Тесты к вступительным экзаменам в клиническую ординатуру по специальности «нефрология»

1. В норме ворота почек расположены:

1. На уровне X– XIгрудных позвонков

2. На уровне XI – XII грудных позвонков

3. На уровне I – II поясничного позвонка

4. На уровне III – IV поясничного позвонка

5. У женщин выше, чем у мужчин

1. Почечную ножку образуют:

1. Мочеточник и почечная артерия

2. Почечнаяартерия и вена

3. Почечная вена и мочеточник

4. Мочеиспускательный канал

5. Мочеточник, почечная артерия и вена

1. Простогландины вызывают:

1. Вазодилятацию и стимуляцию секреции вазопрессина

2. Депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина

3. Вазодилятацию и стимуляцию синтеза урокиназы

4. Депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ

5. выраженный спазм почечных артерий

1. Почки принимают участие в:

1. продукции катехоламинов

2. углеводном обмене

3. выработке инсулина

4. синтезе адипонектина

5. синтезе лептина

1. В практической нефрологии скорость клубочковой фильтрации обычно определяют по клиренсу:

1. мочевины

2. глюкозы

3. электролитов

4. креатинина

5. альбумина

1. Эритропоэтин вызывает:

1. Катаболический эффект

2. Эритропоэтическую порфирию

3. Угнетение эритропоэза и катаболический эффект

4. Сокращение жизни эритроцита

5. Гиперхолестеринемию

1. Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:

1. синдроме Альпорта

2. поликистозе почек

3. реноваскулярной гипертонии

4. вторичном амилоидозе

5. медуллярной кистозной болезни

1. Критериями нефротического синдрома являются:

1. протеинурия 1 г/ сутки, отеки, гиперхолестеринемия

2. протеинурия 3,5 г/ сутки, гипо- и диспротеинемия

3. Отеки, гематурия, артериальная гипертония

4. гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертония

5. отеки, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия

1. Наиболее часто нефротический синдром развивается при:

1. амилоидозе почек

2. люпус – нефрите

3. Сахарном диабете

4. хроническом гломерулонефрите

5. миеломной болезни

1. Общий анализ крови способствует установлению:

1. хронического гломерулонефрита

2. хронического пиелонефрита

3. амилоидоза почек

4. люпус – нефрита

5. не имеет самостоятельного дифференциально – диагностического значения

1. В пожилом возрасте происходит:

1. повышение клубочковой фильтрации

2. понижение клубочковой фильтрации

3. сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне

4. понижение клубочковой фильтрации только у мужчин

5. понижение клубочковой фильтрации только у женщин

1. С помощью обзорной рентгенографии почек врач может оценить:

1. деформации почечных чашечек

2. местоположение почек

3. рентген-негативные конкременты в мочеточниках

4. рентген-негативные конкременты в почечных лоханках

5. аномалии развития сосудов почек

1. Выберите функциональные протеинурии:

1. ортостатическая протеинурия

2. лихорадочная протеинурия

3. протеинурия напряжения

4. протеинурия переполнения

5. микроальбуминурия

1. Выделите нефропатии, характеризующиеся тяжелым легочно – почечным синдромом с почечно – легочной недостаточностью

1. ВИЧ – нефропатия с пневмоцистной интерстициальной пневмонией

2. гранулематоз Вегенера

3. синдром Гудпасчера

4. волчаночный нефрит

5. алкогольный Ig А – нефрит

1. Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие:

1. стафилококковой инфекции

2. вирусной инфекции

3. стрептококковой инфекции

4. инфицирования кишечной палочкой

5. инфицирования другими бактериями

1. При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается:

1. гиперстенурия

2. изостенурия

3. гипостенурия

4. гипостенурия при высокой протеинурии

5. гипостенурия при низкой протеинурии

1. У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль:

1. за креатинином

2. за форменными элементами крови

3. за холестерином

4. за ЭКГ

5. за состоянием прозрачных сред глаза

1. Для подострого гломерулонефрита гематурия:

1. характерна

2. не характерна

3. зависит от уровня артериального давления

4. зависит от уровня протеинурии

5. наблюдается только при гиперхолестеринемии

1. В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанный нефрит» соответствует сочетание:

1. гематурии и отеков

2. гипертензии и нефротического синдрома

3. гематурии и артериальной гипертензии

4. нефротического синдрома и гематурии

5. любых двух синдромов

1. Артериальная гипертензия наиболее характерна:

1. для липоидного нефрита

2. для мембранозной нефропатии

3. для болезни Берже

4. для мезангиопролиферативного нефрита

5. для мезангиокапиллярного нефрита

1. Наиболее быстрое прогрессирование нефрита характерно:

1. для латентного нефрита

2. для нефротической формы нефрита

3. для смешанной формы нефрита

4. для гипертонической формы нефрита

5. для гематурической формы нефрита

1. При гематурической форме гломерулонефрита, проявляющейся эпизодами изолированной макрогематурии, следует:

1. воздержаться от терапии

2. назначить индометацин

3. назначить преднизолон

4. назначить цитостатики

5. назначить 4- компонентную схему

1. Основным показанием к лечению 4- компонентной схемой является:

1. изолированный нефротический синдром

2. злокачественная артериальная гипертония

3. выраженная активность гломерулонефрита

4. длительное течение нефрита

5. выраженная гематурия

1. Терапия гепарином при хроническом гломерулонефрите требует постоянного наблюдения:

1. за временем кровотечения

2. за временем свертывания

3. за уровнем протромбина

4. за скоростью фибринолиза

5. за уровнем тромбоцитов

1. Показания для проведения «пульс – терапии» метипредом являются:

1. низкая степень активности почечного процесса

2. латентная форма гломерулонефрита

3. вторично-сморщенная почка

4. криз отторжения трансплантата

5. цирроз печени

1. Терапия стероидами наиболее эффективна:

1. при хроническом нефрите гипертонического типа

2. при хроническом нефрите латентного течения

3. при амилоидозе с поражением почек

4. при активном волчаночном нефрите

5. при терминальном нефрите

1. Острый пиелонефрит наиболее часто вызывается:

1. кишечной палочкой

2. протеем

3. синегнойной палочкой

4. стафилококком

5. энтерококком

1. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является:

1. сдавление мочеточников увеличенной маткой

2. понижение реактивности организма

3. дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки

4. анемия беременных

5. повышение уровня эстрогенов

1. Хронический пиелонефрит чаще вызывается:

1. кишечной палочкой

2. L – формами бактерий

3. микоплазмой

4. протеем

5. синегнойной палочкой

1. В этиологии хронического пиелонефрита ведущая роль принадлежит:

1. наследственному генетическому фактору

2. вирулентности микроорганизмов

3. уростазу

4. нерациональной терапии острого пиелонефрита

5. аутоагрессии

1. Для выявления бактериурии целесообразно исследование:

1. ночной мочи

2. утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря

3. мочи, взятой в любое время суток

4. мочи, взятой катетером

5. мочи, полученной после промывания антисептиком

1. Для нефротического синдрома обязательным является:

1. боли в пояснице

2. повышение температуры тела

3. ознобы

4. гипергликемия

5. гиперхолестеринемия

33.Стабильное повышение артериального давления у больного хроническим пиелонефритом:

1. может иметь место

2. не встречается

3. встречается только при нарушении функции почек

4. только при длительности заболевания свыше 3 лет

5. только при длительности заболевания свыше 5 лет

1. Для установления диагноза пиелонефита наиболее важным является:

1. лейкоцитурия

2. значимая бактериурия

3. нефроптоз

4. наличие выраженного гидрокаликоза

5. гиперкалиемия

1. При лечении пиелонефрита беременных предпочтительней назначение:

1. антибиотиков тетрациклинового ряда

2. аминогликозидов

3. цефалоспоринов

4. полусинтетических пенициллинов

5. фторхинолонов

1. У больного, страдающего хроническим пиелонефритом и простатитом наиболее целесообразна терапия:

1. 5- НОК

2. бисептолом

3. невиграмоном

4. ампицилином

5. цефазолином

1. К развитию интерстициального нефрита наиболее часто приводят:

1. антибиотики

2. гипотензивные средства

3. диуретики

4. сердечные гликозиды

5. ганглиоблокаторы

1. Анальгетическая нефропатия лекарственной этиологии чаще всего вызывается длительным приемом:

1. анальгетиков

2. гипотензивных средств

3. ферментных препаратов

4. седативных средств

5. диуретиков

1. В патогенезе хронического интерстициального нефрита ведущую роль играет:

1. инфекция

2. отложение иммунных комплексов

3. нарушение кровообращения в сосудах почек

4. ожирение

5. наличие гломерулонефрита

1. Наиболее характерными признаками хронического интерстициального нефрита являются:

1. умеренная протеинуря, гематурия

2. отеки, артериальная гипертония, гипоизостенурия

3. полиурия, полидипсия, анемия

4. полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия

5. полиурия, полидипсия, протеинурия более 3г в сутки

1. Поражения почек при гипертонической болезни наблюдается:

1. постоянно

2. постоянно только у молодых лиц, у пожилых не встречается

3. постоянно только у пожилых лиц, у молодых не встречается

4. непостоянно

5. вообще не наблюдается

1. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются:

1. первично- сморщенная почка

2. пиелонефрит

3. стеноз почечных артерий

4. вторично- сморщенная почка

5. стеноз почечных вен

1. Поражение почек при бактериальном эндокардите может характеризоваться:

1. деформацией почечных лоханок

2. очаговым нефритом

3. поликистоз почек

4. первичное сморщивание почек

5. аномалия развития почечных сосудов

1. Поражение почек при бактериальном эндокардите обусловлено:

1. иммунологическими факторами

2. бактериальными тромбами

3. нарушением свертывания крови

4. непосредственным действием микробов

5. жировой дегенерацией паренхимы почек

1. Для тромбоза почечных вен характерно:

1. гипертриглицеридемия

2. следы белка в моче

3. гипертстенурия

4. олигурия

5. полиурия

1. Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является:

1. диффузный волчаночный гломерулонефрит

2. очаговый волчаночный гломерулонефрит

3. мембранозно – пролиферативный гломерулонефрит

4. мембранозный гломерулонефрит

5. интерстициальный нефрит

1. Для быстропрогрессирующего волчаночного нефритахарактерно:

1. протеинурия от 50 мкг/л до 1 г/л

2. нефротический синдром

3. гипотония

4. медленное снижение функции почек

5. протеинурия до 50 мкг/л

1. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить:

1. с острым пиелонефритом

2. с хроническим циститом

3. с экстракапиллярным нефритом

4. с констриктивнымперикардитом

5. с опухолью мочевого пузыря

1. Для лечения активного волчаночного нефрита применяются в основном:

1. антибиотики

2. иммуностимуляторы

3. стероиды и цитостатики

4. аминохинолиновые препараты

5. нестероидные противовоспалительные препараты

1. Для клинической картины системной склеродермии, помимо поражения почек, наиболее характерно:

1. синдром Бругада

2. поликистоз яичников

3. эмфизема легких

4. поражение нервной системы

5. гиперметропия

1. При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является:

1. гематурия

2. артериальная гипертония

3. ретинопатия

4. сохранение функции почек

5. энцефалопатия

1. Помимо поражения почек по типу гломерулита при узелковом периартериите могут встречаться:

1. поликистоз почек

2. разрывы почек

3. гипостенурия

4. регтген-позитивные конкременты

5. регтген-негативные конкременты

1. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать:

1. от нефрита Бурже

2. от острого гломерулонефрита

3. от хронического гломерулонефрита нефротической формы

4. от хронического гломерулонефрита гипертонической формы

5. от хронического цистита

1. В развитии диабетического гломерулосклероза играют роль иммунные механизмы:

1. при диабете 1 типа

2. при диабете 2 типа

3. не играют роли вообще

4. придиабете 1 и 2 типа

5. при диабете беременных

1. При сахарном диабете течение пиелонефрита:

1. всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями

2. может носить бессимптомный характер

3. всегда приводит к развитию артериальной гипертонии

4. всегда носит циклический характер

5. сопровождается нефротическим синдромом

1. Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является:

1. артериальная гипертония

2. протеинурия до 0,5 г\л

3. микроальбуминурия

4. снижение удельного веса мочи

5. отеки голеней

1. Простые (солитарные) кисты чаще образуются:

1. из клубочков

2. из проксимальных канальцев

3. из дистальных канальцев

4. из осумкованных отделов интерстиция

5. из почечных лоханок

1. Поликистозной болезнивзрослых могут сопутствовать:

1. калькулез почек

2. острый пиелонефрит

3. артериальная гипотония

4. ревматоидный артрит

5. дискинезия желчевыводящих путей

1. При поликистозной болезни взрослых боли могут быть обусловлены:

1. разрывом Глиссоновой капсулы

2. сужением полости кисты и капсулы селезенки

3. сдавлением кистой собирательной системы

4. калькулезом желчного пузыря

5. расширением полости кисты и капсулы селезенки

1. У больного хронической почечной недостаточностью наиболее медленное повышение концентрации креатинина плазмы наблюдается:

1. при хроническом гломерулонефрите

2. при хроническом пиелонефрите

3. при поликистозе почек

4. при люпус – нефрите

5. при медуллярной кистозной болезни почек

1. Почечный канальцевый ацидоз характеризуется:

1. гиперхлоремическим алкалозом

2. щелочной реакцией мочи

3. снижением экскреции бикарбонатов

4. повышением экскреции ионов аммония

5. умеренной гипостенурией

1. При кальциевом нефролитиазе следует назначать диету с ограничением:

1. пуринов

2. кальция

3. фосфата

4. оксалатов

5. животных жиров

1. Вторичный амилоидоз может развиться:

1. при закрытоугольной глаукоме

2. при псориатическом артрите

3. при воспалительных заболеваниях кишечника

4. при остром высокогорном отеке легких

5. при остром высокогорном отеке мозга

1. Бета- 2 – микроглобулин является сывороточным предшественником:

1. амилоидоза при гемодиализе

2. амилоидоза при миеломе

3. старческого амилоидоза

4. локального амилоидоза

5. ишемического инсульта

1. Нефротический синдром при амилоидозе:

1. легко купируется стероидами

2. сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

3. встречается редко

4. исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

5. легко купируется цитостатиками

1. Поражение желудочно- кишечного тракта при амилоидозе проявляется:

1. увеличением языка

2. синдромом нарушения пищеварения

3. гипертонусом кишечника

4. образованием тромбов в левом предсердии

5. дисменореей

1. Для диагностики амилоидоза наиболее информативна биопсия:

1. слизистой десны

2. подкожной жировой клетчатки

3. слизистой прямой кишки

4. почки

5. печени

1. Для подтверждения диагноза миеломы с поражением почек наиболее целесообразно проведение:

1. биопсии почки

2. артериографии почки

3. компьютерной томографии

4. ультразвукового исследования почек

5. иммуноэлектрофореза белков сыворотки

1. Под понятием «миеломная почка» подразумевается

1. гиперкальциемия с нефрокальцинозом

2. амилоидоз клубочков

3. нефросклероз

4. обструкция канальцев белковыми цилиндрами

5. инфильтрация почки плазматическими клетками

1. При амилоидозе почек кортикостероиды

1. замедляют течение амилоидоза

2. потенцируют процесс

3. не влияют на скорость течения процесса

4. способствуют гиперхолестеринемии

5. способствуют артериальной гипотонии

1. Причиной преренальной острой почечной недостаточности является

1. влияние нефротоксических веществ

2. острая урогенная инфекция

3. обструкция канальцев кристаллами

4. внезапное падение почечного кровотока

5. конкременты мочевыводящих путей

1. Ренальная острая почечная недостаточность развивается

1. при травматическом шоке

2. при действии нефротоксических веществ

3. внезапное падение почечного кровотока

4. при поражении сосудов почек

5. при обструкции мочевых путей

1. Постренальная острая почечная недостаточность развивается

1. при травматическом шоке

2. при действии нефротоксических веществ

3. внезапное падение почечного кровотока

4. при поражении сосудов почек

5. при обструкции мочевых путей

1. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности являются

1. гломерулонефрит

2. папиллярный некроз

3. тубулярный некроз

4. поражение интерстиция

5. конкременты мочевыводящих путей

1. Острая почечная недостаточность без желтухи возникает

1. при отравлении грибами

2. при вливании несовместимой по группе крови

3. при лептоспирозе

4. при энтеробиозе

5. при остром гломерулонефрите

1. Гемолитико- уремический синдром вызывается

1. массивным гемолизом

2. внутрисосудисым свертыванием крови

3. шоком

4. отравлением бледной поганкой

5. отравлением нитратами

1. Острая почечная недостаточность чаще развивается при применении

1. пенициллинов

2. макролидов

3. тетрациклинов

4. аминогликозидов

5. цефалоспоринов

1. Возможная продолжительность олигурии при отрой почечной недостаточности составляет

1. несколько минут

2. несколько часов

3. от нескольких часов до нескольких недель

4. 1-2 недели

5. 1-2 месяца

1. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется

1. увеличение удельного веса мочи

2. полиурией

3. изостенурией

4. олигоурией

5. никтурией

1. В стадии восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

1. гипергидратация

2. гипокалиемия

3. отек легких

4. отек мозга

5. уремический перикардит

1. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

1. отек легких

2. повышение уровня адипонектина

3. гипокалиемия

4. дегидратация

5. гиперлептинемия

1. Критерием наличия умеренной гиперкалиемии является

1. калий плазмы 5,5- 6,5 при отсутствии изменений ЭКГ

2. калий плазмы 5,5 – 6,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ

3. калий плазмы 6,5 – 7,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QР на ЭКГ

4. исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ

5. исчезновение зубца R и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ

1. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленной коррекции, является

1. повышение концентрации мочевины крови

2.повышение содержания креатинина в крови

3. гиперфосфатемия

4. гиперкалиемия

5. гиперурикемия

1. Причиной мышечной слабости при острой почечной недостаточности является

1. увеличение внеклеточного инсулина

2. гиперкальциемия

3. гиперкалиемия и метаболический ацидоз

4. увеличение в крови адипонектина

5. снижение в крови адипонектина

1. Причиной дыхательной недостаточности в раннем периоде ОПН становится

1. снижение сердечного выброса

2. избыток жидкости и артериальная гипертензия

3. нарушение газового обмена, увеличение проницаемости капилляров легких, «дисстресс- синдром»

4. повышение сердечного выброса

5. избыток мочевой кислоты

1. На 1-ом месте в этиологии хронической почечной недостаточности стоит

1. хронический пиелонефрит

2. хронический гломерулонефрит

3. гипертоническая болезнь

4. системные заболевания

5. сахарный диабет

1. «Уремическим токсином»является

1. грелин

2. лептин

3. адипонектин

4. холестерин

5. билирубин

1. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует

1. артериальная гипертензия

2. анемия

3. перегрузка жидкостью и натрием

4. высокий уровень липидов плазмы

5. низкий уровень липидов плазмы

1. Содержание ренина плазмы у больных с тяжелой ХПН и неконтролируемой гипертонией

1. умеренно понижено

2. повышено

3. не изменено

4. значительно снижено

5. закономерности не отмечается

1. Стойкая гипертония при ХПН может быть обусловлена

1. снижением выработки ренина

2. наличием «солетеряющей» почки

3. миокардитом

4. гиперкоагуляцией

5. гипокоагуляцией

1. Причиной уменьшения длительности жизни эритроцитов при ХПН является

1. продукция измененных эритроцитов

2. Уремическое окружение

3. понижение образования эритропоэтина

4. гипертриглицеридемия

5. гипергликемия

1. Наиболее ранним клиническим признаком ХПН является

1. гиперкалиемия

2. тошнота, рвота

3. повышение артериального давления

4. никтурия

5. гипокальциемия

1. Общее количество калия в организмепри ХПН

1. повышается

2. понижается

3. не меняется

4. меняется в зависимости от артериального давления

5. не закономерно

1. Уровень паратгормона при ХПН как правило

1. повышен

2. понижен

3. нормален

4. зависит от рН

5. зависит от артериального давления

1. Критериями обострения заболевания у больных с ХПН являются

1. ослабление гипертензии

2. исчезновение отеков

3. быстрое повышение уровня креатинина

4. повышение скорости клубочковой фильтрации

5. снижение общего холестерина

1. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при ОПН является

1. анурия

2. высокая гипертония

3. повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв\ л

4. повышение уровня калия сыворотки до 800 мкмоль\л

5. развитие перикардита

1. При гемодиализе возможны следующие осложнения

1. артериальная гипертония

2. синдром Гудпасчера

3. острое кровотечение, активация коплемента

4. гиперметропия

5. ожирение

1. Умеренную гиперкалиемию при ОПН возможно корригировать введением растворов

1. солей кальция

2. гидрокарбоната натрия

3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином

4. гипертонического раствора

5. физиологического раствора

1. При консервативном лечении острой почечной недостаточности применяется диета

1. богатая белками

2. фруктово- овощная

3. обезжиренная

4. углеводно- жировая

5. малобелковая

1. Больные с пересаженной почкой и отсутствием признаков отторжения трансплантата, сохранной его функцией и отсутствием осложнений терапии признаются

1. инвалидами 1-й группы

2. инвалидами 2-й группы

3. инвалидами 3-й группы

4. полностью трудоспособными

5. полностью нетрудоспособными

1. Для нефротического синдрома обязательным является:

1. боли в пояснице

2. гипоальбуминемия

3. ознобы

4. следы белка в моче

5. гипохолестеринемия

1. Для пациентов с острым гломерулонефритом в анамнезе характерно:

1. дифтерия

2. корь

3. ветряная оспа

4. скарлатина

5. переломы конечностей

1. При остром гломерулонефрите наиболее характерны изменения в анализе мочи:

1. гипостенурия

2. гипоизостенурия

3. неизмененные эритроциты сплошь, не поддаются счету

4. единичные неизмененные эритроциты

5. эритроциты измененные

1. К типичным проявлениям острого гломерулонефрита относятся:

1. значительная протеинурия;

2. асимметричные боли в поясничной области;

3. гематурия, артериальная гипертензия, отеки;

4. высокая температура с ознобами и потливостью;

5. дизурия, никтурия.

1. Для острого неосложненного гломерулонефрита характерны следующие синдромы:

1. интоксикационный, лихорадочный;

2. дизурический, болевой;

3. нефротический, нефритический, гипертензионный;

4. ОПН, анемия на фоне массивного почечного кровотечения;

5. острая сердечная недостаточность, почечная эклампсия.

1. К осложнениям острого гломерулонефрита относят:

1. ТЭЛА;

2. массивное почечное кровотечение;

3. острая правожелудочковая недостаточность;

4. острое почечное повреждение;

5. респираторный дистресс синдром.

106. Глюкокортикстероиды показаны при:

1. отеках;
2. наличии нефротического синдрома;
3. артериальной гипертонии;
4. макрогематурии;
5. длительной лихорадке.

107. Основным этологическим фактором развития острого гломерулонефрита является:

1. стафилококк;
2. клебсиелла;
3. бета-гемолитический стрептококк группы А;
4. синегнойная палочка;
5. пневмококк.

108. К иммунологическим сдвигам при остром постстрептококковом гломерулонефрите относятся:

1. высокие титры антител к антигенам стрептококка и низкий уровень комплемента;
2. повышение титра почечных аутоантител;
3. наличие антинуклеарных антител;
4. высокий уровень комплемента;
5. снижение уровня комплемента.

109. В какой срок после перенесенной инфекции характерно развитие острого гломерулонефрита:

1. 10-14 дней;

2. 3-4 дня;

3. неделя;

4. месяц;

5. 2 месяца.

110. При остром гломерулонефрите показано:

1. ограничение хлорида натрия ;

2. увеличение потребления хлорида натрия;

3. увеличение количества потребляемой жидкости;

4. повышение потребления К+-содержащих продуктов;

5. голодание.

111. Для острого постстрептококкового гломерулонефрита характерен следующий механизм повреждения клубочков:

1. выработка антител к базальной мембране клубочков;
2. повреждение клубочков циркулирующими иммунными комплексами;
3. появлением антител к тубулярной базальной мембране;
4. накоплением Ig А в клубочках;
5. образованием антител к цитоплазме нейтрофиллов.

112. К признакам характерным для мочевого синдрома при ОГН относят:

1. массивная протеинурия;
2. лейкоцитурия и бактериурия;
3. гематурия и протеинурия;
4. наличие в моче клеток Штернгеймера-Мальбина и зернистых цилиндров;
5. гипоизостенурия.

113. Наиболее характерными признаками острого постстрептококкового гломерулонефрита являются:

1. лихорадка и асимметричные боли в пояснице;
2. гематурия и повышение АД;
3. анемия и общая слабость;
4. частое и болезненное мочеиспускание;
5. бактериурия и помутнение мочи.

114. К признакам характерным для мочевого синдрома при ОГН относят:

1. макрогематурия;

2. никтурия;

3. полиурия;

4. дизурические явления;

5. гипоизостенурия.

115. К осложнениям острого гломерулонефрита относят:

1. легочная гипертензия;
2. хроническая почечная недостаточность;
3. образование мочевых камней;
4. гепаторенальный синдром;
5. железодефицитная анемия.

116. Цитостатики при ОГН показаны при:

1. бытропрогрессирующем гломерулонефрите;

2. выраженной гематурии;

3. изолированной протеинурии;

4. снижении уровня С4 компонента комплемента;

5. высокой СОЭ.

117. Исследования позволяющие подтвердить наличия стрептококковой инфекции:

1. реакция Валлер Роуз;
2. АСЛО;
3. гемокультура;
4. пункционная биопсия почки;
5. общий анализ кала.

118. К иммунологическим сдвигам при остром постстрептококковом гломерулонефрите относятся:

1. снижение уровня IgA;
2. повышение титра IgG;
3. наличие антинуклеарных антител;
4. высокий уровень комплемента;
5. высокие титры антител к ДНК-азе.

119. Какой из лабораторных параметров дает информацию о активности иммунновоспалительного процесса при ОГН?

1. суточная протеинурия;

2. АСЛО;

3. холестерин;

4. уровень лейкоцитурии;

5. плотность мочи.

120. При остром гломерулонефрите наиболее важным является:

1. строгая безбелковая диета;

2. строгое ограничение калия;

3. строгое ограничение жидкости;

4. строгое ограничение натрия;

5. высокобелковая диета.

121. Для острого постстрептококкового гломерулонефрита характерен следующий механизм повреждения клубочков:

1. выработка антител к базальной мембране клубочков;

2. повреждение клубочков циркулирующими иммунными комплексами;

3. появлением антител к тубулярной базальной мембране;

4. накоплениемIg А в клубочках;

5. образованием антител к цитоплазме нейтрофиллов.

122. Показанием для биопсии почки является:

1. неконтроллируемая артериальная гипертензия;

2. массивная лейкоцитурия;

3. нефротический синдром;

4. мочевой синдром;

5. гипоизостенурия.

123. К обязательным клиническим проявлениям гломерулонефрита относится:

1. протеинурия;

2. лейкоцитурия;

3. гематурия;

4. лихорадка;

5. боли в поясничной области.

124. Методом количественной оценки потери белка с мочой является:

1. анализ по Нечипоренко;

2. общий анализ мочи;

3. суточная протеинурия;

4. проба по Зимницкому;

5. проба Реберга Тареева.

125. К осложнениям гломерулонефрита относят:

1. образование почечных камней;

2. почечное кровотечение;

3. развитие портальной гипертензии;

4. тромбозы сосудов;

5. респираторный дистресс синдром.

126. Глюкокортикстероиды показаны при:

1. отеках;
2. наличии нефротического синдрома;
3. артериальной гипертонии;
4. макрогематурии;
5. лейкоцитурии.

127. Глюкокортикстероиды противопоказаны при:

1. необратимом снижении СКФ ниже 30 мл/мин;
2. наличии нефротического синдрома;
3. необратимом снижении СКФ ниже 45 мл/мин;
4. макрогематурии;
5. артериальной гипертензии.

128. «Золотым стандартом» диагностики гломерулонефрита является:

1. определение СКФ методом расчета по цистатину С;
2. определение суточной протеинурии;
3. проведение пробы Аддиса-Каковского;
4. проведение нефробиопсии;
5. расчет СКФ по формуле EPI.

129. Для IgA нефропатии из нижеперечисленного характерно:

1. рецидивирующая гематурия;
2. стойкая лейкоцитурия;
3. массивная протеинурия;
4. отсутствие отложения иммунных комплексов;
5. сочетание с люпус-нефритом.

130. Какой цитостатик назначается при быстропрогрессирующем гломерулонефрите?

1. циклоспорин А;
2. мофетила микофенолат;
3. микофеноловая кислота;
4. метилпреднизолон;
5. циклофосфамид.

131. Какой цитостатик назначается при быстропрогрессирующем гломерулонефрите?

1. циклоспорин А;
2. мофетила микофенолат;
3. микофеноловая кислота;
4. метилпреднизолон;
5. циклофосфамид.

132. Какаой из перичисленных морфологических вариантов гломерулонефрита отличается неблагоприятным прогнозом и рецидивом в пересаженной почке?

1. фокально-сегментарный гломерулосклероз;
2. мембранозная нефропатия;
3. IgA нефропатия;
4. болезнь минимальных изменений;
5. постстрептококковый гломерулонефрит.

133. Какие изменения характерны для острого тубулоинтерстициального нефрита:

1. лейкоцитурия, глюкозурия, протеинурия;
2. бактериурия, кристаллурия, гематурия;
3. массивная гематурия, протеинурия, гипоальбуминемия;
4. гиперстенурия, полиурия, бактериурия;
5. массивная протеинурия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия.

134. Для острого тубулоинтерстициального нефрита характерно:

1. токсическое повреждение канальцев;

2. иммунновоспалительное повреждение клубочков;

3. развитие фокального гломерулосклероза;

4. иммунновоспалительное повреждение канальцев;

5. отсутствие изменений в моче.

135. При остром тубулоинтерстициальном нефрите характерно появление:

1. болей в груди, одышки;

2. экзантемы, артралгии;

3. диареи;

4. гипергликемии, глюкозурии;

5. нарушений коагуляции.

136. Для анальгетической нефропатии характерно:

1. прогрессирующее снижение СКФ;

2. сохранение нормальных размеров почек;

3. появление в моче белка Бенс-Джонса;

4. выраженные нарушения водно-электролитного баланса;

5. персистирующая бактериурия.

137. Наиболее нефротоксичными являются следующие препараты:

1. амоксициллин, метронидазол;
2. тетрациклин, доксициклин;
3. канамицин, гентамицин;
4. бисопролол, каптоприл;
5. фамотидин, хлорпирамин.

138. Наиболее нефротоксичными являются следующие препараты:

1. амоксициллин, метронидазол;
2. тетрациклин, доксициклин;
3. канамицин, гентамицин;
4. бисопролол, каптоприл;
5. фамотидин, хлорпирамин.

139. К проявлениям тубулоинтерстициальной нефропатии относят:

1. гипоизостенурия;
2. бактериурия;
3. ацидоз;
4. метаболический алкалоз;
5. гиперлипидемия.

140. При остром тубулоинтерстициальном нефрите (ОТИН) показано:

1. отмена лекарственного препарата (биодобавки, фитопрепарата), вызвавшего ОТИН;

2. антикоагулянты;

3. рутинное назначение преднизолона;

4. пульс терапия циклофосфаном;

5. антибиотики из группы макролидов.

141. Для анальгетической нефропатии характерно:

1. суммарнаядоза парацетамола >1000г;

2. суммарнаядоза парацетамола >500г;

3. суммарнаядоза парацетамола >100г;

4. суммарнаядоза парацетамола >10г;

5. суммарнаядоза парацетамола >1г.

142. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита является:

1. стафилококк;
2. бета-гемолитический стрептококк группы А;
3. кишечная палочка;
4. шигеллы;
5. протей.

143. Основной механизм проникновения возбудителя в почечную лоханку:

1. гематогенный;
2. лимфогенный;
3. восходящий;
4. нисходящий;
5. контактный.

144. Ведущими синдромами при обострении хронического пиелонефрита являются:

1. дизурический и мочевой;
2. остронефритический;
3. нефротический;
4. острой почечной недостаточности и мочевой;
5. хронической почечной недостаточности и мочевой.

145. Наиболее чувствительный метод для определения бактериурии это:

1. общий анализ мочи;
2. моча по Нечипоренко;
3. проба по Зимницкому;
4. поточная цитометрия;
5. бактериологический посев мочи.

146. В качестве эмпирической терапии при неосложненном пиелонефрите используется:

1. аминогликозиды;
2. бета-лактамы/цефалоспорины;
3. макролиды;
4. фторхинолоны;
5. нитрофураны.

147. В качестве эмпирической терапии при осложненном пиелонефрите используется:

1. аминогликозиды;
2. бета-лактамы/цефалоспорины;
3. макролиды;
4. фторхинолоны;
5. нитрофураны.

148. Минимальная длительность терапии ципрофлоксацином при неосложненном пиелонефрите:

1. три дня;
2. пять дней;
3. семь дней;
4. четырнадцать дней;
5. двадцать дней.

149. Для выявления нарушений уродинамики проводится:

1. экскреторная урография;
2. мультиспиральная компьютерная томография почек;
3. магнитно-резонансная томография с контрастированием гадолинием;
4. цистоскопия;
5. проба Реберга-Тареева.

150. Фактором риска развития пиелонефрита является:

1. коронарная болезнь сердца;
2. сахарный диабет;
3. желчекаменная болезнь;
4. гломерулонефрит;
5. хроническая почечная недостаточность.

151. К мерам вторичной профилактики пиелонефрита относят:

1. контроль бактериурии;
2. контроль СКФ;
3. контроль размеров почек на УЗИ;
4. назначение антибиотиков повторными курсами;
5. профилактический прием фторхинолонов.

152. Олигоурия это уменьшение суточного диуреза:

1. менее 1000 мл;
2. менее 0.8 мл/кг/ч за 24 часа;
3. менее 0.6 мл/кг/ч за 24 часа;
4. менее 750 мл;
5. менее 500 мл.

153. При прогрессировании ХБП характерно:

1. снижение уровня калия в крови;
2. снижение уровня глюкозы крови;
3. повышение уровня тиреотропного гормона;
4. повышение уровня паратгормона;
5. повышение уровня натрия в крови.

154. Наиболее точная формула для расчета СКФ:

1. формула CKDEPI;
2. формула MDRD;
3. формула Кокрофта-Голта;
4. формула Уайта;
5. формула Тареева.

155. Анемия при ХБП связана с:

1. уменьшением продукции ферритина;
2. уменьшением синтеза железотранспортных белков;
3. уменьшением уровня всасывания железа;
4. гемолизом;
5. уменьшением синтеза эритропоэтинов.

156. К нефропротективным препаратам относят:

1. бета-адреноблокаторы;
2. альфа-адреноблокаторы;
3. блокаторы имидазолиновых рецепторов;
4. блокаторы рецепторов ангиотензина II;
5. энтеросорбенты.

157. Препарат замедляющие скорость прогрессирования ХБП:

1. энтеросгель;
2. фуросемид;
3. периндоприл;
4. бисопролол;
5. маннитол.

158. Анемия при ХБП:

1. нормохромная, нормоцитарная;
2. гипохромная микроцитарная;
3. макроцитарная;
4. серповидная;
5. гемолитическая.

159. Показанием для начала заместительной почечной терапии является:

1. снижение СКФ менее 30 мл/мин;
2. снижение СКФ менее 20 мл/мин;
3. снижение СКФ менее 15 мл/мин;
4. уровень калия 5.8 ммоль/л;
5. наличие отеков.

160. Низкобелковая диета при ХПН назначается с целью:

1. уменьшения уровня калия крови;
2. замедления прогрессирования ХБП;
3. стимуляции катаболизма;
4. профилактики отечного синдрома;
5. повысить толерантность к физическим нагрузкам;

161. Стадии ХПН полностью соответствует следующая стадия ХБП:

1. С1;
2. С2;
3. С3а;
4. С3б;
5. С4.

162. К вторичному относят следующий тип амилоидоза:

* 1. AL;
  2. AR;
  3. AA;
  4. ATTR;
  5. AGel.

163. Заболевания способные вызвать вторичный амилоидоз:

1. ревматоидный артрит;
2. хронический бронхит;
3. хронический пиелонефрит;
4. хронический остеоартрит;
5. хронический гломерулонефрит.

164. Амилоидоз почек проявляется:

1. лейкоцитурией;
2. протеинурией;
3. гематурией;
4. бактериурией;
5. пиурией.

165. Для верификации диагноза амилоидоза необходимо проведение:

1. пробы Реберга-Тареева;
2. пробы Сулковича;
3. морфологического исследования биоптата почек;
4. мультиспиральной компьютерной томограммы брюшной полости;
5. УЗИ почек.

166. В лечении амилоидоза применяют:

1. мелфалан;
2. циклофосфамид;
3. хинин;
4. тиосульфат натрия;
5. плазмаферез.

167. Методом количественной оценки потери белка с мочой является:

1. анализ по Нечипоренко;
2. общий анализ мочи;
3. суточная протеинурия;
4. проба по Зимницкому;
5. проба Реберга Тареева.

168. К осложнениям нефротического синдрома относят:

1. образование почечных камней;
2. почечное кровотечение;
3. развитие портальной гипертензии;
4. тромбозы сосудов;
5. респираторный дистресс синдром.

169. К обязательным исследованиям при нефротическом синдроме неясного генеза относят:

1. определение СКФ методом расчета по цистатину С;
2. определение суточной протеинурии;
3. проведение пробы Аддиса-Каковского;
4. проведение нефробиопсии;
5. расчет СКФ по формуле EPI.

170. Главным признаком нефротического синдрома является:

1. лейкоцитурия;
2. протеинурия;
3. гематурия;
4. цилиндрурия;
5. бактериурия.

171. Массивная протеинурия при нефротическом синдроме связана с:

1. повреждением канальцев нефрона;
2. повышением внутриканальциевой реабсорбции;
3. изменением заряда элементов фильтрационного барьера;
4. повышение синтеза альбуминов в печени;
5. снижением уровня внутриканальциевой реабсорбции;

172. Увеличение риска тромбообразования при нефротическом синдроме связано с:

1. увеличнением синтеза альбуминов;
2. потерей антитроботических белковых факторов;
3. увеличение синтеза фибриногена;
4. тромбоцитозом;
5. гиперактивацией фермента ЦОГ2.

173. Массивная протеинурия при нефротическом синдроме связана с:

1. повреждением канальцев нефрона;
2. повышением внутриканальциевой реабсорбции;
3. изменением заряда элементов фильтрационного барьера;
4. повышение синтеза альбуминов в печени;
5. снижением уровня внутриканальциевой реабсорбции.

174. Какой препарат используются для профилактики тромботических осложнений при нефротическом синдроме:

1. гепарин;

2. альбумин;

3. преднизолон;

4. циклофосфамид;

5. циклоспорин.

175. При гиперволемическом варианте нефротического синдрома показано:

1. инфузия больших доз альбумина;
2. инфузия реополиглюкина;
3. диуретикотерапия;
4. инфузия физиологического раствора;
5. гемодиализ;

176. При гиповолемическом варианте нефротического синдрома показано:

1. инфузия больших доз альбумина;
2. инфузия реополиглюкина;
3. диуретикотерапия;
4. инфузия физиологического раствора;
5. гемодиализ.

177. Основной клинический признак нефротического синдрома:

1. Повышение АД

2. Сердцебиение

3. Отеки

4. Дизурия

5. Атаксия

178. Какое из перечисленных заболеваний реже приводит к развитию пиелонефрита?

1. Сахарный диабет
2. Прием гормональных контрацептивов
3. Ревматоидный артрит
4. Беременность
5. Простатит

179. Сочетание каких синдромов соответствует понятию смешенного нефрита?

1. Нефритический + почечная недостаточность
2. Мочевой + гипертония
3. Нефротический + гипертония
4. Почечная недостаточность + гипертония
5. Мочевой + почечная недостаточность

180. Какие этиологические факторы острого интерстициального нефрита встречаются реже?

1. Лекарственные
2. Вирусные
3. Бактериальные
4. Паразитарные
5. Травматические
6. Иммунные

181. Укажите препараты первого ряда для лечения мочевой инфекции у беременных:

1. тетрациклины
2. полусинтетические пенициллины
3. левомицетин
4. фторхинолоны
5. гентамицин

182. Укажите препарат выбора для лечения гипертонии у беременных:

1. альфа- метилдопа
2. клонидин (клофелин)
3. ингибиторы АПФ
4. антоганисты Са
5. мочегонные

183. Укажите уровень креатинина крови, который является верхней границей нормы у беременных:

1. 140 мкмоль/л
2. 330 мкмоль/л
3. 250 мкмоль/л
4. 105 мкмоль/л
5. 70 мкмоль/л

184. Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии ХПН

1. Гипокалиемия
2. Объем-нагрий зависимая гипертензия
3. Ренин-зависимая гипертензия
4. Гиперкалиемия
5. Все ответы верны

185. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

1. Нефрит с минимальными изменениями
2. Активный волчаночный нефрит
3. Истинная склеродермическая почка
4. Поражение почек при гранулематозе Вегенера
5. Мезангиопролиферативный нефрит

186. Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза:

1. Обогащение диеты фосфором
2. Обогащение диеты магнием
3. Применение фосфор-связывающих препаратов
4. Применение оксидевита, кальцитриола
5. Применение тиреокальцитонина

187. Выделите методы лечения алюминиевой остеодистрофии:

1. Прием альмагеля, фосфолюгеля
2. Применение дефероксамина
3. Резекция паращитовидных желез
4. Применение кальцитриола
5. Применение ультрафильтрации

188. Острая мочекислая нефропатия может развиться при:

1. Распаде опухолей
2. Лечении остеоартрита глюкозамином
3. Применении статинов
4. Сопутствующем сахарном диабете 2 типа
5. Применении антибиотиков из группы бета-лактамов

189. Наиболее частый морфологическим вариант поражения почек при подагре:

1. Интерстициальный нефрит
2. Мезангиокапиллярный нефрит
3. Фокально-сегментарный гиалиноз
4. Мембранозный нефрит
5. Болезнь Минимальных изменений

190.Укажите причины преренальной ОПН

1. Увеличение сердечного выброса
2. Дегидратация
3. Гиперволемяя
4. Сосудистый коллапс
5. Обструкция мочевыводящих путей

191. Выделите формы ОПН с необратимым течением:

1. Острый канальцевый некроз
2. Миоглобинурийный нефроз
3. Кортикальный некроз
4. ОПН вследствие гастроэнтерита
5. ОПН вследствие кровотечения

192. Укажите наиболее частые причины анемии при ХПН до диализа:

1. Диета
2. Дефицит вит. В-12 и фолиевой кислоты
3. Избыток вит. В-12 и фолиевой кислоты
4. Хронический гемолиз
5. Уменьшение синтеза эритропоэтина

193. Выберите препараты эффективные при Эритропоэтин-дефицитной анемии

1. Циклоспорин
2. Космофер
3. Рекормон
4. Вит. В-12
5. Селсепт

194. Выделите абсолютное противопоказания к лечению эритропоэтином

1. Дефицит железа
2. Выраженная гипотония
3. Гемохроматоз
4. Апластическая анемия
5. Хроническая интоксикация алюминием

195. Протеинурия переполнения встречается при:

1. Лекарственном нефрите
2. Миеломной болезни
3. Поликистозе почек
4. Амилоидозе с поражением почек
5. Мочекаменной болезни

196. Для быстропрогрессирующего волчаночного нефританаименее характерны следующий клинический признак:

1. Протеинурия до 1 гр/л
2. Протеинурия >1 гр/л
3. Нефротическим синдромом
4. Гипертонией
5. Быстрым снижением функции почек

197. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим

снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

1. Хронического нефрита гипертонического типа
2. СКВ
3. Узелкового периартериита
4. Амилоидоза с поражением почек
5. Геморрагического васкулита

198.Назовите заболевание, встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:

1. Геморрагический васкулит
2. Острый нефрит
3. Узелковый периартериит
4. Смешанная криоглобулинемия
5. СКВ

199. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром?

1. СКВ
2. Не специфический аортоартериит
3. Фибромускулярная гиперплазия
4. Лекарственная болезнь
5. Открытое овальное окно

200. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:

1. Хронический нефрит
2. Хронический пиелонефрит
3. Множественная миелома
4. Поликистоз почек
5. Рак паренхимы почек

201. Выраженная протеинурия (более 4 гр/сутки) без формирования нефротического синдрома в сочетании с гиперпротеинемией заставит Вас подумать прежде всего о:

1. Циррозе печени
2. Хроническом нефрите латентного течения
3. Туберкулезе почек
4. СКВ
5. Парапротеинемических гемобластозах

202. Острая почечная недостаточность после экскреторной урографии наиболее часто возникает у больных, страдающих:

1. Раком паренхимы почки
2. Поликистозом почки
3. Множественной миеломой
4. Хроническим нефритом нефротического типа
5. Узелковым периартериитом

203. 16-летний юноша поступил по поводу массивных отеков, которые держатся в течение 4 месяцев. Бледность, анасарка, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. В анализе крови - НВ 130 г/л, тромбоциты 240000, СОЭ – 24 мм/час. В анализе мочи - отн. плотность 1023, белок 16 г/сутки, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 105,6 мкмоль/л, холестерин 5,6 ммоль/л. Какой из методов обследования наименее показан больному?

1. Биопсия почки
2. Определение селективности протеинурии
3. Аортография
4. Определение ОЦК
5. Определение активности ренина плазмы

204. 22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Шум трения плевры, отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60-80 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 560 мкмоль/л холестерин 6,0 ммоль/л. У больной:

1. Амилоидоз
2. Острый нефрит
3. Гранулематоз Вегенера
4. Ревматоидный артрит
5. Волчаночный нефрит

205. 22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Шум трения плевры, отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60-80 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатииин 560 мкмоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л. Укажите ведущий нефрологический синдром:

1. Нефротический синдром
2. Хроническая почечная недостаточность
3. Быстропрогрессирующий нефрит
4. Канальцевые дисфункции
5. Гематурия

206. 22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Шум трения плевры, отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60-80 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатииин 560 мкмоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л. Тактика ведения больной:

1. Назначение в-блокаторов
2. Монотерапия преднизолоном 60 мг/сутки
3. Назначение преднизолона 60 мг/сут, на фоне которого проводить пульс- терапию преднизолоном и циклофосфаном
4. Назначение иммуносупрессоров
5. Назначение диуретиков

207. Какая из перечисленных форм острой почечной недостаточности (ОПН) является гиперкатаболической?

1. Лекарственная
2. Постренальная
3. Краш-синдром
4. Преренальная
5. Гепато-ренальный синдром

208. Укажите симптом, характерный для ОПН:

1. Постепенное начало
2. Полиурия
3. Уменьшенные размеры почек
4. Гипокалиемия
5. Коллапс

209. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

1. Артериальная гипертония
2. Гипокалиемия
3. Острые бактериальные инфекции
4. Застойная сердечная недостаточность
5. Вторичный гиперпаратиреоз

210. Укажите ранний признак хронической почечной недостаточности (ХПН)

1. Метаболический ацидоз
2. Гиперкальциемия
3. Никтурия
4. Азотемия
5. Уменьшение размеров почек

211. Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

1. Острый вирусный гепатит
2. Острая бактериальная пневмония
3. Сердечно-сосудистые заболевания
4. Онкологические заболевания
5. Диализный амилоидоз

212. Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:

1. Метаболический ацидоз
2. Выраженная олигурия
3. Анасарка
4. Высокая гиперкалиемия
5. Тяжелая гипертония

213. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация?

1. ОПН
2. Неконтролируемая гиперкалиемия
3. Некупируемый отек легких
4. Гиперкальциемия
5. Выраженная уремическая интоксикация

214. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при ХПН?

1. Гипотиазид
2. Пентамин
3. Коринфар
4. Допегит
5. Верошпирон

215. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности?

1. Фурадонин
2. Невиграмон
3. Ампициллин
4. Сульфадиметоксин
5. Тетрациклин

216. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным синдромом?

1. Хронический гастрит тип В
2. Хронический гастрит тип С
3. Хронический панкреатит
4. Болезнь Шенлейн-Геноха
5. Энтеробиоз

217. У 19-летней больной, получающей 15 мг преднизолона по поводу периферической формы СКВ, на сроке беременности 6-8 нед. впервые появились признаки поражения почек: отеки, протеинурия до 8 г в сутки, альбумин сыворотки крови 22 г/л. Выберите тактику дальнейшего ведения больной:

1. Отмена преднизолона и сохранение беременности
2. Увеличение дозы преднизолона до 10 - 30 мг в сутки и сохранение беременности
3. Увеличение дозы преднизолона до 30 - 40 мг в сутки и сохранение беременности
4. Увеличение дозы преднизолона до 80 мг в сутки с последующим прерыванием беременности
5. Прерывание беременности на фоне высокой дозы преднизолона с последующей пульс-терапией глюкокортикоидами и цитостатиками

218. У больной 23 лет с активным волчаночным нефритом внезапно появились синяки на коже, носовые кровотечения, затем макрогематурия и олигурия. Какие исследования необходимо срочно выполнить для подтверждения развития ДВС-синдрома?

1. Определить количество тромбоцитов, содержание фибриногена в крови
2. Определить уровень мочевины
3. Определить протромбиновый индекс
4. Определить уровень электролитов крови
5. Определить время кровотечения

219. 16-летний юноша поступил по поводу массивных отеков, которые держатся в течение 4 месяцев. Бледность, анасарка, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. В анализе крови - НВ 130 г/л, тромбоциты 240000, СОЭ – 24 мм/час. В анализе мочи - отн. плотность 1023, белок 16 г/сутки, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 105,6 мкмоль/л, холестерин 5,6 ммоль/л. Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?

1. Множественные мелкие кисты диаметром 1-2 мм
2. Утолщение клубочковых базальных мембран с множественными субэпителиальными электронноплотными депозитами
3. Нормальные клубочки при световой микроскопии и диффузное слияние ножковых отростков подоцитов при электронной микроскопии
4. Линейные отложения Ig G вдоль базальной мембраны клубочка
5. Отложение в клубочках аморфных масс, окрашиваемых конго-рот и тиофлавином-Т

220. 16-летний юноша поступил по поводу массивных отеков, которые держатся в течение 4 месяцев. Бледность, анасарка, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. В анализе крови - НВ 130 г/л, тромбоциты 240000, СОЭ – 24 мм/час. В анализе мочи - отн. плотность 1023, белок 16 г/сутки, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 105,6 мкмоль/л, холестерин 5,6 ммоль/л. Больного лечили фуросемидом внутривенно без эффекта. Какое лечение следует предпринять?

1. Большие дозы преднизолона
2. Антибиотики
3. Индометацин
4. Цитостатики
5. Ибупрофен

221. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней?

1. Гиперфункция паращитовидных желез
2. Интоксикация витамином С
3. Гипофункция поджелудочной железы
4. Саркоидоз
5. Туберкулез

222. Какие факторы способствуют образованию оксалатных камней в почках?

1. Избыточное потребление аскорбиновой кислоты
2. Нефротический синдром
3. Гипертриглицеридемия
4. Гиперурикозурия
5. Дефицит натрия

223. Нефрит при пурпуре Геноха-Шенляйна персистирующей протеинурией > 0,5-1 г/сут на 1,73 м2 рекомендовано проводить терапию:

1. иАПФ или БРА
2. Са блокаторами
3. Имуносупрессорами
4. Кортикостероидами
5. Нестероидными противовоспалительными препаратами

224. Какие камни почек встречаются наиболее часто?

1. Содержащие кальциевые соли
2. Струвиты
3. Уратные
4. Цистиновые
5. Холестериновые

225. Какие факторы являются предикторами неблагоприятного прогноза при остроминтерстициальном нефрите?

1. Наличие внепочечных аллергических проявлений
2. Распространенные мононуклеарные инфильтраты в интерстиции почки
3. Протеинурия менее 1 г/л
4. Креатинин крови 1,4 - 2,0 мг%
5. Гематурия

226. Какие меры противопоказаны для лечения острого интерстициального нефрита?

1. Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему
2. Нестероидные противовоспалительные препараты
3. Пероральный прием глюкокортикоидов
4. Парентеральный прием глюкокортикоидов
5. Гемодиализ

227. Какие этнологические факторы острого интерстициального нефрита

встречаются реже?

1. Лекарственные
2. Вирусные
3. Паразитарные
4. Травматические
5. Иммунные

228. Для какого синдрома характерен симптомокомплекс: гипокалиемия, алкалоз, активация ренин-ангиотензин альдостероновой системы, нормотония?

1. Хроническая почечная недостаточность
2. Синдром Пархона
3. Синдром Бартгера
4. Синдром Конна
5. Синдром непропорциональной продукции антидиуретического гормона

229. Какие препараты противопоказаны при пиелонефрите в стадии ХПН?

1. Полимиксины
2. Оксациллин
3. Эритромицин
4. Фторхинолоны
5. Карбенициллин

230. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек?

1. Дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
2. Умеренная артериальная гипертензия
3. Стойкая артериальная гипертензия
4. Отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
5. Развитие "сольтеряющей почки" с артериальной гипотензией

231. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии?

1. Глюкокортикостероиды
2. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
3. Цитостатики
4. Высокобелковая диета
5. Нитраты

232. Какие положения, касающиеся пиелонефрита,правильные?

1. Значительно чаще встречается у мальчиков
2. Часто развивается в детском возрасте
3. Возникает на почве нормального пассажа мочи
4. Часто возникает при острой левожелудочковой сердечной недостаточности
5. Часто возникает при застойной сердечной недостаточности

233. Какое проявление характерно для инфаркта почки?

1. Лихорадка
2. Пальпируемое уплотнение в области почки
3. Артериальная гипотония
4. Лейкоцитурия
5. Гипостенурия

234. Какие клинические проявления характерны для нефроптоза?

1. Ноющая боль в эпигастральной области
2. Микрогематурия с неизмененными эритроцитами
3. Центральный тип ожирения
4. Анемия
5. Нейровегетативные нарушения

235. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике. Уровень гемоглобина крови - 65 г/л, протеинурия - 22 г в сутки, уровень альбумина сыворотки - 43 г/л. Наиболее вероятен диагноз:

1. ХГН в стадии уремии
2. Миеломная болезнь
3. Вторичный амилоидоз с поражением почек
4. Хронический пиелонефрит
5. Поликистоз почек

236. Для миеломной почки характерны:

1. Протеинурия от следовой до выраженной
2. Гематурия
3. Нефротический синдром
4. Артериальная гипотония
5. Артериальная гипертония

237. У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

1. Рожоподобная эритема
2. Рожистое воспаление кожи
3. Тромбофлебит подкожных вен
4. Узловатая эритема
5. Опоясывающий лишай

238. У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgА в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

1. Болезнь Берже
2. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
3. Гломерулонефрит алкогольной этиологии
4. Волчаночный нефрит
5. Пиелонефрит

239. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Наиболее вероятный диагноз:

1. Постинфекционный гломерулонефрит
2. Гранулематоз Вегенера
3. Синдром Гудпасчера
4. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
5. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

240. Какие заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?

1. Системная красная волчанка
2. Болезнь Бехтерева
3. Микроскопический полиангиит
4. Синдром Чарджа-Стросса
5. Узелковый периартериит

241. У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

1. Постинфекционный гломерулонефрит
2. Декомпенсированный цирроз печени
3. Гепаторенальный синдром
4. Вторичный амилоидоз с поражением почек
5. Миелопролиферативный синдром

242. Какие злокачественные опухоли чаще других осложняются амилоидозом?

1. Рак желудка
2. Лимфогранулематоз, рак почки
3. Рак легкого
4. Рак молочной железы
5. Неходжкинские лимфомы

243. Какие проявления характерны для острого гломерулонефрита?

1. Стойкие боли в пояснице
2. Лихорадка с ознобами
3. Гипостенурия
4. Макрогематурия
5. Наличие лекарственной аллергии

244. Какие признаки отличают почечную эклампсию от гипертонического криза?

1. Отек головного мозга, наличие судорожного синдрома
2. Отсутствие судорожного синдрома
3. Сильные головные боли
4. Выраженные артралгии
5. Ухудшение зрения

245. Какие методы могут быть использованы для дифференциальной диагностики преходящей почечной недостаточности при ОГН от хронической необратимой почечной недостаточности, связанной с ХГН?

1. Проба Реберга
2. Ультразвуковое исследование почек
3. Проба Зимницкого
4. Провокационная проба с преднизолоном
5. Определение уровня мочевины сыворотки

246. У 35-летнего больного на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

1. Острый гломерулонефрит
2. Острый пиелонефрит
3. ХГН, рецидив
4. Апостематозный нефрит
5. Амилоидоз почек

247. Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хроническою гломерулонефрита?

1. Наличие нарушений ритма
2. Величина протеинурии
3. Гипертрофия правого желудочка
4. Степень лейкоцитурии
5. Снижение относительной плотности мочи

248. Эффективность терапии стероидами обоснована при следующих состояниях:

1. ХГН гипертонического типа
2. ХГН латентного типа
3. Амилоидоз с поражением почек
4. Активный волчаночный нефрит
5. Терминальный нефрит

249. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

1. Минимальные изменения
2. Мезангиопролиферативный
3. Фибропластический
4. Мезангиомембранозный
5. Мембранозный

250. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

1. Нефрит с минимальными изменениями
2. Активный волчаночный нефрит
3. Истинная склеродермическая почка
4. Поражение почек при гранулематозе Вегенера
5. Мезангиопролиферативный нефрит

251. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения нефротического синдрома

1. 0,1-0,2 мг
2. 0,3 - 0,4 мг
3. 0,5 - 0,6 мг
4. 0,7 - 0,8 мг
5. 1 мг

252. Средством выбора для лечения гипертонии при ОГН является:

1. Пропранолол
2. Диуретики
3. Допегит
4. Коринфар
5. Гидралазин

253. Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита (ГН) наименее характерна микрогематурия?

1. Липоидный нефроз
2. Мембранозный нефрит
3. Мезангиопролиферативный нефрит
4. Мезангиокапиллярный нефрит
5. Волчаночный нефрит

254. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома (НС)?

1. Отеки
2. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л
3. Суточная протеинурия более 3,5 г
4. Гиперхолестеринемия
5. Гиперкоагуляция

255. Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной НС?

1. Гломерулонефрит
2. Поликистозпочек
3. Тромбоз почечных вен
4. Волчаночный нефрит
5. Диабетическая нефропатия

256. Экскреция калия с мочой определяется величиной:

1. Клубочковой фильтрации
2. Проксимальной секреции калия
3. Дистальной реабсорбции калия
4. Проксимальной реабсорбции калия
5. Дистальной секреции калия

257. Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном в:

1. Проксимальном канальце
2. Петле Генле
3. Дистальном канальце
4. Собирательной трубочке
5. Клубочках

258. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

1. Полностью
2. Частично
3. Не фильтруются
4. Полностью фильтруется только глюкоза
5. Полностью фильтруется только креатинин

259. Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

1. Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.
2. Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
3. Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
4. Снижениесистолического давления до 60 мм рт.ст.
5. Повышение систолического давления до 140 мм рт.ст.

260. Назовите ведущий механизм концентрирования мочи:

1. Активная реабсорбция Nа в восходящем колене петли Генле
2. Активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле
3. Воздействие АДГ на петлю Генле
4. Повышение проницаемости
5. Активный транспорт воды в дистальном нефроне

261. Эндогенная вода, образующаяся в результате окислительных процессов в организме, составляет в норме

1. 100 мл в сутки
2. 300 мл
3. 500 мл
4. 700 мл
5. 1000 мл

262. Лучше использовать антибиотики при почечной недостаточности, которые элиминируют не через почки и малотоксичные при превышении терапевтической концентрации в крови. К этим антибиотикам относятся:

1. Эритромицины
2. Карбопенемы
3. Тетрациклины
4. Аминогликозиды
5. Цефалоспорины

263. Щеточная кайма в нефроне имеется в:

1. Проксимальном канальце
2. Петле Генле
3. Дистальном извитом канальце
4. Связующем отделе
5. Собирательной трубке

264. Препараты калийсберегающего действия (верошпирон, спиронолактон, триамтерен) действуют на уровне:

1. дистальной части канальцев
2. проксимальной части канальцев и почечной петли
3. клубочка
4. петли Генле
5. почечных чашечек

265. У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует подумать:

1. Об удвоении почек
2. О поликистозе почек
3. О раке почки
4. О хроническом пиелонефрите
5. Об эхинококкозе почек

266. При раке почки (гипернефроме) характерно:

1. Лейкоцитурия
2. Гематурия
3. Изостенурия
4. Железодефицитная анемия
5. Мегалобластная анемия

267. Наиболее вероятные находки при хронической почечной недостаточности

1. повышение гематокрита
2. снижение калия сыворотки
3. повышение креатинина, мочевины в крови
4. метаболический алкалоз
5. понижение уровня фосфата в плазме

268. Больной 40 лет жалуется на боли в пояснице. Длительное время страдал синуситом. Отеков нет, АД-120/80 мм рт.ст. Имеется микроальбуминурия, гематурия, холестерин 5,6 ммоль/л. Наиболее вероятно, что у больного:

1. Острый цистит
2. Болезнь Берже
3. Рак предстательной железы
4. Камень мочевого пузыря
5. Туберкулез почки

269. Больная, женщина 60 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (85 г/л). Вероятный диагноз:

1. Поражение почек при артериальной гипертензии
2. Миеломная болезнь
3. Амилоидоз
4. Хронический пиелонефрит
5. Хронический гломерулонефрит

270. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и поражения почек характерно для:

1. Лекарственного нефрита
2. Хронического нефрита
3. Гранулематоза Вегенера
4. Геморрагического васкулита
5. Амилоидоза

271. Образованию камней в мочевых путях способствуют:

1. Гипопаратиреоз
2. Гиперурикемия
3. Анемия
4. Повышение АД
5. Лечение антибиотиками

272. Протеинурия без изменения мочевого осадка наиболее характерна для:

1. Острого пиелонефрита
2. Некроза канальцев
3. Нефритического синдрома
4. Амилоидоза почек
5. Туберкулеза почек

273. «Золотой стандарт диагностики» хронического гломерулонефрита:

1. Анализ мочи
2. Посев мочи
3. Внутривенную урографию
4. Ретроградную пиелографию
5. Биопсия почки

274.Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

1. Ограничение поваренной соли
2. Ограничение жидкости
3. Чередование курсов уросептиков
4. Ограничение белка в диете
5. Ограничение легко усвояемых углеводов

275. При хронической почечной недостаточности противопоказаны:

1. Сульфаниламиды
2. Аминогликозиды
3. Пенициллины
4. Цефалоспорины
5. Нитрофураны

276. Какое лечение может навредить больным нефротическим синдромом:

1. диеты с ограничением хлорида натрия

2. диеты, богатой калием и витаминами

3. обильный прием жидкости

4. назначение диуретиков

5. назначение глюкокортикоидов

277. При ОПН:когда стоит воздержаться от гемодиализа?

1. анурия в течение 1 дня

2. гипокалиемия

3. гиперкалиемия более 7 ммоль/л

4. повышение в сыворотке крови креатинина более 600 мкмоль/л.

5. симптомы уремии

1. Протеинурия при поликистозной болезни взрослых обусловлена:
2. нарушением проницаемости клубочкового фильтра
3. нарушением реабсорбции белка
4. одновременным нарушением проницаемости клубочкового фильтра и нарушением реабсорбции белка в одинаковой степени
5. гематурией
6. лейкоцитурией

279. При медуллярной кистозной болезни протеинурия в общих анализах мочи:

1. отсутствует, или минимальна
2. чаще представляет собой десятые доли промилле
3. чаще представляет собой целые промилле
4. может быть значительной при высоком артериальном давлении
5. может колебаться у разных больных

280. При поликистозной болезни взрослых имеет место

1. повышенная чувствительность почек к инфекции
2. пониженная чувствительность почек к инфекции
3. повышенная чувствительность почек к инфекции при развитии ХПН
4. повышенная чувствительность почек к инфекции при высоком артериальном давлении
5. низкое артериальное давление

281. Причиной нарушений баланса фосфата при фосфат-диабете является:

1. гиперпаратиреоз
2. нарушение реабсорбции фосфата в кишечнике
3. нарушение почечной реабсорбции фосфата
4. повышенное поступление фосфата с пищей
5. дефицит витамина К

282. Причиной нарушения баланса калия при почечном канальцевом ацидозе является

1. повышение секреции калия в нефроне
2. переход калия из вне-во внутриклеточное пространство
3. снижение реабсорбции калия в нефроне
4. нарушение реабсорбции калия в кишечнике
5. дефицит витамина К

283. Развитие хронической почечной недостаточности при медуллярной кистозной болезни почек

1. чаще развивается в детском возрасте
2. зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
3. не зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
4. зависит от длительности и выраженности пиелонефрита
5. не зависит от выраженности пиелонефрита и калькулеза почек
6. Особенностью артериальной гипертензии при медуллярной кистозной болезни является
7. большая частота, чем в обшей популяции
8. меньшая частота, чем в общей популяции
9. зависимость ее от наличия ренального тубулярного ацидоза
10. зависимость ее от уровня калия плазмы
11. высокая солезависимость
12. Повышение артериального давления при солитарных кистах почек связано
13. с большим количеством натрия в диете
14. с наличием высокого содержания ренина в кистах
15. с наличием нефроангиосклероза
16. с уменьшением почечного кровотока из-за сдавления кистой и повышением выброса ренина
17. с наличием пиелонефрита
18. Имеющийся эритроцитоз при поликистозной болезни взрослых связан
19. с относительной гиповолемией
20. с повышением уровня железа плазмы
21. с повышением уровня ферритина плазмы
22. с нормальным артериальным давлением
23. с повышенной продукцией эритропоэтина клетками кист
24. При поликистозе почек у взрослых имеет место
25. нарушение концентрации мочи
26. нарушение концентрирования мочи только при присоединении пиелонефрита
27. нарушение концентрирования мочи в сочетании с нарушением разведения мочи
28. нарушение концентрирования мочи только при снижении клиренса креатинина
29. нарушение концентрирования мочи только при высоком артериальном давлении
30. Наиболее выражено повреждение функции почек по осмотическому концентрированию мочи
31. при поликистозе почек
32. при медуллярной губчатой почке
33. при медуллярной кистозной болезни почек
34. при солитарных кистах почек
35. нарушение функции концентрирования выражено одинаково
36. При медуллярной губчатой почке наиболее часто первым клиническим признаком болезни является:
37. острый пиелонефрит
38. почечная колика
39. ренальная остеодистрофия
40. артериальная гипертензия
41. ренальный тубулярный ацидоз
42. При медуллярной губчатой почке как правило
43. поражается печень
44. имеются органические изменения в сердце
45. имеются органические изменения в надпочечниках
46. имеется поражение различных органов
47. повреждения других органов нет
48. При поликистозной болезни у детей имеет место
49. сохранный интерстиций
50. нормальный интерстиций с небольшими участками склероза
51. сохранный интерстиций в одной почке, и склерозированный в другой
52. сохранные чашечки в обеих почках
53. отсутствие нормального интерстиция в обеих почках
54. При медуллярной губчатой почке кисты образуются
55. из проксимальных канальцев
56. из дистальных канальцев
57. из клубочков
58. из собирательных трубок
59. из различных участков нефрона
60. Простые (солитарные) кисты чаще образуются
61. из клубочков
62. из проксимальных канальцев
63. из дистальных канальцев и собирательных трубок
64. из осумкованных отделов интерстиция
65. из клубочков и проксимальных канальцев
66. Повторная беременность женщины, перенесшей нефропатию беременной с последующим исчезновением всех симптомов в послеродовом периоде:
67. противопоказана в течение 1 года
68. противопоказана в течение 5 лет
69. не противопоказана
70. желательна
71. нежелательна
72. Обнаружение грибков в моче свидетельствует о тяжести повреждения почек при сахарном диабете
73. да
74. нет
75. только при сопутствующем пиелонефрите
76. только при диабете 2 типа
77. только при диабете 1 типа
78. При излечении синдрома Иценко - Кушинга поражение почек
79. как правило сохраняется
80. сохраняется в 1 трети случаев
81. сохраняется в 75% случаев
82. как правило излечивается
83. излечивается в отдельных случаях
84. Для дифференциального диагноза между первичным гиперпаратиреозом и неэндокринным остеопорозом наиболее ценным является определение
85. уровня кальция сыворотки
86. уровня фосфата сыворотки
87. активности кислой фосфатазы
88. активности щелочной фосфатазы
89. активности кареатинфосфокиназы
90. Для прогноза течения преэклампсии наибольшее значение имеет
91. наличие отеков
92. наличие артериальной гипертензии
93. наличие лейкоцитурии
94. наличие анемии
95. наличие повышенной скорости оседания эритроцитов
96. Наиболее неблагоприятно для плода назначение терапии при нефропатии беременных
97. постельным режимом и диетой
98. фуросемидом
99. гипотиазидом
100. плазмозаменителями
101. препаратами фолиевой кислоты
102. При первичном гиперальдостеронизме поражаются преимущественно
103. клубочки
104. клубочки и канальцы
105. клубочковые капилляры
106. почечные артериолы
107. канальцы
108. Механизм влияния альдостерона на объем внеклеточной жидкости сводится
109. к влиянию на транспорт натрия в канальцах
110. к влиянию на секрецию АДГ
111. к увеличению экскреции калия
112. к уменьшению экскреции калия
113. к уменьшению канальцевой реабсорбции анионов хлора
114. Характерным морфологическим субстратом поражения почек при гиперпаратериозе является
115. склероз интерстиция и гиалиноз клубочков
116. пролиферация мезангия
117. некроз канальцев
118. артериолосклероз
119. кальциноз
120. При первичном гиперпаратиреозе в сыворотке крови
121. кальций повышен, фосфор снижен
122. кальций повышен, фосфор повышен
123. кальций снижен, фосфор повышен
124. кальций снижен, фосфор снижен
125. кальций и фосфор не изменены
126. К особенностям нефротического синдрома при диабетической нефропатии относится
127. отсутствие гиперхолестеринемии
128. повышенный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности
129. выраженность отеков
130. резистентность к мочегонным и другим препаратам
131. гипер-альфа2-глобулинемия
132. Для профилактики развития диабетической микроангиопатии и гломерулосклероза предпочтительно
133. введение пролонгированного инсулина
134. дробное введение инсулина
135. сочетание пролонгированного инсулина с дробным его введением
136. препараты сульфонилмочевины II поколения
137. препараты сульфонилмочевины III поколения
138. Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является
139. артериальная гипертония
140. протеинурия до 0,5 г/л
141. микроальбуминурия
142. снижение удельного веса мочи
143. отеки голеней
144. Профилактика развития и прогрессирования диабетической нефропатии сводится
145. к контролю уровня гликемии
146. к коррекции гипертонии
147. к назначению инсулина
148. к назначению малобелковой диеты
149. к ограничению углеводов в пище
150. У больных диабетической нефропатией с хронической почечной недостаточностью лучшие результаты дает применение
151. хронического гемодиализа
152. перитонеального диализа
153. трансплантации почки
154. адсорбенты
155. все методы равнозначны
156. При диабетическом гломерулосклерозе наблюдаются
157. склероз почечных вен
158. гиалиноз эфферентных артериол
159. гиалиноз афферентных артериол
160. склероз почечных артерий и гиалиноз эфферентных артериол
161. склероз почечных артерий и гиалиноз афферентных артериол
162. Максимальная канальцевая реабсорбция глюкозы в ранней стадии диабетической нефропатии
163. умеренно снижена
164. значительно снижена
165. нормальная
166. повышена
167. резко повышена
168. При диабетической нефропатии чаще наблюдаются:
169. оксалатурия
170. селективная протеинурия>3,5г\л
171. селективная протеинурия 1,5-3 г\л
172. альбуминурия
173. макрогематурия
174. При сахарном диабете течение пиелонефрита
175. всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями
176. может носить бессимптомный характер
177. не приводит к развитию артериальной гипертонии
178. приводит к развитию артериальной гипертонии
179. всегда носит циклический характер
180. При диабетической нефропатии адекватная инсулино-терапия
181. уменьшает тяжесть нефротического синдрома
182. уменьшает выраженность артериальной гипертонии
183. отдаляет наступление почечной недостаточности
184. ускоряет наступление почечной недостаточности
185. не влияет на течение нефропатии
186. Основным при лечении гранулематоза Вегенера является:
187. кортикостероиды
188. цитостатики
189. антимикробные препараты
190. плазмаферез
191. гемосорбция
192. Медикаментозная терапия активного гломерулонефрита при геморрагическом васкулите заключается в преимущественном назначении
193. глюкокортикоидов в больших дозах
194. нестероидных противовоспалительных пропаратов
195. цитостатиков
196. антикоагулянтов
197. симптоматической терапии
198. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать
199. от нефрита Берже
200. от острого гломерулонефрита
201. от хронического гломерулонефрита нефротической формы
202. от хронического гломерулонефрита гипертонической формы
203. от пиелонефрита
204. При морфологическом исследовании в почках при узелковом полиартериите обнаруживается
205. мембранозный гломерулонефрит
206. пролиферативный гломерулонефрит
207. поражение артерий с образованием аневризм и инфарктов в почках
208. фибропластический гломерулонефрит
209. мезангиопролиферативный гломерулонефрит
210. В группе системных васкулитов наиболее часто встречаются:
211. узелковый полиартериит
212. гранулематоз Вегенера
213. геморрагический васкулит
214. неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)
215. вторичный васкулит на фоне обострения вирусного гепатита
216. В патогенезе геморрагического васкулита основное значение имеет
217. непосредственное токсическое воздействие
218. аллергическое воспаление
219. иммунокомплексное повреждение
220. атеросклеротическое поражение
221. снижение проницаемости сосудистой стенки
222. Из перечисленных клинических проявлений геморрагического васкулита наиболее часто встречаются
223. лихорадка
224. поражение кожи
225. артрит(артралгия)
226. поражение почек (гломерулонефрит)
227. абдоминалгии
228. В патогенезе гломерулонефрита при геморрагическом васкулите наибольшее значение имеет:
229. токсическое воздействие
230. аллергическое воздействие
231. иммунокомплексное воздействие
232. бактериальный фактор
233. влияние повышенной температуры окружающей среды
234. Артериальная гипертония при узелковом полиартериите
235. имеет злокачественное течение
236. имеет мягкое течение
237. легко поддается терапии
238. трудно поддается терапии
239. возникает редко
240. Для клинической картины системной склеродермии, помимо поражения почек, наиболее характерно:
241. синдром Рейно
242. поражение сердца
243. фиброз легких
244. поражение нервной системы
245. поражение сердца, легких, нервной системы и синдром Рейно
246. Наиболее тяжелым типом поражения почек при системной склеродермии является поражение по типу
247. хронического гломерулонефрита гипертонической формы
248. хронического нефрита нефротической формы
249. истинной склеродермической почки
250. хронического нефрита латентной формы
251. хронической склеродермической нефропатии
252. При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является:
253. гематурия
254. артериальной гипертония
255. ретинопатия
256. сохранная функция почек
257. энцефалопатия
258. Прогноз в отношении жизни больных при системной склеродермии обычно определяет поражение
259. легких
260. сердца
261. почек
262. серозных оболочек
263. нервной системы
264. Для лечения активного волчаночного нефрита применяются в основном
265. антибиотики
266. иммуностимуляторы
267. стероиды и цитостатики
268. аминозинолиновые препараты
269. нестероидные противовоспалительные препараты
270. Пульс-терапия при системной красной волчанке позволяет
271. получить быстрый эффект
272. улучшить функцию почек при активности
273. уменьшить поддерживающую дозу кортикостероидов
274. уменьшить количество осложнений стероидной терапии
275. не дает эффекта
276. В патогенезе системной красной волчанки основное значение имеет
277. непосредственное воздействие инфекции на ткани
278. токсическое влияние лекарств
279. антительный механизм
280. иммунокомплексное воспаление
281. эндотелиальная дисфункция
282. Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является
283. диффузный волчаночный гломерулонефрит
284. очаговый волчаночный гломерулонефрит
285. мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
286. мембранозный гломерулонефрит
287. интерстициальный нефрит
288. Для быстропрогрессирующего волчаночного нефрита наименее характерно:
289. протеинурия до 1 г/л
290. протеинурия >3 г/л
291. нефротический синдром
292. гипертония
293. быстрое снижение функции почек
294. Наиболее достоверным лабораторным признаком волчаночной природы нефрита является обнаружение
295. повышение СОЭ
296. анемии
297. антител к нативной ДНК
298. LE-клеток
299. лейкопении
300. Тромбоз почечных вен характеризуется:
301. лейкоцитурия, гематурия
302. протеинурия до 250 мг/л
303. боли в эпигастрии
304. головокружение, тошнота
305. лейкопения
306. При поражении почек у больных с инфекционным эндокардитом наиболее целесообразно назначение
307. пенициллина
308. полусинтетических пенициллинов
309. гентамицина или стрептомицина
310. препаратов тетрациклинового ряда
311. терапии только после получения результатов посева крови
312. Для профилактики поражения почек при инфекционном эндокардите необходимо назначение:
313. Обильного питья
314. диеты с ограничением белка
315. гипотензивной терапии
316. нестероидных противовоспалительных средств
317. антикоагулянтов
318. Морфологические изменения почек при артериальной гипертензии охватывают
319. исключительно сосуды
320. исключительно каналы
321. исключительно интерстиций
322. различные отделы почки
323. почечные чашечки
324. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются
325. первично-сморщенная почка
326. пиелонефрит
327. стеноз почечных артерий
328. вторично-сморщенная почка
329. деформация чашечно-лоханочной системы
330. При поражении почек вследствие артериальной гипертензии показана диетотерапия с ограничением хлористого натрия и использованием
331. преднизолона
332. цитостатика
333. курантила
334. гепарина
335. гипотензивной и диуретической терапии
336. Поражение почек при инфекционном эндокардите обусловлено
337. иммунологическими факторами
338. бактериальными тромбами
339. нарушением свертывания крови
340. непосредственным действием микробов
341. нарушением уродинамики
342. Характерные изменениями при морфологическом исследовании почек у больных хроническим интерстициальным нефритом:
343. инвазивный гломерулит
344. наличие инфильтратов в интерстиции из лимфоцитов и плазматических клеток
345. перигломерулярный фиброз
346. обнаружение иммунных комплексов в интерстиции
347. атрофия канальцев
348. Наиболее характерными признаками хронического интерстициального нефрита являются
349. умеренная протеинурия, гематурия
350. отеки, артериальная гипертония, гипоизостенурия
351. полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия
352. полиурия, полидипсия, анемия
353. полиурия, полидипсия, протеиурия более 3 г в сутки
354. У больного с продолжительным анамнезом заболевания на фоне массивной протеинурии и высокого артериального давления выявляется быстрое прогрессирование почечной недостаточности. Это наиболее характерно для:
355. туберкулеза почек
356. опухоли почек
357. поликистоза почек
358. подострого гломерулонефрита
359. пиелонефрита
360. Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются
361. вторичными по отношению к поражению сосудов
362. первичными и независимыми
363. как первичными, так и вторичными
364. клубочки никогда не поражаются
365. являются необязательным морфологическим признаком
366. При доброкачественном артериоло-нефросклерозе в мочевом осадке
367. в подавляющем большинстве случаев изменений нет
368. микрогематурия
369. макрогематурия
370. наблюдается изолированная протеинурия до 1,5 г/л
371. выраженная лейкоцитурия и цилиндурия
372. Определение уровня ренина в периферической крови
373. является важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией
374. не информативно в дифференциально-диагностическом плане
375. является вспомогательным тестом на реноваскулярную природу артериальной гипертонии
376. является диагностическим критерием феохромоцитомы
377. является диагностическим критерием синдрома Конна
378. Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи наиболее характерны
379. протеинурия
380. лейкоцитурия
381. гематурия
382. бактериурия
383. гипостенурия
384. К развитию острого интерстициального нефрита наиболее часто приводят
385. гипотензивные средства
386. диуретики
387. сердечные гликозиды
388. антибиотики
389. ганглиоблокаторы
390. Первым клиническим признаком острого интерстициального нефрита после успешного лечения инфекции антибиотиками является
391. появление отеков голеней
392. повторная волна лихорадки
393. появление болей в пояснице
394. повышение артериального давления
395. тошнота, общая слабость
396. Кортикостероидная терапия при остром интерстициальном нефрите проводится при
397. выявления его после назначения ампициллина
398. выявления его после назначения рифампицина
399. выявлении его после назначения НПВП
400. идиопатическом интерстициальном нефрите с передним увеитом
401. выявления его после назначения омепразола
402. Абсолютным показанием к проведению гемодиализа при остром интерстициальном нефрите является
403. повышение калия плазмы до 7 мэкв/л
404. анурия в течение 1 суток
405. олигурия в течение 1 недели
406. повышение креатитина плазмы до 700 мкмоль/л
407. повышение креатитина плазмы до 400 мкмоль/л
408. Аналгетическая нефропатия лекарственной этиологии чаще всего вызывается длительным приемом
409. гипотензивных средств
410. ферментных препаратов
411. анальгетиков
412. седативных средств
413. диуретиков
414. Ведущую роль в патогенезе хронического интерстициального нефрита играет
415. инфекция
416. отложение иммунных комплексов
417. ожирение
418. наличие депозитов
419. нарушение кровообращения в сосудах почек
420. Патологоанатомическое исследование пиелонефрита
421. атрофию эпителия канальцев
422. поражение сосудов почек
423. перигломерулярный склероз
424. инвазивный гломерулит
425. лимфогистоцитарную инфильтрацию интерстиция
426. Бактериурия выявляется при сборе:
427. утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря
428. мочи, взятой в любое время суток
429. ночной мочи
430. мочи, взятой катетером
431. мочи, полученной после подмывания антисептиком
432. Бактериурия у беременных. Тактика ведения:
433. назначение антибактериальной терапии только при наличии дизурии
434. антибактериальную терапию только при наличии лейкоцитурии
435. назначить фитотерапию
436. назначить антибактериальную терапию
437. при отсутствии клиники воздерживаться от терапии
438. Для латентного пиелонефрита обязательным являются
439. боли в пояснице
440. симптоматика отсутствует
441. повышение температуры тела
442. ознобы
443. все указанные симптомы
444. Лечение хронического пиелонефрита должно базироваться
445. на данных посева мокроты
446. на данных о состоянии уродинамики
447. на оценке функции печени
448. на данных анамнеза
449. для лечения эти данные не нужны
450. Для лечения пиелонефрита, вызванного синегнойной палочкой, лучше применить
451. кефзол
452. эритромицин
453. левомицетин
454. оксациллин
455. карбенициллин
456. При лечении пиелонефрита беременных предпочтительней назначение
457. полусинтетических пенициллинов
458. антибиотиков тетрациклинового ряда
459. аминогликозидов
460. цефалоспоринов
461. тетрациклинов
462. Ведущая роль в этиологии хронического пиелонефрита принадлежит
463. уростазу
464. наследственному генетическому фактору
465. вирулентности микроорганизмов
466. нерациональной терапии острого пиелонефрита
467. аутоагрессии
468. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является
469. сдавление мочеточников увеличенной маткой
470. понижение реактивности организма
471. дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки
472. анемия беременных
473. все указанные изменения
474. Некроз почечных сосочков у больных острым пиелонефритом наиболее часто развивается при наличии
475. артериальной гипертензии
476. хронического пиелонефрита
477. сахарного диабета
478. беременности
479. реноваскулярной гипертонии
480. Апостематозный нефрит является следствием:
481. острого пиелонефрита при нарушенном оттоке мочи
482. невылеченного острого пиелонефрита
483. хронического сепсиса различной этиологии
484. имеющегося какого-либо заболевания почек
485. реноваскулярной гипертонии
486. Лечение апостематозного нефрита требует, как правило:
487. массивной антибактериальной терапии
488. оперативного лечения с массивной антибактериальной терапией
489. массивной антибиотикотерапии в сочетании с сульфаниламидами
490. оперативного лечения
491. динамического наблюдения
492. Бактеримический шок при остром пиелонефрите характеризуется
493. резким подъемом артериального давления
494. полиурией
495. метаболическим ацидозом
496. никтурией
497. ни одним из указанных симптомов
498. Цитостатические препараты применяются:
499. при узелковом периартериите с поражением почек
500. при пиелонефрите
501. при хроническом гломерулонефрите гипертонической форме
502. при латентном гломерулонефрите
503. при пиелонефрите с анемией
504. Показания для проведения «пульс»-терапии метипредом являются
505. низкая степень активности почечного процесса
506. латентный нефрит
507. криз отторжения трансплантата
508. пиелонефрит
509. пиелонефрит с вторично-сморщенной почкой
510. Терапия стероидами наиболее эффективна
511. при хроническом нефрите гипертонического типа
512. при хроническом нефрите латентного течения
513. при амилоидозе с поражением почек
514. при активном волчаночном нефрите
515. при терминальном нефрите
516. Назначение стероидов абсолютно противопоказано
517. при нефрите с минимальными изменениями
518. при активном волчаночном нефрите
519. при истинной склеродермической почке
520. при поражении почек при синдроме Вегенера
521. при мезангиопролиферативном нефрите
522. Кортикостероиды при лечении хронического нефрита могут воздействовать на следующие звенья патогенеза:
523. стимуляция синтеза антител
524. урикозурического действия
525. блокады активации комплемента
526. увеличения проницаемости базальной клубочковой мембраны
527. уменьшения гиперкоагуляции
528. При гломерулонефрите проявляющийся гематурей, следует
529. воздержаться от терапии
530. назначить индометацин
531. назначить преднизолон
532. назначить цитостатики
533. назначить 4-компонентную схему
534. Основным показанием к лечению 4-компонентной схемой является
535. изолированный нефротический синдром
536. злокачественная артериальная гипертония
537. выраженная активность гломерулонефрита
538. длительное течение нефрита
539. выраженная гематурия
540. Иммунологический механизм ренальных повреждений имеет место
541. при синдроме Альпорта
542. при поликистозе почек
543. при остром пиелонефрите
544. при липоидном. нефрозе Д
545. при подагрической почке
546. Артериальная гипертензия наиболее характерна
547. для липоидного нефрита
548. для мембранозной нефропатии
549. для болезни Берже
550. для мезангиопролиферативного нефрита
551. для мезангиокапиллярного нефрита
552. Наибольший полиморфизм клиники имеет место
553. при липоидном нефрозе
554. при мезангиопролиферативном гломерулонефрите
555. при мембранозном нефрите
556. при фибропластическом нефрите
557. при мезангиокапиллярном нефрите
558. Морфологическая форма «минимальные изменения» наиболее часто клинически проявляется:
559. артериальной гипертензией
560. нефротическим синдромом
561. минимальным мочевым синдромом
562. нефротическим синдромом с гипертензией
563. микрогематурией
564. У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль
565. за креатином
566. за форменными элементами крови
567. за холестерином
568. за ЭКГ
569. за состоянием прозрачных сред глаза
570. Для подострого гломерулонефрита гематурия
571. характерна
572. не характерна
573. зависит от уровня артериального давления
574. зависит от уровня протеинурии
575. наблюдается только при гиперхолестеринемии
576. Наиболее характерной картиной при биопсии почки в случае острого гломерулонефрита является
577. мезангиопролиферативный гломерулонефрит
578. интерстициальный отек
579. фибро-целлюлярные изменения
580. очаговая пролиферация эндотелиальных клеток
581. эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
582. Больному острым гломерулонефритом при суточном диурезе 250 мл и нормальной температуре тела допустимо выпивать в течение суток
583. 250 мл жидкости
584. 500 мл
585. 750 мл
586. 1500 мл
587. жидкость можно не ограничивать
588. О тенденции перехода острого нефрита в хронический свидетельствует
589. сохранение мочевого синдрома в течение 2-6 недель
590. снижение функции почек
591. формирование астенического синдрома
592. сохранение мочевого синдрома в течение 6-8 недель
593. присоединение дизурии
594. Выявление микроальбуминурии важно в диагностике:
595. диабетического гломерулосклероза
596. нефроангиосклероза при гипертонической болезни, атеросклерозе
597. криза отторжения почечной трансплантата
598. нефропатии беременных
599. миеломной болезни
600. Отберите методы, отличающие гематурию при нефропатиях от гематурии, сопровождающей урологические заболевания
601. Трехстаканная проба
602. Фазовоконтрастная микроскопия осадка мочи
603. Цистоскопия
604. УЗИ почек и мочевого пузыря
605. Радиоизотопная ренография
606. Выделите причины нефункционируюшей почки с отсутствием нефрограмм при внутривенной урографии
607. Вторично сморщенная почка
608. Врожденная медуллярная гипоплазия почки
609. Стенозирующий атеросклероз почечной артерии
610. Обострение обструктивного пиелонефрита
611. Острый тромбоз почечных вен
612. Причины одностороннего запаздывания экскреторной функции
613. Хронический пиелонефрит
614. Реноваскулярная гипертония
615. Рефлюкс-нефропатия
616. Амилоидоз почек
617. Гранулематоз Вегенера
618. Выделите нефропатии, характеризующиеся тяжелым легочно-почечным синдром с почечно-легочной недостаточностью
619. ВИЧ-нефропатия с пневмоцистной интерстициальной пневмонией
620. Гранулематоз Вегенера
621. Синдром Гудпасчера
622. Волчаночный нефрит
623. Алкогольный IgA-нефрит
624. При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается
625. гиперстенурия
626. изостенурия
627. гипостенурия
628. гипостенурия при высокой протеинурии
629. гипостенурия при низкой протеинурии
630. Пациентам с IgА нефропатией с персистирующей протеинурии >1 г/сут, СКФ более 50 мл/мин на 1,73 м2, предлагается:
631. проведение 6-месячного курса монотерапии кортикостероидами:
632. проведение 3-6 месячного курса иАПФ/БРА;
633. сочетание кортикостероидов с циклофосфамидом;
634. сочетание кортикостероидов с азатиоприном;
635. назначение плаквенила
636. Фильтрационную функцию почек определяют по:
637. пробе Зимницкого
638. Аддис-Каковского
639. формуле CKD-EPI
640. по формуле Когрофта-Гоулта
641. Нечипоренко
642. Выберите форму, не контролируемой гемодиализом гипертензии:
643. Объём-натрий зависимая гипертензия;
644. При медикаментозном синдроме Кушинга;
645. Ренин-зависимая;
646. При синдроме жёсткой воды;
647. При медикаментозном синдроме Конна.
648. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при терминальной ХПН:
649. Гидрохлортиазид (гипотиазид);
650. Азаметония бромид (пентамин);
651. Нифедипин;
652. Метилдопа;
653. Спиронолактон.
654. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней:
655. саркоидоз;
656. гипофункция паращитовидных желёз;
657. дефицит витамина Д
658. сахарный диабет;
659. семейная гиперхолестеринемия;
660. К побочным действиям цитостатиков относят следующие состояния:
661. лейкоцитоз;
662. микрогематурия;
663. гипертриглицеридемия;
664. олиго-азооспермия;
665. сахарный диабет.
666. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:
667. хронического нефрита гипертонического типа;
668. СКВ;
669. узелкового периартериита;
670. амилоидоза с поражением почек;
671. геморрагического васкулита.
672. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для липоидного нефроза:
673. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка;
674. протеинурия выше 3,5 г в сутки;
675. гипостенурия;
676. протеинурия 0,5 г в сутки;
677. дислипидемия.
678. Какие проявления характерны для острого гломерулонефрита:
679. Стойкие боли в пояснице;
680. Лихорадка с ознобами;
681. Макрогематурия;
682. Наличие лекарственной аллергии;
683. Тошнота, снижение аппетита
684. Какое лечение противопоказано при лечении острого интерстициального нефрита:
685. Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему;
686. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов;
687. Пероральный приём глюкокортикоидов;
688. Гемодиализ;
689. Плазмаферез.
690. Какое положение, касающееся смешанных камней почек, маловероятно:
691. Образуются при инфицировании микроорганизмами, расщепляющими мочевину;
692. Образуются в закисленной моче;
693. Образуются в моче резко щелочной реакции;
694. Как правило, являются крупными коралловидными камнями;
695. Часто сопровождается пиелонефритом.
696. Отметьте изменения, маловероятные для периода беременности;
697. Склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам;
698. Появление небольшой протеинурии;
699. Снижение АД;
700. Увеличение уровня сывороточных белков;
701. Увеличение клубочковой фильтрации.
702. Наиболее частая причина нефротического синдрома у взрослых:
703. минимальные изменения;
704. мембранозный нефрит;
705. IgА-нефрит;
706. все ответы верны;
707. ни одно из указанных состояний.
708. Какие клинические проявления характерны для острого интерстициального нефрита?
709. Симптомы общей аллергической реакции на препараты (лихорадка, кожные высыпания);
710. Гипоизостенурия;
711. Хроническая почечная недостаточность;
712. Снижение веса;
713. Повышение уровня триглицеридов плазмы.
714. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:
715. Артериальная гипертензия;
716. Гипокалиемия;
717. Гипонатриемия;
718. Застойная сердечная недостаточность;
719. Вторичный гиперпаратиреоз.
720. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация:
721. ОПН;
722. Неконтролируемая гиперкалиемия;
723. Некупируемый отёк лёгких;
724. Гиперкальциемия;
725. Выраженная уремическая интоксикация.
726. Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:
727. 20–30 мг в сутки;
728. 10 мг в сутки;
729. 2 мг в сутки;
730. 0,5–1 мг в сутки;
731. 600 мг в сутки
732. Какое из перечисленных утверждений маловероятно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита?
733. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет;
734. Преобладают мужчины;
735. Заболевание начинается исподволь, незаметно;
736. Концентрация комплемента в норме;
737. Часто встречается макрогематурия.
738. Назовите заболевание, встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:
739. Геморрагический васкулит;
740. Острый нефрит;
741. Узелковый периартериит;
742. Смешанная криоглобулинемия;
743. СКВ.
744. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgА-нефрит), неверно:
745. У большинства больных отмечается нефротический синдром;
746. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия;
747. Чаще болеют мальчики и мужчины;
748. Существует тесная связь с респираторной инфекцией;
749. Патогномоничны депозиты IgА в мезангии клубочков.
750. Какое положение для экстракапилярного гломерулонефрита маловероятно:
751. возможен антительный механизм развития;
752. возможен иммунокомплексный механизм развития;
753. возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки;
754. может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита;
755. клинически быстропрогрессирующее течение отмечается редко.
756. Препаратом выбора для лечения нефропатии беременных (при позднем токсикозе) является:
757. Декстран (средняя молярная масса 30 000-40 000 (Реополиглюкин)
758. Диуретики
759. Свежезамороженная плазма
760. Гидралазин для внутривенных вливаний
761. Сульфат магния
762. Укажите причины преренальной ОПН:
763. Увеличение сердечного выброса;
764. Дегидратация;
765. Гиперволемия;
766. Гипертонический криз;
767. Рак шейки матки.
768. Какие из перечисленных изменений маловероятно для болезни минимальных изменений:
769. селективная протеинурия;
770. преимущественное развитие у детей;
771. артериальная гипертензия;
772. внезапное начало;
773. хороший прогноз.
774. Для лечения подагрической нефропатии используют:
775. этебенецид;
776. аллопуринол;
777. дипиридамол;
778. тиазидные мочегонные;
779. провирон;
780. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности:
781. Нитрофурантоин
782. Налидиксовая кислота
783. Ампициллин
784. Сульфадиметоксин
785. Тетрациклин
786. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового гломерулонефрита,верно:
787. Гипертензия необычна для дебюта болезни;
788. Энцефалопатия наиболее редка у детей;
789. Чащевсего встречается у стариков;
790. В клинической картинесимптомы застойной недостаточности кровообращения не встречаются;
791. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды.
792. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии:
793. Глюкокортикоиды;
794. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
795. Цитостатики;
796. Высокобелковая диета;
797. Ингибиторы ксантиноксидазы.
798. Критерием показателя микробного загрязнения стерильной воды является показатель (Европейская формакопея):
799. 200 КОЕ/мл;
800. 300 КОЕ/мл;
801. < 100 КОЕ/мл;
802. < 0.1 КОЕ/мл;
803. < 0.000001 КОЕ/мл.
804. Критерием показателя бактериального эндотоксина воды для диализа является показатель (Европейская формакопея):
805. < 2 МЕ/мл;
806. < 0.25 МЕ/мл;
807. < 0.03 МЕ/мл;
808. >0.3 МЕ/мл.
809. > 2 МЕ/мл;
810. Фактическая доза перитонеального диализа должна составлять:
811. по Kt/V ≥ 1.0 л/нед, а ультрафильтрация ≥ 2 л/сут.
812. по Kt/V ≥ 1.7 л/нед, а ультрафильтрация ≥ 1 л/сут.
813. по Kt/V ≥ 1.8 л/нед, а ультрафильтрация ≥ 3 л/сут.
814. по Kt/V ≥ 2.0 л/нед, а ультрафильтрация ≥ 3 л/сут.
815. по Kt/V ≥ 1.7 л/нед, а ультрафильтрация <1 л/сут.
816. Вторичный антифосфолипидный синдром обусловлен:
817. развитием при СКВ или при других системных заболеваниях;
818. развитием при сахарном диабете;
819. развитием в отсутствие какого-либо другого заболевания;
820. острым тромбоокклюзивным поражением преимущественно сосудов микроциркуляторного русла жизненно важных органов;
821. развитием полиорганной недостаточности в сроки от нескольких часов до 7 дней.
822. «Диализное время» это:
823. начало и конец процедуры гемодиализа;
824. период активного лечения;
825. период лечения с исключением начала и окончания процедуры с низким кровотоком;
826. период лечения с исключением остановки или замедления процедуры, связанные с осложнениями и т.п.
827. период диспансерного наблюдения
828. Хирургическая сосудистая реконструкция показана при:
829. атеросклеротическом поражении множественных малых почечных артерий;
830. наличии атеросклеротического стеноза устья артерии;
831. раннее первичное разветвление магистральной почечной артерии;
832. фибромускулярной дисплазии почечной артерии и распространении дисплазии на сегментарные артерии или наличие макроаневризмы;
833. аневризме аорты, аортально-подвздошные окклюзионных процессов.
834. Хирургическая сосудистая реконструкция показана при:
835. фибромускулярной дисплазии почечной артерии;
836. распространении дисплазии на сегментарные артерии;
837. наличии макроаневризмы;
838. атеросклеротическом поражении множественных малых почечных артерий и раннее первичное разветвление магистральной почечной артерии;
839. наличии атеросклеротического стеноза устья артерии;
840. Параренальная аортальная реконструкция показана при:
841. распространении дисплазии на сегментарные артерии;
842. наличии макроаневризмы;
843. атеросклеротическом поражении множественных малых почечных артерий;
844. раннее первичное разветвление магистральной почечной артерии;
845. аневризме аорты, аортально-подвздошные окклюзионных процессов.
846. Стентирование почечной артерии показано при:
847. распространении дисплазии на сегментарные артерии;
848. наличии макроаневризмы;
849. атеросклеротическом поражении множественных малых почечных артерий;
850. наличии атеросклеротического стеноза устья артерии;
851. раннее первичное разветвление магистральной почечной артерии;
852. Баллонная агниопластика с постановкой стента рекомендуется при:
853. фибромускулярной дисплазии почечной артерии;
854. распространении дисплазии на сегментарные артерии;
855. наличии макроаневризмы;
856. атеросклеротическом поражении множественных малых почечных артерий;
857. наличии атеросклеротического стеноза устья артерии;
858. Для профилактики контраст-индуцированной нефропатии стоит воздержаться от:
859. использования низко осмолярных контрастов;
860. проведения периоперационной профилактики с применением инфузий физиологического раствора;
861. применения N-ацетилцистеина;
862. применения раствора гиброкарбоната натрия;
863. применения раствора альбумина.
864. Функциональная проба с каптоприлом применяется с целью определения:
865. активности ренина;
866. активности альдостерона;
867. рефрактерной гипертензии;
868. злокачественной артериальной гипертензии;
869. одностороннего стеноза почечной артерии.
870. «Золотым стандартом» диагностики стеноза почечных сосудов является:
871. УЗДГ сосудов почек;
872. Ангиография почечных артерий;
873. КТ-ангиография;
874. МРТ-ангиография;
875. Аускультация почечных артерий.
876. Под рефрактерной АГ следует понимать:
877. форму АГ, при лечении которой отмечается отсутствие достижения целевых значений АД при применении двух и более гипотензивных препаратов;
878. форму АГ, при лечении которой отмечается достижение целевых значений АД при применении трех и более гипотензивных препаратов в субмаксимальных терапевтических дозах (один из препаратов - диуретик);
879. форму АГ, при лечении которой отмечается отсутствие достижения целевых значений АД при применении трех и более гипотензивных препаратов в субмаксимальных терапевтических дозах (один из препаратов - диуретик);
880. форму АГ, при лечении которой отмечается отсутствие достижения целевых значений АД при применении одного гипотензивного препарата в субмаксимальной терапевтической дозе;
881. форму АГ, при лечении которой целевые значения АД достигаются лишь при использовании трех и более гипотензивных препаратов в субмаксимальных терапевтических дозах (один из препаратов - диуретик).
882. В какой клинической ситуации крайне сложно с той или иной степенью вероятности заподозрить наличие у больного стеноза почечной артерии:
883. дебют АГ в возрасте до 30 лет или тяжелой АГ после 55 лет;
884. рефрактерная или злокачественная АГ;
885. острое снижение почечной функции в ответ на применение блокаторов РААС;
886. нефритический синдром;
887. необъяснимое уменьшение размера почки или разница между длинами почек более 15 мм;
888. мультисосудистый атеросклероз коронарных артерий или периферических артерий.
889. Критерии диагностики метаболического ацидоза при ОПП:
890. рН<7,1, дефицит оснований -20 и более ммоль/л, НСОЗ<10 ммоль/л;
891. рН<7,5, дефицит оснований -25 и более ммоль/л, НСОЗ<15 ммоль/л;
892. рН<8,1, дефицит оснований -27 и более ммоль/л, НСОЗ<20 ммоль/л;
893. рН<8,5, дефицит оснований -29 и более ммоль/л, НСОЗ<30 ммоль/л;
894. рН<8,8, дефицит оснований -30 и более ммоль/л, НСОЗ<40 ммоль/л.
895. Критерии диагностики гиперкалиемии:
896. калий >3,5 ммоль/л;
897. тахиаритмия;
898. диссоциация ритма;
899. ускорение электрической проводимости;
900. тошнота, снижение аппетита.
901. ОПП определяется как:
902. Повышение креатинина на ≥50 мкмоль/л в течение 48 часов или повышение креатинина до ≥2 раз по сравнению с исходным уровнем;
903. Повышение креатинина на ≥100 мкмоль/л в течение 48 часов или повышение креатинина до ≥5 раз по сравнению с исходным уровнем;
904. Повышение креатинина на ≥75 мкмоль/л в течение 48 часов или повышение креатинина до ≥4 раз по сравнению с исходным уровнем;
905. Повышение креатинина на ≥26,5 мкмоль/л в течение 48 часов или повышение креатинина до ≥1,5 раз по сравнению с исходным уровнем;
906. Повышение креатинина на 150 мкмоль/л в течение 48 часов или повышение креатинина до ≥10 раз по сравнению с исходным уровнем;
907. Олигоурическая форма ОПП это:
908. диурез менее 500 мл/сут;
909. диурез менее 200 мл/сут;
910. диурез менее 100 мл/сут;
911. диурез менее 1000 мл/сут;
912. диурез менее 50 мл/сут.
913. Наиболее оптимальный способ введения препаратов железа для пациентов с ХБП является:
914. внутривенный;
915. внутрь, per os;
916. внутримышечный;
917. подкожный;
918. per rectum.
919. Анемией у больных на ЗПТ следует считать снижение Hb:
920. <110 г/л у взрослых женщин и <130 г/л у взрослых мужчин;
921. <115 г/л у взрослых женщин и <135 г/л у взрослых мужчин;
922. <120 г/л у взрослых женщин и <130 г/л у взрослых мужчин;
923. <100 г/л у взрослых женщин и <120 г/дл у взрослых мужчин;
924. <130 г/л у взрослых женщин и <140 г/дл у взрослых мужчин.
925. Суточная экскреция альбумина незначительно повышенной степени:
926. <30 мг/сутки;
927. 30-300 мг/сутки;
928. >300 мг/сутки;
929. >3000 мг/сутки;
930. >5000 мг/сутки.
931. Суточная экскреция альбумина высокой степени:
932. <30 мг/сутки;
933. 30-300 мг/сутки;
934. >300 мг/сутки;
935. >3000 мг/сутки;
936. >5000 мг/сутки.
937. Суточная экскреция альбумина очень высокой степени начинается с протеинурии:
938. <30 мг/сутки;
939. 30-300 мг/сутки;
940. >300 мг/сутки;
941. >3000 мг/сутки;
942. >5000 мг/сутки.
943. Целевой уровень АД у больных с трансплантированной почкой:
944. САД < 130, но не ниже 110 и ДАД < 90, но не ниже 70 мм рт. ст.
945. САД < 125, но не ниже 110 и ДАД < 85, но не ниже 70 мм рт. ст.
946. САД < 120, но не ниже 110 и ДАД < 80, но не ниже 70 мм рт. ст.
947. САД < 130, но не ниже 120 и ДАД < 80, но не ниже 70 мм рт. ст.
948. САД < 120, но не ниже 100 и ДАД < 80, но не ниже 70 мм рт. ст.
949. Всем больным с АГ при ХБП рекомендуется поддерживать индекс массы тела (ИМТ):
950. в пределах 20-25 кг/м2
951. в пределах 25-30 кг/м2
952. в пределах 30-32 кг/м2
953. в пределах 33-35 кг/м2
954. в пределах 25-35 кг/м2
955. Независимо от этиологии ХБП и уровня альбуминурии / протеинурии не рекомендуется добиваться снижения АД ниже:
956. САД < 150 и ДАД < 100 мм рт. ст.;
957. САД < 140 и ДАД < 90 мм рт. ст.;
958. САД < 130 и ДАД < 80 мм рт. ст.;
959. САД < 120 и ДАД < 70 мм рт. ст.;
960. САД < 110 и ДАД < 70 мм рт. ст.
961. Рецидив при ФСГС отмечается при:
962. Увеличение протеинурии >3,5 г/cутки и альбумин сыворотки >35 г/л после того, как была достигнута полная ремиссия;
963. Увеличение протеинурии >5 г/cутки и альбумин сыворотки >25 г/л после того, как была достигнута полная ремиссия;
964. Увеличение протеинурии >1,5 г/cутки и альбумин сыворотки >35 г/л после того, как была достигнута полная ремиссия;
965. Увеличение протеинурии >2,0 г/cутки и альбумин сыворотки >50 г/л после того, как была достигнута полная ремиссия;
966. Увеличение протеинурии >1,0 г/cутки и альбумин сыворотки >35 г/л после того, как была достигнута полная ремиссия;
967. Стероидная зависимость это:
968. Развитие трех и более рецидивов стабильной протеинурии больше 300 мг/сут в год;
969. Развитие двух и более рецидивов стабильной протеинурии больше 1000 мг/сут., возникающих в течение двух недель после его отмены;
970. Развитие двух и более рецидивов стабильной протеинурии больше 300 мг/сут или нефротического синдрома, возникающих в течение четырех недель после его отмены;
971. Развитие двух и более рецидивов стабильной протеинурии больше 300 мг/сут или нефротического синдрома, возникающих во время снижения дозы преднизолона или в течение двух недель после его отмены;
972. Развитие двух и более рецидивов стабильной протеинурии больше 500 мг/сут или нефротического синдрома, возникающих во время приема дозы преднизолона или в течение четырех недель после его отмены.
973. Способ преодоления «адаптивного ответа дистального нефрона» заключается в:
974. сочетанном назначении тиазидных диуретиков и Са блокаторов;
975. сочетанном назначении петлевых диуретиков и иАПФ;
976. сочетанном назначении петлевых диуретиков и тиазидных диуретиков;
977. комбинированном назначении иАПФ и БРА;
978. сочетанном назначении иАПФ и тиазидных диуретиков;
979. Для лечения дебюта нефротического синдрома при БМИ, иммуносупрессивной терапией первой линии являются:
980. ингибиторы кальциневрина;
981. циклофосфамид;
982. глюкокортикоиды 1 мг/кг в один прием;
983. глюкокортикоиды 0,5 мг/кг в один прием;
984. глюкокортикоиды 2,0 мг/кг в один прием;
985. При развитии рецидива нефротического синдрома в период отмены

преднизолона, рекомендовано:

1. отменить преднизолон и начать иммуносупрессию препаратам второй линии;
2. дополнительно к преднизолону назначить циклофосфамид;
3. вновь увеличить дозу преднизолона до первоначального уровня
4. увеличить дозу преднизолона до 0,5 г/кг в один прием;
5. дополнительно к преднизолону назначить иАПФ.
6. Клиническая картина БМИ характеризуется:
7. наличием рефрактерной артериальной гипертензии;
8. прогрессирующим снижением почечной функции;
9. быстрым (внезапным) развитием нефротического синдрома в дебюте заболевания;
10. быстрым развитием нефритического синдрома в дебюте заболевания;
11. изолированным мочевым синдромом.
12. Для БМИ характерны:
13. высокоселективная протеинурия и отсутствие изменений мочевого осадка и артериальной гипертензии;
14. высокоселективная протеинурия и наличие артериальной гипертензии;
15. высокоселективная протеинурия, гематурия;
16. наличие мочевого осадка и артериальной гипертензии;
17. наличие мочевого осадка, дислипидемии и артериальной гипертензии.
18. При иммуноморфологическом анализе для БМИ характерно:
19. наличие отложений иммуноглобулинов IgG и фракций комплемента С3, С4 в структурах нефрона;
20. отсутствие отложений иммуноглобулинов и фракций комплемента в структурах нефрона;
21. наличие отложений иммуноглобулинов IgA;
22. наличие отложений иммуноглобулинов IgG;
23. наличие фракций комплемента С3, С4 в структурах нефрона;
24. Ультраструктурными изменениями, характерными для БМИ и выявляемыми при трансмиссионной электронной микроскопии, следует считать:
25. диффузное распределенные по базальной мембране всех капилляров субэпителиальных гранул электронно-плотного материала;
26. диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация;
27. пролиферацию клеток и основного вещества мезангиума и утолщением стенок капилляров (базальных мембран);
28. феномен «трамвайной линии»;
29. отложения амилоида.
30. Патогенетическую роль в развитии первичной (идиопатической) формы БМИ играет:
31. дисфункция Т-клеточного звена иммунитета;
32. генетически детерминированные изменения протеинов щелевидной диафрагмы и цитоскелета подоцитов;
33. дисфункция В-клеточного звена иммунитета;
34. дисфункция Т-клеточного звена иммунитета и генетически детерминированные изменения протеинов щелевидной диафрагмы и цитоскелета подоцитов;
35. аномальное гликозилирование и полимеризацию IgA с отложением иммунных комплексов, содержащих аномальный IgA в клубочках.
36. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

1. 10-12 дней

2. 3-4 дня

3. неделя

4. месяц

5. 2 месяца

1. Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом?

1. до 2 лет

2. с 2-летнего возраста до 40 лет

3. климактерический период

4. период менопаузы

5. пубертатный период

1. Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены (выберите правильную комбинацию ответов):

1. гиперволемией, спазмом сосудов;

2. гиперволемией, задержкой натрия и воды

3. гиперволемией, задержкой натрия и воды, повышением концентрации простагландинов;

4. задержкой натрия и воды, спазмом сосудов;

5. гиперволемией, задержкой натрия и воды, спазмом сосудов.

1. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита? Выберите правильную комбинацию ответов:

1. отеки, гипертония, гематурия

2. гипертония, гематурия, сердцебиение

3. отеки, гематурия, сердцебиение

4. отеки, одышка, гипертония

5. отеки, гипертония, сердцебиение

1. Клиническими проявлениями facies nefritica являются (выберите правильную комбинацию ответов):

1. отеки лица, геморрагическая сыпь на лице, бледность кожи

2. отеки лица, акроцианоз, геморрагическая сыпь на лице

3. отеки лица, акроцианоз, набухание шейных вен

4. отеки лица, бледность кожи

5. отеки лица, геморрагическая сыпь на лице, набухание шейных вен

1. Характерные гемодинамические расстройства при остром гломерулонефрите (выберите правильную комбинацию ответов):

1. расширение полостей сердца, акцент второго тона над аортой

2. расширение полостей сердца, низкое диастолическое давление

3. расширение полостей сердца, акцент второго тона над аортой, низкое пульсовое давление

4. расширение полостей сердца, акцент второго тона над аортой, низкое диастолическое давление, низкое пульсовое давление

5. расширение полостей сердца, низкое пульсовое давление, шум Грехема-Стилла

1. Значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите придается (выберите комбинацию ответов):

1. задержке Na+и воды, сужению почечных артерий

2. задержке Na+и воды, увеличению ОЦК и ударного объема сердца, сужению почечных артерий

3. сужению почечных артерий, гиперкатехоламинемии

4. задержке Na+и воды, сужению почечных артерий, гиперкатехоламинемии

5. задержке Na+и воды, увеличению ОЦК и ударного объема сердца

1. Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите связаны (выберите комбинацию ответов):

1. с набуханием почек, с нарушениями уродинамики, с инфарктом почек

2. с нарушениями уродинамики, с инфарктом почек

3. с набуханием почек, с нарушениями уродинамики

4. с наличием конкрементов, с апостематозными изменениями паренхимы почек, с нарушениями уродинамики

5. с наличием конкрементов, с набуханием почек, с нарушениями уродинамики

1. Какие признаки являются характерными для острого гломерулонефрита?Выберите правильную комбинацию ответов:

1. изостенурия, увеличение плотности мочи

2. изостенурия, щелочная реакция мочи

3. изостенурия, увеличение нейтрофилов в моче

4. увеличение плотности мочи, щелочная реакция мочи

5. изостенурия, увеличение лимфоцитов в моче

1. Иммунологические сдвиги при постстрептококковом гломерулонефрите (выберите правильную комбинацию ответов):

1. высокие титры антител к антигенам стрептококка, повышение титра почечных аутоантител, наличие антинуклеарных антител, низкий уровень комплемента

2. высокие титры антител к антигенам стрептококка, повышение титра почечных аутоантител, наличие антинуклеарных антител, высокий уровень комплемента

3. высокие титры антител к антигенам стрептококка, повышение титра почечных аутоантител

4. высокие титры антител к антигенам стрептококка, низкий уровень комплемента

5. высокие титры антител к антигенам стрептококка, высокий уровень комплемента

1. Осложнения острого гломерулонефрита (выберите комбинацию ответов:

1.олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН, массивное почечное кровотечение, эклампсия

2.олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН, тромбоэмболический синдром

3.олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН, тромбоэмболический синдром, острая левожелудочковая недостаточность

4.олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН, эклампсия, острая левожелудочковая недостаточность

5.олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН, эклампсия, тромбоэмболический синдром, острая левожелудочковая недостаточность

1. Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:

1. отеки

2. наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии

3. артериальная гипертония

4. макрогематурия

5. гипостенурия

1. Цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при ОГ? Выберите комбинацию ответов:

1.воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию, увеличение перфузии ишемизированных клубочков

2.профилактика коронарного тромбоза, профилактика тромбоэмболий, воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию, профилактика тромбоза почечной артерии, увеличение перфузии ишемизированных клубочков

3.профилактика коронарного тромбоза, профилактика тромбоэмболий, воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию

4.профилактика коронарного тромбоза, профилактика тромбоэмболий, воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию, профилактика тромбоза почечной артерии

5.профилактика тромбоэмболий, воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию, профилактика тромбоза почечной артерии,увеличение перфузии ишемизированных клубочков

1. Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите?

1. ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки

2. увеличение потребления хлорида натрия

3. увеличение количества потребляемой жидкости

4. повышение потребления К+-содержащих продуктов

5. ограничение легкоусвояемых углеводов

1. Диагностическими критериями нефротического синдрома являются (выберите правильную комбинацию ответов):

1.протеинурия более 3,5 г/сутки, гипергаммаглобулинемия, гипер-альфа2-глобулинемия

2.гипергаммаглобулинемия, гипер-альфа2-глобулинемия

3.протеинурия более 3,5 г/сутки, гипер-альфа2-глобулинемия

4.протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия

5.протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия

1. К нефротическому синдрому приводят (выберите правильную комбинацию ответов):

1.хронический гломерулонефрит, амилоидоз

2.хронический гломерулонефрит, амилоидоз, туберкулез легких, тромбоз почечных вен

3.хронический гломерулонефрит, амилоидоз, тромбоз почечных вен

4.туберкулез легких, тромбоз почечных вен

5.хронический гломерулонефрит, тромбоз почечных вен

1. Какие системные заболевания осложняются нефротическим синдромом? Выберитеправильную комбинацию ответов:

1.системная красная волчанка, склеродермия

2.системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия

3.ревматоидный артрит, дерматомиозит

4.системная красная волчанка, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, склеродермия

5.системная красная волчанка, ревматоидный артрит, дерматомиозит

1. Главным признаком нефротического синдрома является:

1. лейкоцитурия

2. протеинурия

3. гематурия

4. цилиндрурия

5. бактериурия

1. К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся (выберите правильную комбинацию ответов):

1.глюкокортикоиды, антикоагулянты

2.диуретики, глюкокортикоиды, антикоагулянты

3.глюкокортикоиды, цитостатики

4.цитостатики, антикоагулянты

5.глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты

1. Стероидная терапия противопоказана при (выберите правильную комбинацию ответов):

1.амилоидозе, диабетическом нефротическом синдроме

2.амилоидозе, лекарственном нефротическом синдроме, 4

3.лоханочном нефротическом синдроме, диабетическом нефротическом синдроме

4.лоханочном нефротическом синдроме, лекарственном нефротическом синдроме, диабетическом нефротическом синдроме

5.амилоидозе, гломерулонефрите

1. Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при (выберите комбинацию ответов):

1.мембранозном нефрите, внелегочном туберкулезе

2.нагноительных заболеваниях, нефритах при системных заболеваниях

3.мембранозном нефрите, пневмоцистной пневмонии

4.нагноительных заболеваниях, обострении латентной инфекции

5.мембранозном нефрите, узелковом периартериите, нефритах при системных заболеваниях

1. Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе? Выберите правильную комбинацию ответов:

1.почка, селезенка, печень

2.почка, селезенка, толстый кишечник

3.почка, печень, сердце

4.тонкий кишечник, сердце

5.почка, сердце, селезенка

1. Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?

1. протеинурия

2. гематурия

3. лейкоцитурия

4. цилиндрурия

5. изостенурия

1. Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе? Выберите правильную комбинацию ответов:

1.липопротеидемия, гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия

2.липопротеидемия, гипергаммаглобулинемия

3.гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия

4.гипергаммаглобулинемия

5.липопротеидемия, гипоальбуминемия

1. Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях?Выберите правильную комбинацию ответов:

1.десны, слизистой оболочки прямой кишки

2.слизистой оболочки прямой кишки, почек

3.десны, слизистой оболочки прямой кишки, почек

4.почек, кожи

5.печени, почек

1. Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются: 1) клетки мезангия 2) мононуклеарные лейкоциты 3) тромбоциты 4) полинуклеарные лейкоциты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.мононуклеарные лейкоциты, полинуклеарные лейкоциты

2.клетки мезангия, мононуклеарные лейкоциты, тромбоциты

3.мононуклеарные лейкоциты, тромбоциты, полинуклеарные лейкоциты

4.клетки мезангия, адипоциты

5.клетки мезангия, полинуклеарные лейкоциты

1. Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите? 1) протеинурия 2) эритроцитурия 3) трансферринурия 4) ухудшение кровоснабжения канальцев. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.протеинурия, эритроцитурия

2.протеинурия, эритроцитурия, олксалатурия, ухудшение кровоснабжения канальцев

3.протеинурия, эритроцитурия, трансферринурия

4.изостенурия, ухудшение кровоснабжения канальцев

5.протеинурия, трансферринурия, ухудшение кровоснабжения канальцев

1. Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют (выберите правильную комбинацию ответов):

1.внутриклубочковую гипертензию, системную гипертензию

2.нарушения проницаемости сосудистой стенки, иммунокомплексное повреждение

3.внутриклубочковую гипертензию, системную гипертензию, нарушения проницаемости сосудистой стенки, иммунокомплексное повреждение

4.внутриклубочковую гипертензию, нарушения проницаемости сосудистой стенки, иммунокомплексное повреждение

5. внутриклубочковую гипертензию, иммунокомплексное повреждение

1. Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:

1. массивной протеинурии >3,5 г/сутки

2. длительно персистирующего острого нефритического синдрома

3. массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией

4. стойкой высокой артериальной гипертензии

5. протеинурии 100-300 мг/сутки

1. Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время используются (выберите правильную комбинацию ответов):

1.глюкокортикоиды, цитостатики

2.глюкокортикоиды, гепарин, цитостатики

3.глюкокортикоиды, гепарин, курантил, цитостатики

4.глюкокортикоиды, индометацин

5.глюкокортикоиды, гепарин, индометацин

1. Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:

1. несколько суток

2. несколько недель

3. 2-3 месяца

4. 6 месяцев

5. от 6 месяцев до 2 лет

1. При лечении хр. Гломерулонефритапредпочтительнее (выберите):

1.предпочтительнее метилпреднизолон, цитостатики часто ухудшают функцию почек, экстракорпоральные методы очищения имеют вспомогательное значение

2.предпочтительнее метилпреднизолон, но цитостатики применяются в любом случае

3.цитостатики применяются в любом случае, экстракорпоральные методы очищения имеют вспомогательное значение

4.предпочтительнее метилпреднизолон, но цитостатики применяются в любом случае, экстракорпоральные методы очищения имеют вспомогательное значение

5.предпочтительнее метилпреднизолон, экстракорпоральные методы очищения играют ведущую роль

1. С какой частотой хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита?

1. в 80-90%

2. в 50 %

3. в 25%

4. в 100%

5. в 10-20%

1. При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании?

1. мезангиопролиферативном

2. мезангиокапиллярном

3. мембранозном

4. минимальных изменениях клубочков

5. фибропластическом

1. Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым?

1. гематурический

2. латентный

3. нефротический

4. гипертонический

5. смешанный

1. Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите?

1. проба по Нечипоренко

2. проба Зимницкого

3. проба Реберга-Тареева

4. проба Аддиса-Каковского

5. проба Амбюрже

1. Какой вариант хронического гломерулонефрита часто проявляется рецидивирующим остронефритическим синдромом?

1. мезангиопролиферативный

2. мезангиокапиллярный

3. мембранозный

4. минимальные изменения клубочков

5. фибропластический

1. Какие осложнения характерны для нефротической формы хронического гломерулонефрита? 1) пионефроз 2) некроз почечных сосочков 3) гиповолемический шок 4) острый тромбоз почечных вен 5) острая сердечная недостаточность. Выберите:

1.острый тромбоз почечных вен, пионефроз

2.некроз почечных сосочков, гиповолемический шок

3. пионефроз, некроз почечных сосочков

4.гиповолемический шок, острый тромбоз почечных вен, острая сердечная недостаточность

5.пионефроз, некроз почечных сосочков, гиповолемический шок

1. Признаки, позволяющие отличить хр. гломерулонефрит от острого? Выберите:

1.наличие дизурических явлений, выраженная лейкоцитурия

2.выраженная гипертрофия левого желудочка, увеличение размеров почек, выраженная лейкоцитурия

3.наличие дизурических явлений, выраженная гипертрофия левого желудочка, уменьшение размеров почек, выраженная лейкоцитурия

4.наличие дизурических явлений

5.выраженная гипертрофия левого желудочка, уменьшение размеров почек

1. Признаки, отличающие хр. гломерулонефрит от хр. пиелонефрита? Выберите:

1.нет асимметрии поражения почек, высокая протеинурия + гематурия + цилиндрурия

2.лихородка с ознобом, асимметрия поражения почек, высокая лейкоцитурия, бактериурия

3.лихородка с ознобом, нет асимметрии поражения почек

4.лихородка с ознобом, асимметричность поражения почек, высокая протеинурия + гематурия + цилиндрурия

5.лихородка с ознобом, нет асимметрии поражения почек, высокая протеинурия + гематурия + цилиндрурия, высокая лейкоцитурия, бактериурия

1. Признаки ХГН, отличающие его отГБ? Выберите:

1.повышение АД перед мочевым синдромом, частые сосудистые осложнений (инсульт, инфаркт), редкие гипертонические кризы

2.мочевой синдром перед повышением АД, редкие гипертонические кризы

3.повышение АД перед мочевым синдромом, редкие гипертонические кризы

4.редкие гипертонические кризы, выраженные изменения глазного дна

5.мочевой синдром перед повышением АД, частые сосудистые осложнений (инсульт, инфаркт), выраженные изменения глазного дна

1. Признаки, отличающие нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков (выберите):

1.суточная протеинурия более 3 граммов

2.локализация отеков на нижних конечностях, увеличение печени, суточная протеинурия более 3 граммов

3.отсутствие заболеваний сердца, локализация отеков на нижних конечностях, увеличение печени, суточная протеинурия более 3 граммов

4.локализация отеков на нижних конечностях, увеличение печени

5.отсутствие заболеваний сердца, суточная протеинурия более 3 граммов

1. Показания к назначению кортикостероидов при хр. Гломерулонефрите (выберите):

1.высокая активность процесса, изолированная гематурия

2.высокая активность процесса, гипертонический синдром

3.высокая активность процесса, изолированная протеинурия

4.изолированная гематурия, гипертонический синдром

5.высокая активность процесса, нефротический синдром без гипертонии и гематурии

1. При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее показаны кортикостероиды?

а) фибропластическом

б) мезангиокапиллярном

в) фокальном сегментарном гломерулосклерозе

г) мембранозном

д) минимальных изменениях клубочков

1. Какие признаки несут информацию о функциональных способностях почки?Выберите правильную комбинацию ответов:

1.содержание белка в моче, снижение клубочковой фильтрации, повышение мочевины, повышение креатинина в плазме

2.изостенурия, снижение клубочковой фильтрации, повышение мочевины, повышение креатинина в плазме

3.повышение клубочковой фильтрации, снижение мочевины

4.повышение мочевины, повышение креатинина в плазме

5.снижение клубочковой фильтрации, повышение мочевины, повышение креатинина в плазме

1. Изменение биохимических показателей при хронической почечной недостаточности:

1. гиперальбуминемия

2. дислипидемия

3. гиперкреатининемия

4. уробилинурия

5. гипербилирубинемия

1. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности:

1. 40 мл/мин

2. 30 мл/мин

3. 20 мл/мин

4. 15 мл/мин

5. 5 мл/мин

1. От чего зависит темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности?

1. от повышения прямого билирубина

2. от повышения непрямого билирубина

3. от нарушения выделения урохромов

4. от нарушения конъюгированного билирубина

5. от нарушения секреции билирубина