виявлене цукор. Призначений інсулін у дозі 36 ОД. В зв'язку з покращенням стану доза поступово зменшена до 18 ОД на добу. Стан знову погіршався. Посилилася спрага, зник апетит, з'явився біль у животі, нудота, блювота. При огляді: запах ацетону з рота, язик сухий, червоний. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Живіт м'який, болісний в епігастрії. Пульс – 90 уд/хв., АТ – 105/60 мм рт. ст. Глікемія натще 11,2 ммоль/л. Рівень цукру в сечі – 3%.

Якою повинна бути лікувальна тактика?

- А. Збільшення дози інсуліну
- Б. Відміна інсуліну
- В. Зменшення дози інсуліну
- Г. Призначення препаратів сульфонілсечовини
- Д. Призначення бігуанідів

117. Хвора Ш., скаржиться на спрагу, швидке схуднення. Вважає себе хворою на протязі 4 міс. Початок хвороби пов'язує з психічної травмою. При обстеженні в поліклініці в сечі виявлене цукор. Призначений інсулін у дозі 36 ОД. В зв'язку з покращенням стану доза поступово зменшена до 18 ОД на добу. Стан знову погіршався. Посилилася спрага, зник

апетит, з'явився біль у животі, нудота, блювота. При огляді: запах ацетону з рота, язик сухий, червоний. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Живіт м'який, болісний в епігастрії. Пульс – 90 уд/хв., АТ – 105/60 мм рт. ст. Глікемія натще 11,2 ммоль/л. Рівень цукру в сечі – 3%.

Яким препаратом необхідно проводити регідраційну терапію?

- А. 0,9% розчином натрію хлориду
- Б. 2,5% розчином бікарбонату натрію
- В. 5% розчином глюкози
- Г. 2,5% розчином глюкози
- Д. 0,45% розчином натрію хлориду

118. Хворий К., 53 років, надмірної ваги (маса тіла 90 кг при рості 176 см), скарг не пред'являє. Рівень цукру в крові натще 8,1 ммоль/л. При огляді: органи та системи без клінічних особливостей. Проведено дослідження глікемічного профілю: 7,4 – 11,9 – 7,7 ммоль/л. Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет 2 типу
- Б. Цукровий діабет 1 типу
- В. Порушення толерантності до глюкози
- Г. Нецукровий діабет
- Д. Немає даних порушення вуглеводного обміну

119. Хворий Ю., 57 років, надмірної ваги (маса тіла 90 кг при рості 176 см), скарг не пред'являє. Рівень цукру в крові натще 8,1 ммоль/л. При огляді: органи та системи без клінічних особливостей. Проведено дослідження глікемічного профілю: 7,4 – 11,9 – 7,7 ммоль/л. Важливим фактором ризику розвитку даної хвороби є:

- А. Ожиріння
- Б. Паління
- В. Хронічна недостатність кровообігу
- Г. Недостатнє постачання з їжею білка
- Д. Надмірне вживання з їжею кальцію

120. Хвора К., 50 років, надмірної ваги (маса тіла 90 кг при рості 169 см), скарг не пред'являє. Рівень цукру в крові натще 8,1 ммоль/л. При огляді: органи та системи без клінічних особливостей. Проведено дослідження глікемічного профілю: 7,4-11,9-7,7 ммоль/л.

Дієтичне харчування даного хворого проводиться згідно:

- А. Столу № 9
- Б. Столу № 1
- В. Столу № 4
- Г. Столу № 7
- Д. Столу № 10

121. Хворий А., педагог, хворіє цукровим діабетом 2 роки. Звернувся до лікаря у зв'язку з прогресуючим погіршенням зору за останній час, зниженням працездатності. Коматозних станів не було. Лікувався манінілом по 1 табл. 2 рази на добу. При огляді: ріст – 172 см, вага тіла – 67 кг. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ – 135/85 мм рт. ст. При дослідженні в сечі знайдено 2% цукру при добовій кількості 2 л. Рівень цукру в крові – 9,9 ммоль/л. Офтальмоскопічно: на очному дні вени звиті, мікроаневризми, краплинні крововиливи, ексудати. Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет 2 типу, ретинопатія
- Б. Цукровий діабет 1 типу, ретинопатія
- В. Цукровий діабет 2 типу, офтальмоплегія
- Г. Цукровий діабет, 2 типу, катаракта
- Д. Цукровий діабет, 2 типу, блефарит

122. Хвора Л., економіст, хворіє на цукровий діабет 2 роки. Звернулася до лікаря у зв'язку з прогресуючим погіршенням зору за останній час, зниженням працездатності. Коматозних станів не було. Лікувалася манінілом по 1 табл. 2 рази на добу. При огляді: зріст – 165 см, вага тіла – 67 кг. З боку внутрішніх органів патології не встановлено. АТ – 135/85 мм рт. ст. При дослідженні в сечі знайдено 2% цукру при добовій кількості 2 л. Рівень цукру в крові – 9,9 ммоль/л. Офтальмоскопічно: на очному дні вени звиті, мікроаневризми, краплинні крововиливи, ексудати.

Яка стадія офтальмологічного ускладнення спостерігається у даного хворого?

- А. Стадія діабетичної ангіопатії
- Б. Стадія простої ангіопатії
- В. Функціональна стадія
- Г. Проліферативна стадія
- Д. Виразково-некротична стадія

123. Хворий С., інженер, хворіє на цукровий діабет 3 роки. Звернувся до лікаря у зв'язку з прогресуючим погіршенням зору за останній час, зниженням працездатності. Коматозних станів не було. Лікувався манінілом по 1 табл. 2 рази на добу.

При огляді: ріст – 170 см, вага тіла – 67 кг. З боку внутрішніх органів патології не вставлена. АТ – 135/85 мм рт. ст. При дослідженні в сечі знайдено 2% цукру при добовій кількості 2 л. Рівень цукру в крові – 9,9 ммоль/л. Офтальмоскопічне: на очному дні вени звиті, мікроаневризми, краплинні крововиливи, ексудати.

З дієти хворого на цукровий діабет виключається:

- А. Шоколад
- Б. Кефір
- В. М'ясо птахів
- Г. Картопля
- Д. Гречана каша

124. Хвора В., 28 років, звернулася до лікаря з питанням – чи можна їй народжувати. Страждає на цукровий діабет з 14 років, в анамнезі – рідко кетоацидоз. Скарг в теперішній час не перед'являє. Постійно отримує інсулін в дозі: перед сніданком – 12 ОД простого і 20 ОД семіленте; перед вечерею – 20 ОД семіленте. При клінічному обстеженні патології внутрішніх органів не визначено. АТ – 150/95 мм рт.ст. Аналіз сечі: щільність – 1017, цукор – 0,5%, білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 4-6 екз. в полі зору; одиничні циліндри. Вміст цукру крові натще 8,1 ммоль/л. Результати офтальмоскопії: краплинні численні крововиливи, дегенеративні вогнища, вени розширені.

Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет 1 типу, стадія субкомпенсації
- Б. Цукровий діабет 1 типу, стадія компенсації
- В. Цукровий діабет 2 типу, стадія компенсації
- Г. Цукровий діабет, 2 типу, стадія субкомпенсації
- Д. Цукровий діабет, 2 типу, стадія декомпенсації

125. Хвора Р., 24 років, звернулася до лікаря з питанням – чи можна їй народжувати. Страждає на цукровий діабет з 14 років, в анамнезі – рідко кетоацидоз. Скарг в теперішній час не перед'являє. Постійно отримує інсулін в дозі: перед сніданком – 12 ОД простого і 20 ОД семіленте; перед вечерею – 20 ОД семіленте. При клінічному обстеженні патології внутрішніх органів не визначено. АТ – 150/95 мм рт.ст. Аналіз сечі: щільність – 1017, цукор – 0,5%, білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 4-6 екз. в полі зору; одиничні циліндри. Вміст цукру крові натще 8,1 ммоль/л. Результати офтальмоскопії: краплинні численні крововиливи, дегенеративні вогнища, вени розширені.

В яких строках потрібно обстеження в стаціонарі?

- А. 1, 2 та 3 триместрі вагітності

- Б. 3-му триместрі вагітності
- В. 1-му триместрі вагітності
- Г. 1-му та 3-му триместрі вагітності
- Д. 2-му та 3-му триместрі вагітності

126. Хвора С., 27 років, звернулася до лікаря з питанням – чи можна їй народжувати. Страждає на цукровий діабет з 14 років, в анамнезі – рідко кетоацидоз. Скарг в теперішній час не перед'являє. Постійно отримує інсулін в дозі: перед сніданком – 12 ОД простого і 20 ОД семіленте; перед вечерею – 20 ОД семіленте. При клінічному обстеженні патології внутрішніх органів не визначено. АТ – 150/95 мм рт. ст. Аналіз сечі: щільність – 1017, цукор – 0,5%, білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 4-6 екз. в полі зору; одиничні циліндри. Вміст цукру крові натще 8,1 ммоль/л. Результати офтальмоскопії: краплинні численні крововиливи, дегенеративні вогнища, вени розширені.

Яке ускладнення цукрового діабету є у даної хворої?

- А. Ретинопатія
- Б. Полінейропатія
- В. Гепатопатія
- Г. Дерматопатія
- Д. Нефропатія

127. Хвора Д., 23 років, звернулася до лікаря з питанням – чи можна їй народжувати. Страждає на цукровий діабет з 14 років, в анамнезі – рідко кетоацидоз. Скарг в теперішній час не перед'являє. Постійно отримує інсулін в дозі: перед сніданком – 12 ОД простого і 20 ОД семіленте; перед вечерею – 20 ОД семіленте. При клінічному обстеженні патології внутрішніх органів не визначено. АТ – 150/95 мм рт. ст. Аналіз сечі: щільність – 1017, цукор – 0,5%, білок – 0,66 г/л, лейкоцити – 4-6 екз. в полі зору; одиничні циліндри. Вміст цукру крові натще 8,1 ммоль/л. Результати офтальмоскопії: краплинні численні крововиливи, дегенеративні вогнища, вени розширені. Доза інсуліну у вагітної жінки в 2 та 3 триместрах вагітності:

- А. Повинна бути збільшена
- Б. Повинна бути зменшена
- В. Не змінюється
- Г. Залежить від маси тіла пацієнтки
- Д. Повинна бути відмінити

128. Хвора 28 років, доставлена в клініку в непритомному стані. Після грипу з'явилася спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні виник біль у животі, неодноразова блювота та втрата свідомості (анамнез зібраний за словами чоловіка). При огляді: непритомна, дихання глибоке, шумне – 22 у хв., присутній запах ацетону з роту. Шкіра суха, язик сухий, червоний, з коричневим нальотом. З боку легенів і серця перкуторно та аускультативно – без особливостей. Пульс – 120 уд/хв., малого наповнення та напруження, АТ – 95/60 мм рт. ст. Живіт м'який. Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет, кетоацидозна кома
- Б. Цукровий діабет, гіперосмолярна кома
- В. Цукровий діабет, гіперлактатцидемічна кома
- Г. Цукровий діабет, гіпоглікемічна кома
- Д. Цукровий діабет, стадія декомпенсації, кетоацидотичний стан

129. Хвора 25 років, доставлена в клініку в непритомному стані. Після грипу з'явилася спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні виник біль у животі, неодноразова блювота та втрата свідомості (анамнез зібраний за словами чоловіка).

При огляді: непритомна, дихання глибоке, шумне – 22 у хв., присутній запах ацетону з роту. Шкіра суха, язик сухий, червоний, з коричневим нальотом. З боку легенів і серця перкуторно та аускультативно – без особливостей. Пульс – 120 уд/хв., малого наповнення та



напруження, АТ – 95/60 мм рт. ст. Живіт м'який. В клінічній картині даного ускладнення переважають ознаки:

- А. Дегідратації
- Б. Інтоксикації
- В. Алкалозу
- Г. Анасарки
- Д. Алергії

130. Хвора 30 років, доставлена в клініку в непритомному стані. Після грипу з'явилася спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні виник біль у животі, неодноразова блювота та втрата свідомості (анамнез зібраний за словами чоловіка).

При огляді: непритомна, дихання глибоке, шумне – 22 у хв., присутній запах ацетону з роту. Шкіра суха, язик сухий, червоний, з коричневим нальотом. З боку легенів і серця перкуторно та аускультативно – без особливостей. Пульс – 120 уд/хв., малого наповнення та напруження, АТ – 95/60 мм рт. ст. Живіт м'який.

При даному ускладненні вміст цукру в крові становить:

- А. 16-50 ммоль/л
- Б. 3,3-5,5 ммоль/л
- В. 5,5-14,0 ммоль/л
- Г. Менш, ніж 3,3 ммоль/л
- Д. Більш, ніж 50-60 ммоль/л

131. Хвора 27 років, доставлена в клініку в непритомному стані. Після грипу з'явилася спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні виник біль у животі, неодноразова блювота та втрата свідомості (анамнез зібраний за словами чоловіка).

При огляді: непритомна, дихання глибоке, шумне – 22 в 1 хв., присутній запах ацетону з роту. Шкіра суха, язик сухий, червоний, з коричневим нальотом. З боку легенів і серця перкуторно та аускультативно – без особливостей. Пульс – 120 уд/хв., малого наповнення та напруження, АТ – 95/60 мм рт.ст. Живіт м'який. Невідкладна допомога при даному ускладненні передбачає призначення інсуліну в дозі:?

- А. 0,1-0,15 ОД на 1 кг маси тіла на годину
- Б. 4-6 ОД кожні 3-4 години
- В. Індивідуально, в залежності від глікемії
- Г. 1 ОД на 1 кг маси тіла на добу
- Д. 40-60 ОД одно моментно

132. Хвора 25 років, доставлена в клініку в непритомному стані. Після грипу з'явилася спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні виник біль у животі, неодноразова блювота та втрата свідомості (анамнез зібраний за словами чоловіка). При огляді: непритомна, дихання глибоке, шумне – 22 у хв., присутній запах ацетону з роту. Шкіра суха, язик сухий, червоний, з коричневим нальотом. З боку легенів і серця перкуторно та аускультативно – без особливостей. Пульс – 120 уд/хв., малого наповнення та напруження, АТ – 95/60 мм рт. ст. Живіт м'який. Корекція кислотно-лужної рівноваги при даному ускладненні проводиться за допомогою:

- А. 2,5% розчину бікарбонату натрію
- Б. 0,9% розчину натрія хлориду
- В. Поліглюкіну
- Г. Гемодезу
- Д. 5% розчину глюкози

133. Хвора Н., 38 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворой дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає

на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрядженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет, гіпоглікемічна кома
- Б. Цукровий діабет, кетоацидотична кома
- В. Цукровий діабет, гіперосмолярна кома
- Г. Цукровий діабет, гіперлактатцидемічна кома
- Д. Цукровий діабет, стадія декомпенсації, гостра ниркова недостатність

134. Хвора Д., 33 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрядженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Патогенетичною основою даного ускладнення є:

- А. Різке зниження вмісту цукру в крові
- Б. Накопичення в організмі молочної кислоти
- В. Різка дегідратація організму без кетозу
- Г. Накопичення в організмі кетонових тіл, ацидоз
- Д. Гостре порушення мозкового кровообігу

135. Хвора У., 42 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрядженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Важлива клінічна ознака даного ускладнення – це:

- А. Гіпергідроз
- Б. Сухість шкіри
- В. Запах ацетону з роту
- Г. Гіпертермія
- Д. Дихання Куссмауля

136. Хвора Ч., 33 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрядженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Для підтвердження діагнозу необхідно провести дослідження:

- А. Цукру крові
- Б. рН крові
- В. Калію сироватки крові
- Г. Осмолярності крові
- Д. Кетонових тіл в крові

137. Хвора Ю., 42 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрадженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського.

Диференційний діагноз у даної хворої в першу чергу повинен бути проведений з:

- А. Кетоацидотичною комою, цукровий діабет
- Б. Гострою нирковою недостатністю
- В. Гострим інфарктом міокарду
- Г. Гіперлактатцидемічною комою
- Д. Гіперосмолярною комою

138. Хвора Е., 39 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрадженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Тактика інсулінотерапії у даному випадку?

- А. Інсулін не вводиться
- Б. 20 ОД інсуліну внутрішньовенно, разове
- В. 0,1-0,15 ОД інсуліну на 1 кг маси тіла
- Г. 4-6 ОД підшкірно,
- Д. 6-8 ОД інсуліну в 500 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно, краплинно

139. Хвора М., 37 років, доставлена в клініку в непритомному стані. За словами лікаря “швидкої допомоги”, у хворої дома було психічне та рухове збудження. Під час транспортування в лікарню раптово втратила свідомість. З анамнезу: багато років страждає на цукровий діабет, лікується інсуліном. Харчування нерегулярне у зв'язку з постійними відрадженнями. При огляді: непритомна, шкіра волога, посмикування м'язів обличчя, зіниці розширені. ЧД – 22 у хв. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 70 уд/хв., ритмічний, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який. Позитивний симптом Бабинського. Який з лікарських засобів потрібен для виведення хворої з непритомного стану?

- А. 40% розчин глюкози
- Б. 2,5% розчин бікарбонату натрію
- В. Поліглюкін
- Г. Інсулін,
- Д. 0,45% розчин натрію хлориду

140. Хворий С., 64 років, скаржитися на головний біль, запаморочення, поганий сон, зниження пам'яті. Страждає на цукровий діабет 23 роки, знаходився під диспансерним наглядом. 5 років реєструється високий АТ. Отримує 3 таблетки гліуренорму на добу. При огляді: шкіра бліда. Пастозність обличчя, гомілок і стоп. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 165/95 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Аналіз крові: цукор – 6,1 ммоль/л. Аналіз сечі: цукор не знайдений, протеїнурія, циліндрурія. Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет, 2 типу, важкий перебіг
- Б. Цукровий діабет, 1 типу, перебіг середньої тяжкості
- В. Цукровий діабет, 1 типу, важкий перебіг

- Г. Цукровий діабет, 2 типу, перебіг середньої тяжкості
- Д. Цукровий діабет, 2 типу, легкий перебіг

141. Хворий Л., 55 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, поганий сон, зниження пам'яті. Страждає на цукровий діабет 23 роки, знаходився під диспансерним наглядом. 7 років реєструється високий АТ. Отримує 3 таблетки гліуренорму на добу. При огляді: шкіра бліда. Пастозність обличчя, гомілок і стоп. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 165/95 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Аналіз крові: цукор – 6,1 ммоль/л. Аналіз сечі: цукор не знайдений, протеїнурія, циліндрурія.

Про яке ускладнення цукрового діабету іде мова в даному випадку?

- А. Синдром Кіммельстіля-Уілсона
- Б. Соматична нейропатія
- В. Синдром Сомоджи
- Г. Енцефалопатія
- Д. Вегетативна кардіопатія

142. Хвора С., 59 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, поганий сон, зниження пам'яті. Страждає на цукровий діабет 23 роки, знаходилася під диспансерним наглядом. Коло 5 років реєструється високий АТ. Отримує 3 таблетки гліуренорму на добу.

При огляді: шкіра бліда. Пастозність обличчя, гомілок і стоп. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 165/95 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Аналіз крові: цукор – 6,1 ммоль/л. Аналіз сечі: цукор не знайдений, протеїнурія, циліндрурія.

Феномен Зуброди при даній патології – це:

- А. Зменшення добової потреби в інсуліні
- Б. Постгіпоглікемічна гіперглікемія
- В. Патологічне перехрестя судин сітківки
- Г. Збільшення добової потреби в інсуліні
- Д. З'явлення патологічних рефлексів

143. Хворий Ф., 66 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, поганий сон, зниження пам'яті. Страждає на цукровий діабет 23 роки, знаходився під диспансерним наглядом. Коло 5 років реєструється високий АТ. Отримує 3 таблетки гліуренорму на добу.

При огляді: шкіра бліда. Пастозність обличчя, гомілок і стоп. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 165/95 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Аналіз крові: цукор – 6,1 ммоль/л. Аналіз сечі: цукор не знайдений, протеїнурія, циліндрурія.

Ваша тактика в лікуванні хворого?

- А. Призначити інсулін
- Б. Призначити бігуаніди
- В. Відмінити гліуренорм
- Г. Призначити фізіотерапію
- Д. Запропонувати санаторно-курортне лікування

144. Хворий М., 67 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, поганий сон, зниження пам'яті. Страждає на цукровий діабет 23 роки, знаходився під диспансерним наглядом. Коло 5 років реєструється високий АТ. Отримує 3 таблетки гліуренорму на добу.

При огляді: шкіра бліда. Пастозність обличчя, гомілок і стоп. З боку дихальної та серцево-судинної систем без особливостей. Пульс – 80 уд/хв., АТ – 165/95 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Аналіз крові: цукор – 6,1 ммоль/л. Аналіз сечі: цукор не знайдений, протеїнурія, циліндрурія.

Артеріальна гіпертонія у даного хворого потребує призначення:

- А. Інгібіторів АПФ
- Б. Симпатолітиків
- В. Гангліоблокаторів
- Г. Спазмолітиків
- Д. Транквілізаторів

145. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий К., 62 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 у хв.). Легені – без особливостей. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт. ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9.

Ваш діагноз?

- А. Цукровий діабет, гіперлактатцидемічна кома
- Б. Цукровий діабет, кетоацидотична кома
- В. Цукровий діабет, гіперосмолярна кома
- Г. Цукровий діабет, гіпоглікемічна кома
- Д. Цукровий діабет, стадія декомпенсації, отруєння алкоголем

146. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий Т., 55 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 у хв.). Легені – без особливостей. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт.ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9. Лікування якими лікарськими засобами може викликати розвиток даного ускладнення?

- А. Бігуанідами
- Б. Похідними сульфонілсечовини
- В. Пролонгованими формами інсуліну
- Г. Інгібіторами АПФ
- Д. Серцевими глікозидами

147. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий Ч., 67 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 на 1 хв.). Легені – без особливостей. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт.ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9. Основним патогенетичним механізмом розвитку цього ускладнення цукрового діабету є:

- А. Накопичення в організмі молочної кислоти
- Б. Різке зниження цукру в крові
- В. Різка дегідратація організму без кетозу
- Г. Накопичення в організмі кетонових тіл, ацидоз
- Д. Токсичний вплив етанолу на головний мозок

148. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий Б., 57 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 на 1 хв.). Легені – без особливостей. Тони

серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт.ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9.

Найбільш характерною скаргою на початкових стадіях розвитку даного ускладнення є:

- А. Сильні м'язові болі
- Б. Гарячка
- В. Підвищений апетит
- Г. Спрага
- Д. Поліурія

149. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий Я., 49 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 на 1 хв.). Легені – без особливостей. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт. ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9. Невідкладна допомога при даному ускладненні включає наступні заходи (крім одного):

- А. Боротьба з дегідратацією
- Б. Корекція ацидозу
- В. Інсулінотерапія
- Г. Стимуляція переходу лактату в піруват
- Д. Боротьба з гіпотонією

150. У відділення невідкладної допомоги доставлений хворий К., 53 років, в коматозному стані. За словами рідних відомо, що на протязі 10 років хворіє на цукровий діабет, лікується буформіном. Дієтичних рекомендацій не дотримується. Відомо, що теперішній стан розвився після вживання алкоголю. При огляді: шкіра холодна, гіпотонія м'язів. Прискорене поверхнєве дихання (ЧД 29 на 1 хв.). Легені – без особливостей. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс – 52 уд/хв., АТ – 85/50 мм рт.ст. Живіт м'який. Цукор крові – 8,2 ммоль/л, рН крові – 6,9.

Тактика інсулінотерапії при даному ускладненні:

- А. 6-8 ОД інсуліну в 500 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно, краплинно
- Б. 20 ОД інсуліну внутрішньовенно, одночасно
- В. 0,1-0,15 ОД інсуліну на 1 кг маси тіла
- Г. 4-6 ОД підшкірно
- Д. інсулін не вводиться

151. Хворий 36 років, звернувся до лікаря зі скаргами на періодичну слабкість, почуття голоду, збільшення маси тіла на 6 кг за останні 2 році. Вранці, на прийомі у лікаря, виник напад, який супроводжувався почуттям голоду, тремтінням, втратою свідомості. При обстеженні: цукор крові – 2,0 мл/л, після введення 40% розчину глюкози напад купіровано.

Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Інсулінома
- Б. Цукровий діабет I-го типу
- В. Цукровий діабет II-го типу
- Г. Феохромоцитома
- Д. Глюкагонома

152. Хворий М., 48 років, без свідомості. Шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхнєве. АТ – 110/70 мм рт. ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок. Про яке захворювання можна думати?

- А. Гіпоглікемічна кома
- Б. Гіперглікемічна кома
- В. Гіперосмолярна кома
- Г. Гіперлактацидемічна кома
- Д. Мозкова кома (інсульт)

153. Хвора И., 42 років, без свідомості. Шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхневе. АТ – 110/70 мм рт.ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судами м'язів кінцівок. Які результати аналізів підтвердять Ваш діагноз?

- А. Глікемія менше 2,5 ммоль/л
- Б. Калій у крові більше 6,0 ммоль/л
- В. рН крові нижче 7,2
- Г. Глікемія більше 40 ммоль/л
- Д. У спинномозковій рідині виявлено кров

154. Жінка 36 років відмічає епізодичні типові гіпоглікемічні стани. Яке із вказаних захворювань можна запідозрити?

- А. Інсулінома
- Б. Феохромоцитома
- В. Синдром Іценко-Кушинга
- Г. Токсичний зоб
- Д. Хвороба Аддісона

155. Жінка впродовж 4 років відмічає епізодичні типові гіпоглікемічні стани. Усі вказані фактори характеризують інсуліному, крім:

- А. Зниження рівня С-пептиду
- Б. Проби з голодуванням
- В. Підвищення рівня імунореактивного інсуліну
- Г. Рівень глюкози натще нижче 2,7 ммоль/л
- Д. Підвищення толерантності глюкози

156. Хворий Ж., страждає цукровим інсулінозалежним діабетом у тяжкій формі. Діабет компенсований. Хворий взяв участь у грі в теніс. Через 30 хвилин після початку гри втратив свідомість. Об'єктивне: непритомний. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Язик вологий. Пульс – 80 уд/хв., ритмічний. АТ – 110/70 мм рт. ст. Тони серця звичайної звучності. Дихання – 28 за 1 хв., рівне, ритмічне. Менінгеальні симптоми відсутні. Прикушування язика та мимовільного сечовиділення немає.

Попередній діагноз?

- А. Гіпоглікемічна кома
- Б. Діабетична кетоацидотична кома
- В. Діабетична гіперосмолярна кома
- Г. Лактацидемічна кома
- Д. Стан, не пов'язаний з діабетом

157. Хвора Ш., 43 років, хворіє на ЦД 1 типу з 20-літнього віку. Постійно лікується інсуліном “Ленте”, останній рік – “Ленте-МС”. На фоні стабільно компенсованого діабету почалися гіпоглікемії, котрі розвиваються дуже швидко. Хвора втрачає свідомість й не в змозі надати собі допомогу. Глюкоза крові під час гіпоглікемії 1,43-2,0 ммоль/л. Зменшення дози інсуліну викликає декомпенсацію діабету, з кетонурією, а епізоди гіпоглікемії не припиняються.

Чим може бути спричинено подібний стан хворого?

- А. Інсуліномою
- Б. Реакцією на інсулін “Ленте-МС”

- В. Розвитком діабетичного нефросклерозу
- Г. Діабетичною гастроентеропатією
- Д. Діабетичною вегетативною нейропатією

158. Хлопчик 9 років, хворий діабетом з 2-річного віку. Лікується інсуліном “Б” 24 ОД вранці та 8 ОД на ніч. Вчителька в школі почала скаржитись батькам на погану поведінку дитини: на уроках періодично кривляється, не відповідає на звернення вчителя, пише вкрай погано. Після обіду стає зовсім іншим й веде себе пристойно.

З чим може бути пов'язана неадекватність поведінки дитини?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. З перевтомою
- В. З недосипанням
- Г. Небажанням вчитися
- Д. Психофізіологічними особливостями віку

159. Хворому на ЦД 1 типу в стані компенсації в зв'язку з порушеннями серцевого ритму призначено анаприлін у дозі 60 мг на добу. З третього дня прийому анаприліну у хворого почалися періодичні тремтіння рук, пітливість, запаморочення.

З чим може бути пов'язаний даний стан пацієнта?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. Ідіосинкразія до анаприліну
- В. Алергією до анаприліну
- Г. Нейровегетативними реакціями на анаприлін
- Д. Контрадренергічними впливами анаприліну

160. У хворого з I типом діабету в стані компенсації після прийому обзидану виникають стійкі та тривалі гіпоглікемії.

Яка лікувальна тактика може бути використаною в даному випадку?

- А. Змінити  $\beta$ -адреноблокатори на антагоністи кальцію
- Б. Замінити обзидан анаприліном
- В. Зменшити дозу інсуліну
- Г. Зменшити дозу обзидану
- Д. Збільшити квоту вуглеводів в раціоні

161. Хвора З., хворіє на ЦД 2 типу, лікується манінілом в дозі 20 мг на добу, захворіла пневмонією. В терапевтичному відділенні з метою посилення репаративних процесів додатково призначили 16 ОД інсуліну перед обідом, для лікування пневмонії використовувався grosептол – 480 мг на добу. Через тиждень лікування у хворі з'явилися відхилення в поведенці. Десь біля 21 год. Вона замикалась в собі, інколи плакала, інколи голосно сміялась. При обстеженні в контакт не вступає, погляд неосмислений, значна пітливість, тахікардія, підйом АТ до 220/120 мм рт. ст.

З чим може бути пов'язано стан хворого?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. З кризою в перебігу пневмонії
- В. Непереносимістю grosептолу
- Г. Алергією до інсуліну
- Д. Характерологічними особливостями хворі

162. Хвора С., 54 років, хворіє ІНД 16 років. Постійно лікується таблетованими препаратами. Останній час – діабенезе в дозі 750 мг/добу. Основні скарги після переходу на діабенезе: безсоння або ж сон з кошмарними сновидіннями, стійке підвищення АТ, котре погано корегується гіпотензивними засобами, біль у серці, котрий не знімається нітрогліцерином.



З чим можуть бути пов'язані зміни в стані хворої?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. Неправильним прийомом препарату
- В. Непереносимістю діабенезе
- Г. Високою чутливістю до діабенезе
- Д. Гіпертонічною хворобою

163. Хвора Я., 74 років, в минулому актриса драматичного театру, хворіє на ЦД 1 типу, котрий лікує комбінацією інсулінів: актрапід – 20 ОД, інсулін “В” – 24 ОД, інсулін ультраленте – 36 ОД, її охоплюють немотивовані страхи, інколи необгрунтована веселість, безпричинний сміх. Після обіду стан хворої приходить до норми.

З чим може бути пов'язана неадекватність в поведінці хворої?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. Атеросклеротичною ейфорією
- В. Характерологічними особливостями
- Г. Хіабетичною енцефалопатією
- Д. Хронічною судинною мозковою недостатністю

164. Хворий В., 43 років, хворіє на ЦД 1 типу 4 роки, лікується інсуліном хумулін Н – 46 ОД вранці й 28 ОД ввечері. Основна скарга хворого – імпотенція. При опитуванні вияснено, що у хворого дуже поганий сон, сновидіння з жахами, значна пітливість вночі аж до того, що двічі на ніч змушення міняти постільну білизну, просипається з відчуттям невиспаності, головним болем.

Чим спричинюються страждання хворого?

- А. Гіпоглікеміями
- Б. Спонтанним гіпергідрозом
- В. Психологічною депресією внаслідок імпотенції
- Г. Синдромом хронічної втоми
- Д. Клімактеричним синдромом

165. Хворий М., 46 років, непритомний. Шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхневе. АТ – 110/70 мм рт. ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок.

Який з перелічених механізмів не бере участь в патогенезі гіпоглікемічної коми?

- А. Дегідратація
- Б. Активація симпато-адреналової системи
- В. Посилення глюконеогенезу
- Г. Посилення глікогенолізу
- Д. Вивільнення в кров контрінсулярних гормонів

166. Хворий Ж., 50 років, непритомний. Шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхневе. АТ – 110/70 мм рт. ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок.

Який із вказаних симптомів не характерний для гіпоглікемії?

- А. Повільний початок
- Б. Судоми
- В. Рефлекси підвищені
- Г. Диплопія
- Д. Почуття голоду

167. Жінка впродовж 5 років відмічає епізодичні типові гіпоглікемічні стани з втратою свідомості.

Які з перелічених заходів необхідні для виведення з гіпоглікемічної коми?

- А. Внутрішньовенне струменисте введення 40% глюкози
- Б. Внутрішньовенне крапельне введення 10% глюкози
- В. Внутрішньовенне крапельне введення 40% глюкози
- Г. Внутрішньовенне крапельне введення 5% глюкози
- Д. Внутрішньовенне крапельне введення 40% глюкози з 6-8 од інсуліну

168. Хворий В., 42 років, непритомний. Шкіра волога, на плечах і стегнах сліди ін'єкцій. Дихання поверхнєве. АТ – 110/70 мм рт.ст. Тонус м'язів, сухожильні рефлекси підвищені, судоми м'язів кінцівок. Діагностовано гіпоглікемічну кому.

Для виведення з гіпоглікемічної коми застосовують усі вказані препарати, окрім:

- А. Кордіаміну
- Б. 40%-ної глюкози
- В. Адреналіну
- Г. Преднізолону
- Д. Глюкагону

169. Хворий А., спортсмен, страждає цукровий діабет 1 типу у тяжкій формі. Діабет компенсований. Хворий взяв участь у грі в теніс. Через 30 хв. після початку гри втратив свідомість. Об'єктивне: непритомний. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Язик вологий. Пульс – 80 уд/хв., ритмічний. АТ – 110/70 мм рт.ст. Тони серця звичайної звучності. Дихання – 28 у хв., рівне, ритмічне. Менінгеальні симптоми відсутні. Прикушування язика та сечовиділення, зв'язаного з втратою свідомості, немає.

Які ускладнення не виникають при тривалій гіпоглікемії?

- А. Гепатоз
- Б. Діабетична енцефалопатія
- В. Інсульт
- Г. Інфаркт
- Д. Кровотеча у сітківку

170. Будівельник під час виконання тривалого фізичного навантаження раптово втратив свідомість. За словами рідних, хворий страждає на цукровий діабет 1-го типу і приймає інсулін "Протафан" у дозі 30 ОД на добу вранці. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Гіпоглікемічна кома
- Б. Кетоацидотична кома
- В. Гіперосмолярна кома
- Г. Лактатацидемічна кома
- Д. Церебральна кома

***Інша ендокринна патологія. Гомеостаз кальцію в організмі. Ендокринні остеопорози. Захворювання прищитовидних залоз. Захворювання статевих залоз. Ожиріння***

1. Хвора Ш., 50 років доставлена у реанімаційне відділення зі скаргами на прогресуючу слабкість, болі в м'язах і кістках, гострий біль в епігастрії, нудоту, багаторазове блювання, прискорене безболюче сечовиділення, сонливість, депресію, зниження пам'яті. Стан тяжкий, загальмована, шкіра суха, кальциноз рогівки, гіпорексія. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гіперпаратиреоз
- Б. Нирковий рахіт
- В. Синдром порушеного всмоктування
- Г. Хвороба Педжета
- Д. Синдром Олбрайта-Фанконі

2. Жінка 42 років, два роки тому прооперована з приводу раку щитовидної залози. Скаржиться на слабкість, оніміння кінцівок, парестезії, судоми. Симптоми Хвостека, Труссо позитивні. Гормони щитовидної залози в межах норми. Поставлено діагноз – післяопераційний гіпопаратиреоз. Який з препаратів слід призначити в першу чергу?

- А. Хлорид кальція
- Б. Тироксин
- В. Паратиреоїдин
- Г. Седуксен
- Д. Вітамін Д<sub>3</sub>

3. Хворий М., 44 років. На другий день після операції з приводу токсичного дифузного зобу з'явилися часті судомні скорочення м'язів рук, відчуття оніміння пальців, іноді болі в животі. Які дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

- А. Дослідження в крові кальція та фосфору
- Б. Визначення калія і натрія в плазмі крові
- В. Визначення в крові Т<sub>4</sub> та Т<sub>3</sub>
- Г. Екскреція з сечею 17-КС та 17-ОКС
- Д. Визначення катехоламінів в крові

4. Хворому М., 56 років, з приводу тяжкої форми дифузного токсичного зобу проведено лікування радіоактивним йодом. Стан хворого значно покращився, однак через 4 міс. Почав відмічати порушення чутливості та оніміння кінцівок, затруднене ковтання, періодичне блювання, проноси, болі в животі і судоми верхніх кінцівок. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гіперпаратиреоз
- Б. Псевдогіпопаратиреоз
- В. Спазмофілія
- Г. Синдром MEDAC
- Д. Гіпотиреоз

5. Хвора Р., 40 років, на протязі 10 років страждає на сечок'амяну хворобу, двічі оперована з приводу кораловидних каменів. У теперішній час прооперована вдруге. На другий день стан різко погіршився: посилилися болі в животі (по типу ниркових колік), розвилась виражена м'язова слабкість, нудота, блювання, поліурія, що змінилась олігурією. Підвищилась температура до 38,5°C, ЧСС – 120 у хв. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гіперкальціємічна криза
- Б. Аддисонічна криза
- В. Тиреотоксична криза
- Г. Синдром Сиппла
- Д. Гострий гастроентерит

6. У хворої спостерігається рецидив нефролітіазу, болі в кістках, слабкість, стомлюваність, схуднення. Було заподозрено гіперпаратиреоз. Який із критеріїв є характерним для нього?

- А. Гіперкальціємія
- В. Гіпокальціємія
- С. Частіше зустрічається у чоловіків до 20 років
- Д. Білок Бенса-Джонса в сечі
- Е. Жоден з вказаних критеріїв

7. У хворої М., 31 ріку, спостерігається рецидив нефролітіазу, болі в кістках, слабкість, стомлюваність, схуднення. Яке із вказаних захворювань можна запідозрити?

- А. Гіперпаратиреоз
- В. Гіпопаратиреоз

- C. Саркома кісток
- D. Мієломна хвороба
- E. Жодне з вказаних захворювань

8. У хворого Д., 35 років, спостерігається виразка 12-палої кишки, рецидиви нефролітазу, біль в кістях, стомлюванність, втрата маси тіла. Діагностовано гіперпаратиреоз. Який із критеріїв є характерним для нього?

- A. Гіперкальціємія
- B. Гіпокальціємія
- C. Частіше зустрічається у чоловіків до 20 років
- D. Білок Бенса-Джонса в сечі
- E. Ні один із вказаних критеріїв

9. У дівчинки 15 років спостерігаються приступи болючих симетричних судом жувальних м'язів, рук з переважанням тонузу згиначів. При обстеженні - позитивні симптоми Хвостека, Труссо. При дослідженні електролітів у крові очікуєте отримати:

- A. Кальцію менше 2,1 ммоль/л
- B. Калію більше 8 ммоль/л
- C. Фосфору менше 0,5 ммоль/л
- D. Хлору більше 130 ммоль/л
- E. Натрію менше 120 ммоль/л

10. У хлопчика 14 років спостерігаються приступи судом жувальних м'язів, рук з переважанням тонузу згиначів. Судоми болючі, симетричні. При обстеженні - позитивні симптоми Хвостека, Труссо. Ваш діагноз?

- A. Гіпопаратироз
- B. Епілепсія
- C. Гіперпаратироз
- D. Правець
- E. Спазмофілія

11. Хвора, 38 років, прооперована з приводу змішаного токсичного зобу III ст. Через 3 дні після операції у неї з'явилися короткочасні судоми. Парестезії на руках і ногах 3-4 рази на день. Об'єктивно: пульс – 76 уд/хв, АТ – 130/70 мм рт.ст. Шкіра помірно волога. Язик чистий, вологий. Тони серця ритмічні. Дихання везикулярне. Симптоми Хвостека, Труссо, Шлезінгера - позитивні. Вкажіть можливий діагноз:

- A. Гіпопаратиреоз
- B. Полінейропатія
- C. Астено-невротичний синдром
- D. Гіпотиреоз
- E. Гіперпаратиреоз

12. Жінка 45 років, два роки тому була оперована з приводу рака щитовидної залози. Скаржиться на слабкість, оніміння кінцівок, парестезії, судоми. Симптоми Хвостека, Труссо позитивні. Гормони щитовидної залози в межах норми. Поставлено діагноз – післяопераційний гіпопаратиреоз. Зняття приступу тетанії досягається введенням:

- A. 10%-ного розчину хлористого кальцію
- B. Пазмолітиків
- C. Анальгетиків
- D. Бронхолітиків
- E. 10% розчину хлористого калію

13. Хворий М., 57 років, з приводу тяжкої форми дифузного токсичного зобу проведено лікування радіоактивним йодом. Стан хворий значно покращився, однак через 4

міс. почала відмічати порушення чутливості та оніміння кінцівок, затруднене ковтання, періодичне блювання, проноси, болі в животі і судоми верхніх кінцівок. Для клініки гіперпаратиреозу не характерна:

- А. Стійка гіпотонія
- Б. М'язова слабкість
- В. Ураження нервової системи
- Г. Рецидиви нефролітіазу
- Д. Болі в кістках

14. 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'єктивне: пульс – 72 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено. Наявні симптоми Хвостека, Трусю. Вкажіть можливий діагноз:

- А. Гіпопаратиреоз
- Б. Гіпотиреоз
- В. Полінейропатія
- Г. Астеноневротичний синдром
- Д. Жоден з названих діагнозів

15. Хвора З., 47 років, протягом 4 років зверталась до різних спеціалістів зі скаргами на слабкість у кінцівках, постійний біль у гомілкових м'язах та спині. На рентгенограмах кісток виявлено остеопороз, кісти, патологічні переломи. Рівень кальцію в крові підвищений.

Вкажіть, який з приведених діагнозів найбільш ймовірний?

- А. Первинний гіперпаратиреоз
- Б. Мієломна хвороба
- В. Остеобластома
- Г. Вторинний гіперпаратиреоз
- Д. Жоден з цих діагнозів

16. У хворої на другий день після струмектомії з'явилися приступи судом. Вкажіть, які з приведених лікарських засобів необхідні для цієї хворої?

- А. Препарат кальцію
- Б. Седативні препарати
- В. Протисудомні засоби
- Г. Препарати калію
- Д. Нейролептики

17. Хворий з післяопераційним гіпопаратиреозом постійно приймає глюконат кальцію в дозі 3 г на добу і рокалтрол 2 мкг 3 рази на добу. Останнім часом стан його погіршився: з'явилися поліурія, спрага, слабкість, головні болі, нудота, болі в животі, закріплення.

Ваша тактика?

- А. Припинити лікування
- Б. Призначити паратиреоїдин 40 од., внутрішньом'язово 1 раз на добу
- В. Збільшити дозу глюконату кальцію
- Г. Замінити рокалтрол на оксидевіт
- Д. Призначити кальцію хлорид внутрішньовенно

18. Хвора Д. на протязі 7 років лікується з приводу рецидивуючих ниркових камінців. При обстеженні в неї знайдено підвищення рівня кальцію в крові, низький рівень фосфору в крові і високий рівень кальцію в сечі. Рівень креатиніну крові в нормі. Попередній діагноз?

- А. Первинний гіперпаратиреоз, ниркова форма
- Б. Нирково-камінцева хвороба, вторинний гіперпаратиреоз

- В. Псевдогіперпаратиреоз
- Г. Нирково-камінцева хвороба
- Д. Третинний гіперпаратиреоз

19. У хворого з гіперкальціємією неясного походження після призначення гідрокортизону в дозі 100 мг/добу на протязі 10 днів рівень кальцію в крові знизився до норми. Гіперкальціємія в цьому випадку може бути зумовлена:

- А. Надлишковим вживанням вітаміну Д
- Б. Первинним гіперпаратиреозом
- В. Третинним гіперпаратиреозом
- Г. Мієломною хворобою
- Д. Саркоїдозом

20. У хворого з псевдогіперпаратиреозом з'явилися нудота, блювання, різка м'язова слабкість, біль у животі. Рівень кальцію в крові – 3,5 ммоль/л. Що треба призначити хворому?

- А. Преднізолон 40 мг внутрішньом'язево
- Б. Внутрішньовенно ізотонічний розчин натрію хлориду і фуросемід,
- В. ДОКСА 1,0 внутрішньом'язево
- Г. Мітраміцин внутрішньовенно в дозі 25 мкг/кг ваги
- Д. Паратгормон 40 од. внутрішньом'язево

21. Хвора Д., 45 років, з цукровим діабетом I типу, ускладненням нефроангіопатією, нефросклеротичною стадією, потрапила до лікарні у зв'язку з раптовим погіршенням стану: втратою апетиту, появою нудоти, лобів у животі, кістках, підвищенням температури. Одержує інсулін. Рівень глюкози в крові: 10 ммоль/л, цукор сечі – 10 г/л, кетонів тіла відсутні, залишковий азот – 55 мг%, сечовина – 11 ммоль/л, К – 4,5 ммоль/л, Na – 130,0 ммоль/л, Са – 3,8 ммоль/л, Р – 0,6 ммоль/л. Погіршення стану хворої зумовлено:

- А. Гіперкальциємічним кризом внаслідок третинного гіперпара-тиреозу
- Б. Діабетичним кетоацидозом
- В. Гострою нирковою недостатністю
- Г. Гострим панкреатитом
- Д. Гіперкальциємічним кризом внаслідок вторинного гіперпара-тиреозу

22. Хвора К., 67 років, звернулась до лікаря зі скаргами на значну втрату ваги при поганому апетиті, прогресуючу загальну слабкість у м'язах, болі в животі. При обстеженні виявлені тахікардія, дифузний остеопороз, гіперкальціємія. Це може бути наслідком:

- А. Гіперпаратиреозу
- Б. Тиреотоксикозу
- В. Злоякісної пухлини
- Г. Хвороби Аддісона
- Д. Жодного з них

23. У хворого зі скаргами на парестезії в кінцівках приступи судом спостерігаються низький рівень кальцію і підвищений рівень фосфору в крові.

Це може бути наслідком:

- А. Первинного гіпопаратиреозу
- Б. Дефіциту вітаміну Д
- В. Хронічних проносів
- Г. Пухлини мозку
- Д. Отруєння стрихніном

24. У хворої дитини з гіпокальціемією і судомами знайдені рентгеноло-гічні ознаки остеопорозу. Рівень паратгормону в крові підвищений. Гіперфос-фатемія. Спостерігається затримка розумового і фізичного розвитку. Лікування паратгормонами неефективне.

Попередній діагноз?

- А. Псевдогіпогіперпаратиреоз
- Б. Ідіопатичний гіпопаратиреоз
- В. Псевдогіпопаратиреоз
- Г. Псевдоідіопатичний гіпопаратиреоз
- Д. Псевдогіперпаратиреоз

25. До лікаря звернулася дівчина 15 років зі скаргами на недорозвинутість вторинних статевих ознак. При об'єктивному обстеженні відзначається коротка шия (шия сфінкса), широка щитоподібна грудна клітка, низький ріст волосся на шії. Каріотип – 46х0. При УЗД – коарктація аорти. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Синдром Шерешевського-Тернера
- Б. Синдром Дауна
- В. Синдром Марфана
- Г. Синдром Моріака
- Д. Синдром Маделунга

26. Хвора 48 років, звернулася до лікаря зі скаргами на роздратування, загальну слабкість, сонливість, зменшення статевої активності, головний біль, припливи. Менопауза вже 3 роки. Об'єктивно: зріст – 170 см, маса тіла – 80 кг. Обличчя – з рум'янцем на щоках, вологе, випадання волосся за чоловічим типом, відкладання жиру на животі, низький тембр голосу, ожиріння андройдного типу. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Клімактеричний синдром
- Б. Дифузний токсичний зоб
- В. Вегетосудинна дистонія
- Г. Діенцефальний синдром

Д. Астенічний синдром.

27. Хвора 45 років, звернулася до лікаря зі скаргами на роздратування, загальну слабкість, сонливість, зменшення статевої активності, головний біль, припливи. Менопауза вже 3 роки. Об'єктивно: зріст – 170 см, маса тіла – 80 кг. Обличчя – з рум'янцем на щоках, вологе, випадання волосся за чоловічим типом, відкладання жиру на животі, низький тембр голосу, ожиріння андройдного типу. Діагностовано – клімактеричний синдром.

Для клімактеричного синдрому не є характерним:

- А. Розвиток гепатомегалії
- Б. Підвищення АТ
- В. Припливи жару
- Г. Періодичне серцебиття

Д. Розвиток остеопорозу

28. Хвора 50 років, звернулася до лікаря зі скаргами на роздратування, загальну слабкість, сонливість, зменшення статевої активності, головний біль, припливи. Менопауза вже 3 роки. Об'єктивно: зріст – 170 см, маса тіла – 80 кг. Обличчя – з рум'янцем на щоках, вологе, випадання волосся за чоловічим типом, відкладання жиру на животі, низький тембр голосу, ожиріння андройдного типу. Для лікування захворювання даної хворої необхідно призначити:

- А. Усі вказані препарати
- Б. Статеві гормони
- В. Седативні препарати
- Г. Препарати кальцію

Д. Ні один з препаратів

29. Хворий М., 17 років, високого зросту, грудні залози збільшені, вторинні статеві ознаки виражені слабо, статевий член нормального розміру, яєчка дряблі, маленькі. При дослідженні еякуляту виявлено азооспермію. Ваш висновок?

- А. Синдром Клайнфелтера
- Б. Крипторхізм
- В. Синдром Шерешевського-Тернера
- Г. Синдром Марфана
- Д. Передчасне статеве дозрівання.

30. Хворий И., 16 років, високого зросту, грудні залози збільшені, вторинні статеві ознаки виражені слабо, статевий член нормального розміру, яєчка дряблі, маленькі. При дослідженні еякуляту виявлено азооспермію. Дане захворювання обумовлене:

- А. Хромосомною аномалією ХХУ
- Б. Хромосомною аномалією ХЧУ
- В. Хромосомною аномалією ХХО
- Г. Надмірною продукцією гонадотропінів
- Д. Пухлиною епіфізу

31. У 25-річного чоловіка бездітний шлюб. При обстеженні: високого зросту, гінекомастія, оволосіння тіла відповідно статі, статевий член розвинутий, яєчка малі, значно ущільнені. Яке обстеження варто назначити першочергово?

- А. Визначення каріотипу
- Б. Сперміограму
- В. Визначення екскреції 17-КС
- Г. Краніографія,
- Д. Рентгенологічне визначення “кісткового” віку

32. Хворий Я., 50 років, скаржиться на припливи жару до голови, підвищену пітливість, плаксивість, періодичні серцебиття, болю в області серця, підвищений АТ, зниження пам'яті, відчуття тривоги, імпотенцію. В минулому нічим не хворів. Правильної статури, задовільного живлення. Шкіра підвищеної вологості. Статеві органи розвинуті правильно. Вторинні статеві ознаки без особливостей. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Клімакс
- Б. Вегето-судинна дистонія
- В. Дифузний токсичний зоб
- Г. Ішемічна хвороба серця

Д. Ні одне з перелічуваних

33. Хвора Л., 52 років, скаржиться на припливи жару до голови, підвищену пітливість, плаксивість, періодичні серцебиття, біль в області серця, підвищений АТ, зниження пам'яті, відчуття тривоги, порушення менструального циклу. В минулому нічим не хворіла. Правильної статури, задовільного живлення. Шкіра підвищеної вологості. Легені та органи черевної порожнини без особливостей. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційний діагноз при клімактеричному неврозі?

- А. Ішемічна хвороба серця
- Б. Підгострим тиреоїдитом
- В. Гіпертонічною хворобою
- Г. Неврастенією
- Д. Токсичним зобом

34. Хвора Р., 48 років, скаржиться на припливи жару до голови, підвищену пітливість, плаксивість, періодичні серцебиття, біль в області серця, підвищений АТ, зниження пам'яті,



відчуття тривоги, порушення менструального циклу. В минулому нічим не хворіла. Правильної статури, задовільного живлення. Шкіра підвищеної вологості. Легені та органи черевної порожнини без особливостей. Для клімактеричного синдрому не є характерним:

- А. Розвиток кахексії
- Б. Підвищення АТ
- В. Порушення менструального циклу, аменорея
- Г. “Приливи” жару
- Д. Періодичне серцебиття

35. Хвора В., 50 років, скаржиться на припливи жару до голови, підвищену пітливість, плаксивість, періодичні серцебиття, біль в області серця, підвищений АТ, зниження пам'яті, відчуття тривоги, порушення менструального циклу. В минулому нічим не хворіла. Правильної статури, задовільного живлення. Шкіра підвищеної вологості. Легеня та органи черевної порожнини без особливостей.

Для лікування клімактеричного синдрому призначають:

- А. Усі вказані препарати
- Б. Анаболічні стероїди
- В. Статеві гормони
- Г. Седативні препарати
- Д. Ні один із препаратів

36. До лікаря звернулася дівчина 14 років зі скаргами на недорозвинутість вторинних статевих ознак. При об'єктивному обстеженні відзначається коротка шия (шия сфінкса), широка щитоподібна грудна клітка, низький ріст волосся на шиї. Каріотип – 46х0. При УЗД – коарктація аорти. Вкажіть основні симптоми синдрому Шерешевського-Тернера, крім:

- А. Офтальмопатія
- Б. Затримка росту
- В. Первинний гіпогонадізм
- Г. Вроджені дефекти внутрішніх органів
- Д. Коротка шия з криловидними складками

37. До ендокринолога звернулася хвора 18 років зі скаргами на відсутність менструацій. При огляді: зріст – 143 см, вага – 40 кг, низький ріст волосся на шиї; шия сфінкса, високе піднебіння, молочні залози не розвинуті, статеве оволодіння мізерне. “Кістяковий” вік - 12 років, паспортний – 18 років.

Що необхідно для верифікації діагнозу?

- А. Ехолокація яєчників і матки, статевий хроматин, ЛГ (лютеїнозований гормон) і ФСГ (фолікулостимулюючий гормон) в крові, каріотип
- Б. Рентгенографія черепа, хребта, ангиографія наднирників
- В. Сканування щитовидної залози, ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ПРЛ, естрадіол крові
- Г. Сканування наднирників, рівень тестостерону
- Д. Біопсія яєчника, рівень ЛГ, ФСГ, естрадіол в крові

38. Хвора К., 17 років, звернулася зі скаргами на відсутність менструацій. При огляді: зріст – 143 см, вага – 40 кг, низький ріст волосся на шиї; шия сфінкса, високе піднебіння, молочні залози не розвинуті, статеве оволодіння мізерне. “Кістяковий” вік - 12 років, паспортний – 17 років. Низький зріст зумовлюється такими причинами, крім:

- А. Синдром Клайнфельтера
- Б. Біогенезія епіфізарних центрів
- В. Синдром Тернера
- Г. Синдром Моріака
- Д. Пангіполітуїтаризм

39. Хворий І., 22 років, високого зросту, грудні залози збільшені, вторинні статеві ознаки виражені слабо, статевий член нормального розміру, яєчка дряблі, маленькі. При дослідженні еякуляту виявлено азооспермію. Відносно синдрому Клайнфельтера правильними є усі твердження, окрім:

- А. Спостерігається передчасне статеве дозрівання
- Б. Хворий високого росту
- В. Хвороба зумовлена аномалією статевих хромосом
- Г. Характерна гінекомастія
- Д. Хворий безплідний

40. Хвора Д., 16 років, звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність менструації, відставання в рості. Об'єктивно: зріст - 132 см, маса тіла - 34 кг. Відсутність вторинних статевих ознак, кістковий вік відповідає 11 рокам. Який синдром у хворої?

- А. Гіпофізарний нанізм
- В. Шершевський-Тернер
- С. Дизгенезія яєчників
- Д. Тиреогенний нанізм
- Е. Тестикулярна фемінізація

41. Хлопчик Р., 19 років; в дитячому віці часто хворів інфекційними захворюваннями. Об'єктивно: зріст - 180 см, астенічної будови тіла, вторинні статеві ознаки розвинеті слабо. Статевий член - 4 см, яєчка – гіпотрофані. Рівень тестостерону в крові нижче норми. Вкажіть попередній діагноз:

- А. Первинний гіпогонадізм
- В. Гіпофізарна макросомія
- С. Синдром Клайнфельтера
- Д. Вторинний гіпогонадізм
- Е. Жоден з цих діагнозів

42. Хвора К., 14 років, звернулась до ендокринолога зі скаргами на відставання в рості. Народилась в строк з нормальною масою та довжиною тіла. Об'єктивно: зріст - 142 см, маса тіла - 38 кг. Молочні залози не розвинуті, волосся на лобку, під пахвами відсутнє. Шия коротка, на бокових її поверхнях широкі складки шкіри, низький ріст волосся на шії. Перенісся широке, зовнішні статеві органи розвинуті по жіночому типу. Виставте попередній діагноз.

- А. Синдром Шершевського-Тернера
- В. Неповна маскулінізація
- С. Дизгенезія яєчників
- Д. Тестикулярна фемінізація
- Е. Жоден з цих діагнозів

43. До лікаря звернулися батьки 10-річного хлопчика зі скаргами на відставання дитини у фізичному розвитку від одноліток. Народився у строк, вага при народженні - 3500 г, зріст - 54 см, пологи без ускладнень. Сімейний анамнез не обтяжений. У школі навчається добре, але за характером млявий, швидко втомлюється. При огляді: антропометричні показники відповідають 6-7 рокам, шкіра суха, бліда, брадикардія, вторинні статеві ознаки не виражені. ЩЗ не збільшена, каріотип 46 XY. У крові: АКТГ – N, рівень тестостерону знижений, ТТГ - N, на рентгенограмі – кістковий вік відповідає 6 рокам, зони росту відкриті.

Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний.

- А. Гіпофізарний нанізм
- В. Вроджений гіпотиреоз
- С. Синдром Ларона
- Д. Соматогенний нанізм
- Е. Синдром Дауна

44. У 25-річного чоловіка бездітний шлюб. При обстеженні: високого зросту, гінекомастія, оволосіння тіла відповідно статі, статевий член розвинутий, яєчка малі, значно ущільнені. Яке обстеження варто призначити першочергово?

- A. Визначення каріотипу
- B. Визначення екскреції 17-КС
- C. Краніографія
- D. Спермограма
- E. Рентгенологічне визначення “кісткового віку”

45. Жінка 25 років звернулася до ендокринолога-гінеколога зі скаргами на мізерні та нерегулярні *mensis*, безпліддя. Зріст - 156 см, будова тіла атлетична, виражений гірсутизм, каріотип 46 XX. УЗД органів малого тазу – незначна гіпоплазія матки, виражений склерополікістоз яєчників, незначна дифузна гіперплазія наднирників. У крові: рівень естрогенів – нормальний, тестостерону – підвищений, АКТГ – підвищений, 17-КС добової сечі високі, 17-ОКС – знижені.

Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

- A. Вроджена дисфункція кори наднирників
- B. Синдром Кушинга
- C. Андрокортикостерома
- D. Синдром Шершевського-Тернера
- E. Синдром Штейна-Левенталя

46. Хворий М., 17 років, високого зросту, грудні залози збільшені, вторинні статеві ознаки виражені слабо, статевий член нормального розміру, яєчка дряблі, маленькі. При дослідженні еякуляту виявлено азооспермію.

Ваш висновок?

- A. Синдром Клайнфелтера
- B. Синдром Шершевського-Тернера
- C. Синдром Марфана
- D. Крипторхізм
- E. Передчасне статеве дозрівання

47. Хвора 15 років скаржить на відставання у рості. Об’єктивно: зріст - 144 см, маса тіла - 39 кг. Молочні залози не розвинуті, волосся на лобку, під пахвами відсутнє. На бокових поверхнях шия - широкі складки шкіри. Перенісся широке, зовнішні статеві органи розвинуті за жіночим типом.

Ваш діагноз?

- A. Синдром Шершевського-Тернера
- B. Неполна маскулінізація
- C. Дизгенезія яєчників
- D. Синдром Клайнфелтера
- E. Синдром Марфана

48. Хворий 18 років, високого зросту, грудні залози збільшені, вторинні статеві ознаки виражені слабо, статевий член нормального розміру, яєчка маленькі, дряблі. При дослідженні еякуляту виявлено азооспермію. Дане захворювання обумовлене:

- A. Хромосомною аномалією XXУ
- B. Хромосомною аномалією ХУУ
- C. Хромосомною аномалією ХХО
- D. Надмірною продукцією гонадотропінів
- E. Пухлиною епіфізу

49. Хвора К., 25 років скаржиться на періодичний головний біль, збільшення маси тіла на 10 кг протягом року, порушення менструального циклу, бездітний шлюб. В анамнезі: струс головного мозку в 15 років із втратою свідомості, часті застуди. Об'єктивно: зріст - 160 см, вага - 85 кг, розподіл жирової тканини рівномірний. АТ - 150/90 мм рт.ст., симетричний пульс 80 у хв. Щитоподібна залоза Іа ступеню. При огляді грудних залоз – виділення молока. У крові: вміст СТГ – N, ПРЛ - підвищений, ТТГ – N, АКТГ – N, на рентгенограмі черепа – збільшення розмірів турецького сідла. Ваш діагноз?

- A. Синдром гіперпролактинемії
- B. Вторинний гіпотиреоз
- C. Гіпоталамічний синдром
- D. Синдром мастопатії
- E. Синдром Шихана

50. Хвора Д., 35 років, скаржиться на збільшення ваги, посилення росту волосся на ногах і обличчі, порушення менструального циклу (затримки до 3-4 місяців). В анамнезі двоє пологів. На УЗД органів малого тазу: деяке збільшення розмірів яєчників, їх неоднорідність, наявність рідинних утворень.

Найбільш вірогідний діагноз?

- A. Синдром полікістозних яєчників
- B. Синдром виснажених яєчників
- C. Хвороба Іценко-Кушинга
- D. Аліментарно-конституційне ожиріння
- E. Ні один з перелікованих

51. Хвора Д., 37 років, скаржиться на збільшення ваги, посилення росту волосся на ногах і обличчі, порушення менструального циклу (затримки до 3-4 міс). В анамнезі двоє пологів. На УЗД органів малого тазу: деяке збільшення розмірів яєчників, їх неоднорідність, наявність рідинних утворень.

Характерним проявом синдрому Штейна-Левенталя є наступні, окрім:

- A. Гепатомегалія
- B. Збільшення яєчників і їх неоднорідність при УЗД
- C. Порушення оваріально-менструального циклу
- D. Безпліддя
- E. Атрофія грудних залоз

52. Хворий 18 років. З анамнезу відомо, що в 5-річному віці переніс епідемічний паротит. Об'єктивно: високого зросту – 184 см, астенична будова тіла. Вторинні статеві ознаки (волосся на обличчі, під пахвами, на лобкові) слабо розвинуті, статевий член відповідає 10-12-річному вікові, яєчка в мошонці, малого розміру, дряблі, голос високий, з боку внутрішніх органів патології не виявлено. Загальний аналіз крові і сечі без патологічних змін, статевий хроматин негативний. Ваш діагноз?

- A. Первинний гіпогонадизм
- B. Гігантизм
- C. Синдром Клайнфельтера
- D. Вторинний гіпогонадизм
- E. Жоден з цих діагнозів

53. Хворий 17 років. З анамнезу відомо, що в 5-річному віці переніс епідемічний паротит. Об'єктивно: високого зросту – 182 см, астенична будова тіла. Вторинні статеві ознаки (волосся на обличчі, під пахвами, на лобкові) слабо розвинуті, статевий член відповідає 10-12-річному вікові, яєчка в мошонці, малого розміру, дряблі, голос високий, з боку внутрішніх органів патології не виявлено. Загальний аналіз крові і сечі без патологічних змін, статевий хроматин негативний. Гіпогонадизм характеризується усіма ознаками, за винятком:

- A. Передчасного статевого дозрівання
- B. Зниження екскреції 17-КС з сечею
- C. Зменшення концентрації фолітропіну в крові
- D. Безпліддя, аменореї
- E. Евнухоїдного типу будови тіла

54. Хвора І., 16 років, скаржиться на надмірну вагу, підвищену пітливість, головні болі, дратівливість, швидко втому. Різко прибавила у вазі у віці 14 років. В анамнезі часті ангіни. Маса тіла – 87 кг, ріст – 156 см. Правильного статуту. Розподіл жирової клітковини рівномірне. На стегнах, животі і грудях є рожеві тонкі стрії. Попередній діагноз?

- A. Пубертатно-юнаковий диспітуїтаризм
- B. Аліментарно-конституційне ожиріння
- C. Хвороба Іценко-Кушинга
- D. Синдром Кушинга
- E. Вегетосудинна дистонія

55. Хвора Р., 16 років, скаржиться на надмірну вагу, підвищену пітливість, головні болі, дратівливість, швидко втому. Різко прибавила у вазі у віці 14 років.

В анамнезі часті ангіни. Маса тіла – 87 кг, ріст – 156 см. Правильної статури. Розподіл жирової клітковини рівномірне. На стегнах, животі і грудях є рожеві тонкі стрії. Синдром ожиріння не є характерним для:

- A. Гіперпаратиреозу
- B. Гіпогонадизму
- C. Гіпотиреозу
- D. Ліпоматозу
- E. Гіперкортицизму

56. Хворий О., 32 років, звернувся до лікаря зі скаргами на надмірну вагу, зниження статевої функції, слабкість, дратівливість, головні болі. Вважає себе хворим рік після перенесеної черепно-мозкової травми. Ріст – 165 см, маса – 100 кг. Розподіл жирової клітковини рівномірний. На животі, стегнах, грудях є рожеві стрії. Призначте додаткове дослідження:

- A. Все нижче переліковане
- B. Ні одне з перелікованого
- C. АКТГ
- D. Кортизол крові
- E. 17-ОКС і 17-КС в сечі

57. Хворий В., 35 років, звернувся до лікаря зі скаргами на надмірну вагу, зниження статевої функції, слабкість, дратівливість, головні болі. Вважає себе хворим рік після перенесеної черепно-мозкової травми. Ріст – 165 см, маса – 100 кг. Розподіл жирової клітковини рівномірне. На животі, стегнах, грудях є рожеві стрії. Як ускладнення ожиріння можуть бути всі стани, окрім:

- A. Хронічної надниркової недостатності
- B. ІХС, гіпертонія
- C. Холецистопанкреатиту
- D. Цукрового діабету
- E. Жовчнокам'яної хвороби

58. Хвора С., 36 років, скаржиться на помірне збільшення ваги, задишку при фізичному навантаженні. В минулому нічим не хворіла. Маса тіла – 108 кг, ріст – 160 см. Правильного статуту, розподіл жирової клітковини рівномірне. Попередній діагноз?

- A. Аліментарне ожиріння

- B. Гіпоталамічне ожиріння
- C. Адипозо-генітальна дистрофія
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Ні один з перелікованих

59. Хвора С., 36 років, скаржиться на помірну вагу, задишку при фізичному навантаженні. В минулому нічим не хворіла. Маса тіла – 108 кг, ріст – 160 см. Правильної статури, розподіл жирової клітковини рівномірне. Для лікування ожиріння призначають усе вказане, окрім:

- A. Стероїдних препаратів
- B. Розвантажувально-дієтичної терапії
- C. Дієти, багаті клітковиною
- D. Адипозину, ліпаміду
- E. ЛФК

60. Хворий С., 24 років, звернувся до лікаря зі скаргами на надмірну вагу. Повний з 13 років, коли почав поступово прибавляти у вазі. Захворювання ні з чим не пов'язує. В минулому нічим не хворів. У дієті мають перевагу мучні блюда. Маса тіла – 110 кг, зріст – 170 см. Правильної статури, розподіл жирової клітковини рівномірний. Шкіра нормального кольору і вологості. Попередній діагноз?

- A. Аліментарне ожиріння
- B. Гіпоталамічне ожиріння
- C. Адипозо-генітальна дистрофія
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Ні один з перелікованих

61. Хворий Д., 27 років, звернувся до лікаря зі скаргами на надмірну вагу. Повний з 14 років, коли почав поступово прибавляти у вазі. Захворювання ні з чим не пов'язує. В минулому нічим не хворів. У дієті мають перевагу мучні блюда. Маса тіла – 110 кг, зріст – 170 см. Правильної статури, розподіл жирової клітковини рівномірний. Шкіра нормального кольору і вологості. Для ожиріння правильними є усі твердження, окрім:

- A. Супроводжується розвитком гіпохромної анемії
- B. Часто порушення толерантності до вуглеводів
- C. Для лікування призначають гіпокалорійну дієту
- D. Часто розвивається жовчнокам'яна хвороба
- E. Спостерігається при гіперпродукції АКТГ

62. 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 уд/хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено. Наявні симптоми Хвостека, Труссо. Назвіть найбільш імовірну причину стану хворої:

- A. Гіпопаратиреоз
- B. Гіпотиреоз
- C. Тиреотоксична криза
- D. Гостра анемія
- E. Гіпоглікемія

63. Хвора З., 47 років, протягом 4 років зверталась до різних спеціалістів зі скаргами на слабкість у кінцівках, постійний біль у гомілкових м'язах та спині. На рентгенограмах кісток виявлено остеопороз, кісти, патологічні переломи. Рівень кальцію в крові підвищений. Назвіть клінічну форму гіперпаратиреозу у хворої:

- A. Кісткова

- В. Ниркова
- С. Шлунково-кишкова
- Д. Серцево-судинна
- Е. Легенева

64. У хворої на другий день після струмектомії з'явилися приступи судом. Які з названих препаратів рекомендовані при лікуванні гіпопаратиреозу?

- А. Препарати кальцію
- В. Препарати вітаміну Д
- С. Трансплантація прищитовидних залоз
- Д. Гідроксид алюмінію
- Е. Паратгормон

65. Хворий з післяопераційним гіпопаратиреозом постійно приймає глюконат кальцію в дозі 3 г на добу і рокалтрол 2 мкг 3 рази на добу. Останнім часом стан його погіршився - з'явилися поліурія, спрага, слабкість, головні болі, нудота, болі в животі, закріплення. Які з зазначених препаратів рекомендовані при лікуванні гіперкальціє-мічної кризи?

- А. Діуретики, глюкокортикоїди
- В. Паратгормон
- С. Сульфат або цитрат натрію
- Д. Натрієва сіль етилендіамінтетраоцетової кислоти
- Е. Гідроксид алюмінію

66. У хворого з гіперкальціємією неясного походження після призначення гідрокортизону в дозі 100 мг/добу на протязі 10 днів рівень кальцію в крові знизився до норми. При яких захворюваннях спостерігається нормалізація вмісту кальцію після проби з гідрокортизоном:

- А. Гіперпаратиреоз
- В. Гіпервітаміноз Д
- С. Саркоїдоз
- Д. Мієлома хвороба
- Е. Метастази пухлин в кістки

67. У хворого з псевдогіперпаратиреозом з'явилися нудота, блювання, різка м'язова слабкість, біль у животі. Рівень кальцію в крові – 3,5 ммоль/л. Які з перелікованих методів можуть бути використані для діагностики гіперпаратиреозу?

- А. Проба з гідрокортизоном
- В. Проба з гіпервентиляцією легень
- С. Проба з тiazидовими діуретиками
- Д. Томографія
- Е. Комп'ютерна томографія

68. Хворий Б., 37 років. Турбує ожиріння, слабкість, сонливість, головний біль, зниження потенції, які відзначає 3 роки після важкої ГРВІ. Об'єктивно: зріст 172 см, вага 108 кг. Відкладення жиру переважно на плечах, тулубі. Шкіра суха, з багряно-мармуровим малюнком. На плечах, грудях, стегнах багряно-синюшні смуги розтягнення. Пульс – 76 у хв, АТ - 160/102 мм рт. ст. Який тип ожиріння у хворого?

- А. Нейроендокринний
- В. Гіпооваріальний
- С. Аліментарно-конституційний
- Д. Церебральний
- Е. Ліпоматоз

69. Хворий Д., 45 років, турбує ожиріння, слабкість, сонливість, головний біль, зниження потенції. Об'єктивно – зріст 180 см, маса тіла – 120 кг. Відкладання жиру переважно на тулубі, плечах. Шкіра суха, на плечах, стегнах, грудях – багряно-синюшні смуги. Пульс – 76 уд/хв. АТ – 170/100 мм рт ст. Яке дослідження призначите для підтвердження діагнозу?

- A. Екскреція 17-КС і 17-ОКС з сечею
- B. Екскреція ВМК з сечею
- C. Основний обмін
- D. Дослідження сечі за Нечипоренком
- E. Рівень прогестерону в крові

70. Хвора 38 років, звернулася зі скаргами на різке збільшення маси тіла – 20 кг за 2 роки, головний біль, порушення місячних. Хворобу пов'язує з перенесеною РВІ.

Для підтвердження діагнозу доцільно:

- A. Визначити екскрецію 17-КС і 17-ОКС з сечею
- B. Записати ЕКГ
- C. Провести рентгенографію легенів
- D. Визначити рівень ВМК в сечі
- E. Провести внутрішньовенну телеграфію

71. Хворий М., 34 років, звернувся із скаргами на різке збільшення (30 кг за 2 роки), періодичні головні болі, зниження потенції. захворювання пов'язує із перенесеною РВІ. Об'єктивно: зріст 170 см, вага 114 кг. Відкладення жиру переважно грудях, животі, стегнах. На плечах, животі і стегнах стрії синюшного кольору. Тони серця приглушені, АТ - 162/96 мм рт. ст. Вторинні статеві ознаки і статеві органи розвинені добре. Аналіз крові і сечі без патологічних змін. Глікемія натще 7,6 ммоль/л.

Який діагноз є найбільш вірогідним у хворого?

- A. Хвороба Іценка-Кушінга
- B. Гпотироїдне ожиріння
- C. Гіпооваріальне ожиріння
- D. Ожиріння аліментарно-конституційного генезу
- E. Ліпоматоз

72. У жінки 40 років спостерігається ожиріння за чоловічим типом, порушення менструацій. На плечах, тулубі, стегнах багряно-ціанотичні смуги шкіри.

Який результат дослідження очікуєте отримати?

- A. Позитивна мала дексаметазонова проба
- B. Позитивна велика дексаметазонова проба
- C. Негативна проба з кортикотропіном
- D. Гіпоглікемія
- E. Анемія

73. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях, стегнах багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- A. Хвороба Іценка-Кушінга
- B. Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду
- C. Аліментарне ожиріння
- D. Гіпооваріальне ожиріння
- E. Гіпотироїдне ожиріння



74. Дівчина 15 років скаржиться на біль голови, зниження працездатності. Маса тіла 90 кг, зріст 176 см. АТ 160 і 90 мм рт.ст. На стегнах і передній поверхні живота багряні смуги розтягнень. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- A. Гіпоталамічний синдром
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Хвороба Іценко-Кушинга
- D. Аліментарно-конституційне ожиріння
- E. Синдром Штейна-Левенталя

75. Хвора Г., 17 р., при плановому обстеженні в поліклініці було вперше виявлене підвищення АТ до 150/100 мм.рт.ст. Скарж немає. Вага тіла надмірна (ІМТ=33,1). На животі, стегнах, грудях одиничні рожеві стрії. З боку внутрішніх органів без патології.

Ваш попередній діагноз?

- A. Пубертатно-юнацький диспітуїтаризм
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Вегетосудинна дистонія
- D. Аліментарне ожиріння
- E. Хвороба Іценко-Кушинга

76. Хворий 32 років. Турбує ожиріння, слабкість, сонливість, головний біль, зниження потенції, які відзначає 4 роки після важкої РВІ. Об'єктивно: зріст 171 см, вага - 106 кг. Відкладення жиру переважно на плечах, тулубі. Шкіра суха, з багряно-мармуровим малюнком. На плечах, грудях, стегнах багряно-синюшні смуги розтягнення. Пульс 76 у хв, АТ - 160/102 мм рт. ст. Який тип ожиріння у хворого?

- A. Нейроендокринний
- B. Гіпооваріальний
- C. Аліментарно-конституційний
- D. Церебральний

E. Ліпоматоз

77. Хворий Д., 45 років, турбує ожиріння, слабкість, сонливість, головний біль, зниження потенції. Об'єктивно: зріст - 180 см, маса тіла - 120 кг. Відкладання жиру переважно на тулубі, плечах. Шкіра суха, на плечах, стегнах, грудях - багряно-синюшні смуги. Пульс - 76 уд/хв. АТ - 170/100 мм рт. ст. Яке дослідження призначите для підтвердження діагнозу?

- A. Екскреція 17-КС і 17-ОКС з сечею
- B. Екскреція ВМК з сечею
- C. Основний обмін
- D. Дослідження сечі за Нечипоренком
- E. Рівень прогестерону в крові

78. Хвора 24 роки скаржиться на загальну слабкість, головний біль, періодичну сонливість, відсутність місячних, збільшення маси тіла. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом у важкій формі. Об'єктивно: зріст - 169 см, маса тіла - 89 кг. Розподілення підшкірножирової клітковини диспропорційне, переважно у верхній половині тулуба. Обличчя місяцеподібне. Ріст волосся на верхній губі, підборідді. Пігментація ший, ліктів. Ціаноз сідниць. На бокових поверхнях живота, стегнах багряно-червоні стрії. Ps - 76 уд/хв., ритмічний. АТ - 160/110 мм рт.ст. Тони серця послаблені, акцент II тону над аортою.

Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хвороба Іценка-Кушинга
- B. Синдром Кушинга
- C. Гіпоталамічний синдром по типу хвороби Іценка-Кушинга
- D. Пубертатний диспітуїтаризм
- E. Аліментарно-конституціональне ожиріння

79. Хворий О., 38 років, скаржиться на апатію, зниження пам'яті, головні болі, мерзлякуватість, відсутність апетиту, запори. Вказані скарги зростали поступово протягом 2 років. Вага збільшилася на 9 кг. Об'єктивно: шкіра бліда, холодна, обличчя гіпомімічне. Говорить повільно, язик збільшений, видно відбитки зубів. Щитовидна залоза і регіонарні лімфовузли не збільшені. Тони серця глухі, перкуторно границі розширені. АТ - 104/68 мм рт. ст. Пульс – 54 уд/хв. Ваш діагноз?

- А. Гіпотиреоз
- В. Тиротоксикоз
- С. Хронічний нефрит
- Д. Аліментарно-конституційне ожиріння
- Е. Хвороба Іценка-Кушинга

80. Хворий 45 років звернувся до лікаря з приводу ожиріння. Для лікування можуть бути призначені усі вказані засоби, окрім:

- А. Стероїдних препаратів
- В. Дієти, багатой клітковиною
- С. Розвантажувально-дієтичної терапії
- Д. Адипозину, ліпаміду
- Е. ЛФК

**Примітка:**

по ендокринології правильної відповіддю є пункт „А” у всіх задачах