

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

1. Перечислите неотложные состояния, наиболее часто встречающиеся в клинике эндокринных заболеваний:

- 1) диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома
- 2) гиперосмолярная кома
- 3) лактацидотическая кома
- 4) гипотиреоидная кома

2. Основные клинические признаки декомпенсации сахарного диабета все, кроме:

- 1) синдром полиурии-полидипсии
- 2) повышенный аппетит и повышенное потоотделение
- 3) усталость
- 4) мышечная слабость
- 5) запах ацетона

3. Назовите основную причину диабетического кетоацидоза:

- 1) абсолютный дефицит инсулина
- 2) грубое нарушение диеты
- 3) увеличение потребности в инсулине
- 4) потеря дозы или неправильное введение инсулина

4. Какие дополнительные тесты подтверждают наличие кетоацидоза, помимо определения ацетона в моче?

- 1) pH крови
- 2) уровень билирубина
- 3) все ответы правильные

5. Субфебрильная температура тела у больных в диабетической прекоме и коме свидетельствует:

- 1) о хорошей иммунной защите организма
- 2) о том, что причиной кетоацидоза является какая-то инфекция
- 3) обычная реакция организма в ответ на декомпенсацию сахарного диабета

6. О чем свидетельствует лейкоцитоз и сдвиг формулы влево в прекоме и диабетической коме?

- 1) признак инфекции
- 2) м.б. ответом на стресс и не всегда является показателем инфекции

7. Ваша тактика в случае комы и прекомы:

- 1) наблюдение в домашних условиях, коррекция действий по телефону
- 2) экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии на фоне внутривенного введения физиологического раствора, во избежание развития гиповолемического шока и коллапса

8. Признаком чего является нарастание лейкоцитоза на фоне регидратации у больного в прекоме и диабетической коме?

- 1) хорошей иммунной защиты
- 2) тяжести метаболических изменений
- 3) инфекции или острого воспалительного процесса

- 9. Перечислите лабораторные показатели, которые необходимы для мониторинга при выведении больного из диабетической прекомы и комы:**
- 1) ежечасное определение глюкозы крови.
 - 2) определение РН крови
 - 3) уровень электролитов крови (К, Na, Cl)
 - 4) определение АД
 - 5) уровень мочевины и креатинина
 - 6) всё вышеперечисленное
- 10. Как часто следует наблюдать больного в диабетическом кетоацидозе и коме?**
- 1) каждые 30-60 минут
 - 2) каждые 2 часа
 - 3) каждые 3 часа
- 11. Следует опасаться в первую очередь при выведении больного из диабетической прекомы и комы всего, кроме:**
- 1) гипотонии и коллапса
 - 2) гипокалиемии
 - 3) гиперкалиемии и острой гипоксии почек
 - 4) отека головного мозга
- 12. Как предпочтительно проводить инсулинотерапию в диабетической прекоме и коме?**
- 1) непрерывная инфузия инсулина короткого действия в/венно в дозе 0,1 ЕД/кг/час
 - 2) в/мышечное введение инсулина до устранения кетоацидоза
 - 3) подкожное введение 6-8 ЕД инсулина короткого действия 6 раз в сутки
- 13. Что свидетельствует об устранении кетоацидоза?**
- 1) исчезновение ацетона в моче
 - 2) нормализация РН в крови
- 14. Назовите причины отека легких при лечении диабетической комы:**
- 1) избыточное введение солевых растворов
 - 2) гипокалиемия
 - 3) быстрое снижение гликемии
- 15. Можно ли предсказать возможность отека мозга?**
- 1) да, можно
 - 2) нет клинических признаков, указывающих на высокий риск развития отека мозга
- 16. Причины лактацидотической комы:**
- 1) тяжелые инфекции, дающие гипоксию в ткани
 - 2) прием бигуанидов на фоне алкоголя
 - 3) тяжелые заболевания печени и почек
 - 4) всё вышеперечисленное
- 17. Представляет ли опасность часто повторяющиеся легкие гипогликемические реакции?**
- 1) нет, не представляют
 - 2) да, они вредны, поскольку способствуют развитию микроангиопатии и диабетической энцефалопатии

18. Как быстро нужно начинать лечебные мероприятия в случае развития гипогликемии?

- 1) можно не спешить, т.к. нужно убедиться, что это гипогликемия, подождать пока клиническая картина станет более четкой
- 2) нужно дождаться, когда придет ответ об уровне глюкозы крови
- 3) не следует ждать, даже при подозрении на гипогликемию, дать больному сладкое питье, или ввести глюкозу в/венно

19. Чем опасна затянувшаяся гипогликемическая кома?

- 1) развитие структурных изменений в ЦНС с последующей энцефалопатией
- 2) самой большой угрозой является отек мозга с летальным исходом
- 3) все ответы правильные

20. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются все, кроме:

- 1) высокая гипергликемия
- 2) гипонатриемия
- 3) повышение осмолярности крови

21. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается:

- 1) дыхание Куссмауля
- 2) запах ацетона изо рта
- 3) ацетонурия
- 4) неврологическая симптоматика
- 5) нормальный уровень сахара в крови

22. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:

- 1) дыханием Куссмауля, одышкой
- 2) выраженной артериальной гипертензией

23. Основные лабораторные критерии диабетического ацидоза все, кроме:

- 1) гипергликемия (более 14 ммоль/л)
- 2) метаболический ацидоз
- 3) наличие кетоновых тел в крови или моче
- 4) повышение уровня лактата (более 1,2 ммоль/л) и смещение соотношения лактат/пируват (более 10/1)
- 5) повышение дефицита анионов

24. Перечислите основные клинические признаки диабетического кетоацидоза в начальной стадии:

- 1) полиурия, полидипсия, слабость, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, сухость во рту, головная боль, запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- 2) тахикардия, глухость тонов, возможно нарушения ритма
- 3) увеличение печени и ее болезненность
- 4) отсутствие обезвоживания
- 5) отсутствие нарушений микроциркуляции

25. Что нужно делать, если на постоянной внутривенной инфузии инсулина, уровень гликемии не снижается?

- 1) увеличивают дозу инсулина вдвое
- 2) вводят дополнительно инсулин продленного действия

26. Можно ли прекратить инфузию инсулина при нормализации показателей гликемии в условиях ацидоза?

- 1) нет, нужно уменьшить дозу внутривенной инфузии инсулина приблизительно вдвое
- 2) да

27. Как долго должна продолжаться внутривенная инфузия инсулина?

- 1) до нормализации гликемии
- 2) до устранения кетоацидоза
- 3) до снижения гликемии до 13 ммоль/л

28. Допустимая скорость снижения гликемии при выведении из диабетической комы:

- 1) не более 3,5-4 ммоль/л в час
- 2) 10 ммоль/л в час

29. Какая из стадий кетоацидоза не соответствует действительности?

- 1) стадия умеренного кетоацидоза
- 2) стадия пролонгированного кетоацидоза
- 3) стадия кетоацидотической прекомы
- 4) стадия кетоацидотической комы

30. Какие осложнения возможны на фоне лечения диабетической прекомы и комы?

- 1) гиповолемический шок (падение АД, коллапс)
- 2) развитие и прогрессирование инфекции (сепсис)
- 3) отек легких
- 4) отек мозга
- 5) всё вышеперечисленное