001. Щеточная кайма в нефроне имеется в:

Проксимальном канальце

Петле Генле

Дистальном извитом канальце

Связующем отделе

Собирательной трубке

002. Экскреция калия с мочой определяется величиной:

Клубочковой фильтрации

Проксимальной секреции калия

Дистальной реабсорбции калия

Проксимальной реабсорбции калия

Дистальной секреции калия

003. Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном в:

Проксимальном канальце

Петле Генле

Дистальном канальце

Собирательной трубочке

004. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

Полностью

Частично

Не фильтруются

Полностью фильтруется только глюкоза

Полностью фильтруется только креатинин

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

Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.

Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.

Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин

Снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.

ни один из перечисленных факторов

006. Назовите ведущий механизм концентрирования мочи:

Активная реабсорбция Nа в восходящем колене петли Генле

Активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле

Воздействие АДГ на петлю Генле

Повышение проницаемости

Активный транспорт воды в дистальном нефроне

007. У больного – мужчины 40 лет с весом тела 70 кг – уровень креатинина крови 140 мкмоль/л. Величина скорости клубочковой фильтрации равна:

12, 5 мл/мин

35,8 мл/мин

61,5 мл/мин

100 мл/мин

298 мл/мин

008. Какое утверждение, касающееся ортостатической протеинурии, неверно?

Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента

У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая

протеинурия

У большинства пациентов развивается почечная недостаточность

Суточная протеинурия не превышает 1г.

Справедливы все перечисленные положения

009. Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия?

Острый нефрит

IgА - нефрит

Амилоидоз почек

Синдром Альпорта

Туберкулез почки

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

Отеки

Сывороточный альбумин ниже 30 г/л

Суточная протеинурия более 3,5 г

Гиперхолестеринемия

Гиперкоагуляция

011. Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной нефротического синдрома?

Гломерулонефрит

Поликистоз почек

Тромбоз почечных вен

Волчаночный нефрит

Диабетическая нефропатия

012. У больного следующие лабораторные показатели: креатинин крови 120 мкмоль/л, nа сыворотки 135 ммоль/л, калий - 2 ммоль/л, с1 крови -110 ммоль/л, нсо крови - 15 мэкв/л. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

Определение в моче экскреции ионов водорода аммония и бета-

2- микроглобулина

Перевод на лечение хроническим гемодиализом

Проведение пункционной биопсии почки

Исследование мочевого осадка

Исследование альдостерона мочи

013. Симптомы поражения проксимальных канальцев включают все, кроме:

Почечный канальцевый ацидоз

Фосфат-диабет

Почечная глюкозурия

Почечный несахарный диабет

Синдром Фанкони

014. Протеинурия переполнения встречается при:

лекарственном нефрите

Миеломной болезни

Поликистозе почек

Амилоидозе с поражением почек

Мочекаменной болезни

015. Основной клинический признак нефротического синдрома:

Повышение АД

Сердцебиение

Отеки

Дизурия

016. Укажите возможные этиологические факторы гломерулонефрита

бета-гемолитический стрептококк

вирус гриппа

злокачественная опухоль

алкоголь

пищевой аллерген

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

Болезнь минимальных изменений

Мембранозный нефрит

Мезангиопролиферативный нефрит

Мезангиокапиллярный нефрит

Волчаночный нефрит

018. Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?

Селективная протеинурия

Преимущественное развитие у детей

Артериальная гипертония

Макрогематурия

Хороший прогноз

019. Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиться:

Мембранозный нефрит

Мезангиокапиллярный нефрит

Формирование полулуний

Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)

Ни одна из перечисленных морфологических форм

020. Какое из перечисленных утверждений не характерно для мембранозного ГН?

В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Преобладают мужчины

Заболевание начинается исподволь, незаметно

Уровень комплемента нормален

Часто встречается макрогематурия

021. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового ГН, неверно?

Гипертония необычна для дебюта болезни

Энцефалопатия наиболее часта у детей

Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков

В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения

Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

022. Какое положение, касающееся быстропрогрессирующего ГН, неверно?

Возможен антительный механизм развития

Возможен иммунокомплексный механизм развития

Возможно отсутствие иммунных депозитов на БМК при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки

Морфологический эквивалент быстропрогрессирующего ГН – полулунный ГН

Прогноз не зависит от количества клубочков с полулуниями

023. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (ig а-нефрит), неверно?

У большинства больных отмечается НС

Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия

Чаще болеют мальчики и мужчины

Существует тесная связь с респираторной инфекцией

Патогномоничны депозиты Ig А в мезангии клубочков

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

Минимальные изменения

Мезангиопролиферативный

Фибропластический

Мезангиомембранозный

Мембранозный

025. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения ХГН нефротического типа

0,3 - 0,4 мг

0,5 - 0,6 мг

0,7 - 0,8 мг

1 мг

026. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

Узелковом периартериите с поражением почек

Активном волчаночном нефрите

ХГН нефротического типа

Быстропрогрессирующем нефрите

При всех перечисленных заболеваниях

027. К побочным действиям цитостатиков относятся следующие состояния:

Лейкопения

Агранулоцитоз

Инфекционные осложнения

. Олиго-азооспермия

Сахарный диабет

028. 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 29 г/л. Наиболее вероятная причина описанных

Изменений кожи:

Рожеподобная эритема при нефротическом кризе

Рожистое воспаление кожи

Тромбофлебит подкожных вен

Узловатая эритема

Опоясывающий лишай

029. При каких заболеваниях целесообразно производить посев мочи:

При остром гнойном пиелонефрите

При хроническом латентном гломерулонефрите

При хроническом активном пиелонефрите

При амилоидозе почек

При гипертоническом нефроангиосклерозе

030. Какое минимальное количество лейкоцитов в моче называют лейкоцитурией:

8 в поле зрения, или 4 000 в 1 мл

15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл

3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл

031. При лечении какими препаратами чаще развивается острый лекарственный нефрит:

Ибупрофен

D-пеницилламин

Антибиотики

032.С какого срока начинаются нарушения уродинамики при беременности:

С 15-20 нед

С 5-6 нед

С 2-4 нед

С 30 нед

033. Для каких заболеваний (из указанных) лейкоцитурия является характерным признаком:

Пиелонефрит

Гломерулонефрит

Амилоидоз почек

Цистит

034. Чем клинически проявляется интерстициальный нефрит при подагре:

Гематурия

Повышение артериального давления

Нефротический синдром

035 Назовите один из общих принципов лечения комбинированной хирургической патологии, осложненной лучевой болезнью.

Антидотная терапия.

Борьба с инфекцией.

Введение реактиваторов холинэстеразы.

036. Осложнением какой патологии (из указанной) может быть бактериемический шок:

Гломерулонефрит

Подагрическая нефропатия

Амилоидоз почек

Пиелонефрит

037. Препараты выбора (из указанных) при лечении активного пиелонефрита

Полусинтетические пенициллины

Фторхинолоны

Макролиды

Тетрациклины

038. Цефалоспорин - препарат выбора при лечении активного пиелонефрита (из указанных)

Цефтриаксон

Цефазолин

Кефзол

039. Наиболее опасный для развития активного пиелонефрита период беременности

22-28 недель

15-20 недель

3-4 недели

040. Возможное почечное осложнение при подагре помимо интерстициального нефрита:

Мочекаменная болезнь

Синдром Фанкони

Амилоидоз

041. Гиперурикемия у мужчин устанавливается при уровне мочевой кислоты в крови:

Выше 0,43 ммоль/л

Выше 0,20 ммоль/л

Выше 0,15 ммоль/л

Ниже 0,40 ммоль/л

042. При каких заболеваниях может развиваться вторичный амилоидоз:

При ревматоидном артрите

При бронхоэктазах

При остром бронхите

При неспецифическом язвенном колите

043. Наличие какого компонента в сыворотке крови предшествует вторичному амилоидозу:

Преальбумина

Легких цепей иммуноглобулинов

Белка SAA

В2-микроглобулин

044. Наиболее информативно гистологическое исследование для диагностики амилоидоза:

Ткани почки

Слизистой оболочки прямой кишки

Подкожного жира

Десны

045. Какой препарат (из указанных) используется для лечения гиперурикемии:

Тиазидные мочегонные

Курантил

Аллопуринол

Бенамид

046. Какие органы наиболее часто поражаются при старческом амилоидозе:

Сердце, аорта

Головной мозг

Почки

Поджелудочная железа

Кожа

047. Нефротический синдром при амилоидозе в случае развития хронической почечной недостаточности:

Легко купируется стероидами

Сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

Встречается очень редко

Исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

048. Возможные причины развития острой мочекислой блокады:

Лучевая терапия

Лечение опухоли цитостатиками

Распад опухоли

Прием алкоголя

049. Какие варианты поражения почек являются типичными для сахарного диабета?

Хронический пиелонефрит

Диабетическая нефропатия

Сосочковый некроз

Поликистоз почек

Острая уратная блокада.

050. Какие проявления свойственны доклинической стадии диабетической нефропатии?

Нефротический синдром

Микроальбуминемия

Гематурия

051. Какие ревматические заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?

Системная красная волчанка

Ревматоидный артрит

Болезнь Бехтерева

Псориатический артрит

Узелковый периартериит

052. У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:

Наследственный нефрит

Периодическая болезнь, амилоидоз

Системная красная волчанка

Хронический гломерулонефрит

Хронический панкреатит

053. Какие положения, касающиеся диализного амилоидоза, верны?

Развивается через 10 и более лет от начала лечения гемодиализом

Белком-предшественником является бета2 - микроглобулин

Определяет прогноз пациента на гемодиализе

Характеризуется поражением костей, сосудов

Патогномоничны параорбитальные геморрагические высыпания и макроглоссия

054. Для лечения амилоидоза при периодической болезни колхицин назначают в дозе:

20 - 30 мг в сутки

10 мг в сутки

2 мг в сутки

0,5 - 1 мг в сутки

055. 60-летняя больная жалуется на слабость, боли в позвоночнике. Уровень НВ 65 г/л. Протеинурия 22 г в сутки, уровень альбуминов сыворотки крови 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз?

Хронический ГН в стадии уремии

Миеломная болезнь.

Хронический пиелонефрит.

Поликистоз почек.

056. Терапия стероидами показана при:

ХГН гипертонического типа

ХГН латентного типа

Амилоидоз с поражением почек

Активный волчаночный нефрит

ГН в стадии терминальной уремии

057. Цитостаки применяются при:

Узелковом периартериите с поражением почек

Активном волчаночном нефрите

ХГН нефротического типа

Быстропрогрессирующем нефрите

При всех перечисленных заболеваниях

058. 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 400 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

Постинфекционный гломерулонефрит

Гранулематоз Вегенера

Синдром Гудпасчера

Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

059. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с JGA нефритом?

Белок 0,13 г/л, эритроциты 40-60 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 8-10 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

060. Для миеломной почки характерны:

Протеинурия от следовой до выраженной

Гематурия

Нефротический синдром

Канальцевые нарушения

Артериальная гипертония

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

Узелковый полиартериит

Острый алкогольный гепатит

Васкулит с криоглобулинемией

Болезнь Шенлейн-Геноха

062. Выберите характерную для гранулематоза Вегенера триаду поражения:

Поражение верхних дыхательных путей

Коронарит

Серозиты

Инфильтраты в легких, склонные к распаду

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит

063. 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 500 мкмоль/л, холестерин 10 ммоль/л. У больной:

Амилоидоз

Острый нефрит

Гранулематоз Вегенера

Ревматоидный артрит

Волчаночный нефрит

064. 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 500 мкмоль/л, холестерин 10 ммоль/л. Укажите ведущий нефрологический синдром:

Нефротический синдром

Хроническая почечная недостаточность

Быстропрогрессирующий нефрит

Канальцевые дисфункции

Гематурия

065. 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 500 мкмоль/л, холестерин 10 ммоль/л. Тактика ведения больной:

Сделать биопсию почки

Монотерапия преднизолоном 60 мг/сутки

Назначение преднизолона 60 мг/сут, на фоне которого проводить пульстерапию преднизолоном и циклофосфаном

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

Лекарственного нефрита

Хронического нефрита у

Гранулематоза Вегенера

Геморрагического васкулита

Амилоидоза

067. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

Хронического нефрита гипертонического типа

Узелкового полиартериита

Амилоидоза с поражением почек

Геморрагического васкулита

068. 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?

СКВ

Неспецифический аортоартериит

Фибромускулярная гиперплазия

Узелковый периартериит

Микроскопический полиангиит.

069. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:

Хронический ГН

Хронический пиелонефрит

Множественная миелома

Поликистоз почек

Рак паренхимы почек

070. Выраженная протеинурия (более 4 г/сутки) без формирования нефротического синдрома в сочетании с гиперпротеинемией заставит вас подумать прежде всего:

Циррозе печени

Хроническом ГН латентного течения

Туберкулезе почек

СКВ

Парапротеинемических гемобластозах

071. Больная 40 лет, в возрасте 20 лет после родов (крупная двойня), отмечали общий спланхноптоз. Через 13 лет появились головные боли, слабость, тошнота, периодически боли в поясничной области. При обращении к врачу зарегистрировано повышение АД до 150/100 мм рт.ст. В анализе мочи обнаружены бактерии, других изменений не выявлено. Диагностирована гипертоническая болезнь. Гипотензивная терапия с самого начала малоэффективна. Со временем АД установилось на цифрах 180-190/110-120 мм рт.ст. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать состояние больной?

Нефроптоз почек, хронический пиелонефрит, симптоматическая гипертония

Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант

Амилоидоз почек

072. Укажите симптомы поражения проксимальных канальцев:

Почечный канальцевый ацидоз

Фосфат-диабет

Почечная глюкозурия

Почечный несахарный диабет

Синдром Фанкони

073. Какие клинические проявления характерны для нефроптоза?

Почечные колики

Гематурия, связанная с физической нагрузкой

Астеническое телосложение пациентов

Анемия

Нейровегетативные нарушения

074. При электронной микроскопии почечного биоптата обнаружены равномерно тонкие базальные мембраны капилляров. Для какого заболевания это характерно?

Синдром Альпорта

ИГА – нефрит

Болезнь минимальных изменений

Семейная доброкачественная гематурия

075. Для почечного канальцевого ацидоза 2 типа характерно:

Снижение реабсорбции бикарбоната в проксимальных канальцах

Повышение секреции водородных ионов в дистальных канальцах

Гиперурикозурия

076. Для почечного канальцевого ацидоза 1 типа характерно:

Повышение реабсорбции бикарбоната в проксимальных канальцах

Снижение секреции водорода в дистальных канальцах

Повышение секреции антидиуретического гормона

077. Наиболее частый тип наследования синдрома Альпорта

Аутосомно – рецессивный

Сцепленный с Х – хромосомой

Аутосомно – доминантный

Сцепленный с Y – хромосомой

078. Эпизоды макрогематурии могут быть при следующих заболеваниях:

Аутосомно – доминантный поликистоз почек

Рак почки

Амилоидоз почек

Диабетическая нефропатия

079. Укажите заболевания, характеризующиеся увеличением размеров почек:

Амилоидоз почек

Быстропрогрессирующий ГН

Поликистоз почек

Хронический пиелонефрит

Хронический ГН

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

Проба Реберга

Ультразвуковое исследование почек

Проба Зимницкого

Провокационная проба с преднизолоном

Определение уровня мочевины сыворотки

081. Какие препараты не следует назначать при пиелонефрите в стадии ХПН?

Аминогликозиды

Цефтриаксон

Ципрофлоксацин

Полимиксины

Амоксициллин

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

Тяжелый метаболический ацидоз

Выраженная олигурия

Анасарка

Высокая гиперкалиемия

Тяжелая гипертония

083. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при терминальной ХПН в преддиализной стадии?

Гипотиазид

Эналаприл

Амлодипин

Верошпирон

084. Укажите основную причину анемии при ХПН:

Железодефицит

Дефицит вит. В-12 и фолиевой кислоты

Хронический гемолиз

Уменьшение синтеза эритропоэтина

Хроническая интоксикация алюминием

085. Выберите препараты, эффективные при нефрогенной анемии:

Венофер

Андрогены

Рекормон

Витамин В-12

Эпрекс

086. Выделите противопоказания к лечению эритропоэтином:

Абсолютный дефицит железа

Выраженная гипотония

Гемохроматоз

Трудноконтролируемая гипертензия

Хр. интоксикация алюминием

087. Выберете наиболее характерные для ХПН формы поражения костной ткани:

Фиброзный остеит

Остеопороз

Остеомаляция

Асептический некроз головок бедренных костей

Адинамическая костная болезнь

088. Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза:

Обогащение диеты фосфором

Обогащение диеты кальцием

Применение фосфор-связывающих препаратов

Применение кальцитриола

Применение тиреокальцитонина

089. Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии ХПН

Гипокалиемия

Объем-натрий зависимая гипертензия

Стенозирующий атеросклероз обеих почечных артерий

Ренин-зависимая гипертензия

Гиперкалиемия

090. При каком значении скорости клубочковой фильтрации можно устанавливать диагноз хронической болезни почек даже в отсутствие других признаков почечного поражения:

Ниже 90 мл/мин

Ниже 60 мл/мин

091. Какой симптом (из перечисленных) не имеет отношения к азотемической интоксикации:

Кожный зуд

Тошнота, рвота

Полиурия, полидипсия

Эритроцитоз

092. Наиболее ранние признаки хронической почечной недостаточности:

Полиурия

Гиперкалиемия

Повышение артериального давления

Полидипсия

093. Какую группу препаратов следует выбрать для лечения артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности:

Верошпирон

Тиазидовый диуретик и β-адреноблокатор

Фуросемид в сочетании с β-адреноблокатором

Антагонисты кальция

094. Общее количество калия в организме при терминальной стадии хронической недостаточности:

Не изменяется

Повышается

Понижается

095. В течение какого времени необходимо наблюдать больного после острой почечной недостаточности:

12 мес.

0,5-4 мес.

1-6 мес.

096. В каком объеме можно вводить жидкость больному с острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии и признаков гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут:

До 1500 мл/сут

До 200 мл/сут

До 700 мл/сут

097. Ведущая причина острой почечной недостаточности при шоке:

Сопутствующая инфекция

Вегетативные нарушения

Влияние токсических веществ поврежденных тканей

Образование комплексов антиген — антитело

Падение артериального давления

098. Какое осложнение угрожает больному в стадии восстановления диуреза при острой почечной недостаточности:

Гипергидратация

Отек легких

Уремический перикардит

Гипокалиемия

099. При каких состояниях может наблюдаться гипокалиемия:

Реноваскулярная гипертензия

Олигурическая почечная недостаточность

Болезнь Иценко — Кушинга

Ренинсекретирующая опухоль

Первичный гиперальдостеронизм

100. Какие морфологические изменения почек находят в большинстве случаев развития острой почечной недостаточности:

Острый тубулярный некроз и острый очаговый кортикальный некроз

Острый тубулярный некроз

Острый кортикальный некроз

101. Что является непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного гемодиализа:

Гиперурикемия

Гиперкалиемия

Повышение содержания креатинина в крови

Гиперфосфатемия

Повышение содержания мочевины в крови

102. Показание для изолированной ультрафильтрации:

Констриктивный перикардит

Гипотоническая гипергидратация и отек мозга

Ацидоз с дефицитом буферных оснований (BE) -15 мэкв/л

Гипопротеинемия 45 г/л

103. Критерий умеренной гиперкалиемии:

К+ плазмы 5.5-6.5 мэкв/л при отсутствии изменений ЭКГ

К+ плазмы 5.5-6.5 мэкв/л и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ

К+ плазмы 6.5-7.5 мэкв/л, наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QRS на ЭКГ

Исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ

104. Какая диета необходима при лечении острой почечной недостаточности:

Углеводно-жировая

Фруктово-овощная

С исключением жиров

С низким содержанием белка

С повышенным содержанием белка

105. С помощью каких средств можно корригировать умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности:

Солей кальция

Раствора гидрокарбоната натрия

Концентрированного раствора глюкозы с инсулином

106. Абсолютное показание к срочному проведению гемодиализа при острой почечной недостаточности:

Повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л

Высокая гипертензия

Развитие перикардита

Анурия

Повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л

107. Чем характеризуется период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности:

Полиурией

Изостенурией

Увеличением удельного веса мочи

108. Укажите симптом, не характерный для ОПН:

Острое начало

Олигурия

Уменьшенные размеры почек

Гиперкалиемия

Коллапс

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

Раком паренхимы почки

Поликистозом почки

Множественной миеломой

Хроническим ГН нефротического типа

Рецидивирующим циститом

110. О хронической болезни почек можно говорить при сохранении симптомов почечной болезни:

А. более 3 мес.

Б. более 1 мес.

В. более 3 недель.

111. Наследственный нефрит (синдром Альпорта) протекает с:

гематурией

лейкоцитурией

тугоухостью

интоксикацией

прогрессирующим снижением функции почек

112. Гемолитико-уремический синдром у детей чаще развивается на фоне:

А. вирусной инфекции

Б. кишечной инфекции

В. пневмонии

Г. гломерулонефрита

113. Принципы диетотерапии при ХПН:

достаточная калорийность

ограничение натрия

умеренное ограничение белка

ограничение растительных жиров

114. При почечном несахарном диабете реакция на введение вазопрессина:

присутствует

отсутствует

115. Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете:

высокий

низкий

нормальный

116. Причиной развития почечного несахарного диабета является:

низкая чувствительность к альдостерону

повышенная чувствительность к паратгормону

сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону

повышенная чувствительность к альдостерону

сниженная чувствительность к паратгормону

117. Рахитоподобные заболевания являются:

гломерулопатией

тубулопатией

ангиопатией

118. При болезни Де Тони-Дебре-Фанкони имеется:

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

нарушенное кишечное всасывание

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону

незрелость ферментов печени

119. При почечном тубулярном ацидозе имеется:

нарушенное кишечное всасывание

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

незрелость ферментов печени

снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать рН мочи и ограничение транспорта ионов Н

120. Женщина 60 лет с умеренной артериальной гипертонией. Выявлена выраженная протеинурия (до 8 г/сутки), повышенная концентрация белка в плазме крови (88г/л). Вероятный диагноз:

Поражение почек при артериальной гипертонии

Множественная миелома

Амилоидоз почек

Хронический пиелонефрит

Хронический пиелонефрит

121. Клиническая триада синдрома рейтера включает:

Уретрит, менингит, коньюнктивит

Уретрит, коньюнктивит, полиартрит

Проктит, простатит, цистит

Менингит, полиартрит, уретрит.

122. Протеинурия без изменений мочевого осадка наиболее характерна для:

Острого пиелонефрита

Амилоидоза почек

Канальцевого некроза

Нефритического синдрома

Туберкулеза почек.

123. ЭКГ – критерии гиперкалиемии:

Высокий заостренный зубец Р

Наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ

Расширение комплекса QRS

Глубокий зубец

124.Укажите состояние, при котором назначение глюкокортикостероидов противопоказано:

Нефрит с минимальными изменениями

Активный волчаночный нефрит

Истинная склеродермическая почка

Поражение почек при гранулематозе Вегенера

Мезангиопролиферативный гломерулонефрит

125. Как правило цитостатические препараты применяют при:

Узелковом периартериите с поражением почек

Активном волчаночном нефрите

ХГН нефротического типа

Быстропрогрессирующем нефрите

При всех перечисленных заболеваниях

126. Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефрита?

Наличие стойкой артериальной гипертонии

Величина протеинурии

Гипертрофия левого желудочка

Снижение относительной плотности мочи

Макрогематурия

127. У больного 35 лет на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, артериальная гипертония. Наиболее вероятный диагноз:

Острый гломерулонефрит

Острый пиелонефрит

ХГН, обострение

Апостематозный нефрит

Амилоидоз почек

128. Укажите возможные причины смерти больных с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек:

Гиповолемический шок

Тромбозы и эмболии

Инфекционные осложнения

Острая сердечная недостаточность

Все перечисленные причины

129. Какие проявления не характерны для острого гломерулонефрита?

Стойкие боли в пояснице

Лихорадка с ознобами

Макрогематурия

Дизурия

Цикличность течения

130. Какие признаки отличают почечную эклампсию от гипертонического криза?

Наличие судорожного синдрома

Отёк головного мозга

Отсутствие судорожного синдрома

Сильные головные боли

Ухудшение зрения

131. Какие варианты поражения почек могут быть проявлением паранеопластической нефропатии?

Амилоидоз

Мембранозная нефропатия

Нефроангиосклероз

Острая мочекислая блокада почек

Гидронефроз

132. Какие положения, касающиеся паранеопластической нефропатии, правильны?

Морфологической основой чаще всего является амилоидоз или мембранозный гломерулонефрит

У большинства больных протекает в виде бессимптомной протеинурии.

Проявляется нефротическим синдромом, рефрактерным к терапии

Возможна ремиссия при успешном лечении опухоли

Протекает с рецидивирующей макрогематурией

133. Какие злокачественные опухоли чаще других осложняются амилоидозом?

Рак желудка

Лимфогранулематоз

Рак лёгкого

Рак почки

Неходжкинские лимфомы

134. У больного 23 лет, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отёки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868×109/л, резко повышено содержание фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

Постинфекционный гломерулонефрит

Декомпенсированный цирроз печени

Гепаторенальный синдром

Вторичный амилоидоз с поражением почек

Миелопролиферативный синдром

135. У больного 49 лет, страдающего псориазом в течение 2 лет, наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отёки ног, которые появились месяц назад и не поддавались терапии мочегонными средствами. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени. Какие препараты могут быть использованы для лечения больного?

Преднизолон

Азатиоприн

Колхицин

Димеркаптопропансульфонат натрия (унитиол)

Диметилсульфоксид

136. Какие положения, касающиеся нефротического криза, правильные?

Развивается при нефротическом синдроме с критически низким уровнем альбумина крови.

Сопровождается резким повышением ад

Сопровождается плевральной симптоматикой

Характеризуется появлением рожеподобной эритемы

Сопровождается перитонитоподобными симптомами

137. У больного 45 лет обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желёз, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50–60 эритроцитов в поле зрения). Концентрация IgА в крови повышена.Наиболее вероятный диагноз:

Болезнь Берже

Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

Гломерулонефрит алкогольной этиологии

Волчаночный нефрит

Пиелонефрит

138. Больная 50 лет жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике. Концентрация гемоглобина крови 65 г/л, протеинурия 22 г в сутки, концентрация альбумина сыворотки 43 г/л. Наиболее вероятен диагноз:

ХГН в стадии уремии

Миеломная болезнь

Вторичный амилоидоз с поражением почек

Хронический пиелонефрит

Поликистоз почек

139. Какие положения, касающиеся ХГН алкогольной этиологии, правильные?

Характеризуется чёткой связью активности почечного процесса с алкогольным эксцессом

Часто сочетается с поражением печени, поджелудочной железы и миокардиодистрофией

Протекает в виде БПГН

Сопровождается высоким уровнем IGА в сыворотке крови

Сопровождается высоким уровнем IGG и низкой активностью комплемента сыворотки

140. Какие проявления свойственны инфаркту почки?

Резкие боли в верхних и боковых отделах живота

Лихорадка

Пальпируемое уплотнение в области почки

Макрогематурия

Полиурия

141. Какие положения, касающиеся диабетической нефропатии, правильные?

Развивается только у больных сахарным диабетом I типа

Развивается при сахарном диабете I и II типа

Характеризуется эпизодами макрогематурии

Протекает с артериальной гипертензией

Характеризуется протеинурией и нефротическим синдромом

142. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии?

Глюкокортикоиды

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Цитостатики

Антибиотики

D – пеницилламин

143. Какие положения, касающиеся пиелонефрита, правильные?

Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек

Часто развивается в детском возрасте

Возникает на почве нарушенного пассажа мочи

Часто развивается во время беременности

Наиболее часто возбудителем является грамм-отрицательная флора

144. Какие микроорганизмы являются наиболее частыми возбудителями пиелонефрита?

Кишечная палочка

Энтерококк

Протей

Пневмоциста

Микобактерии

145. Какие факторы способствуют сохранению возбудителя в мочевых путях при хронизации пиелонефрита?

Наличие протопластов и l-форм

Феномен бактериальной адгезии

«физиологическая» обструкция мочевых путей

Синтез мочевых антител

Полиурия

146. Какие факторы значительно утяжеляют течение острого пиелонефрита и могут существенно ухудшить прогноз?

Протей как возбудитель процесса

Плазмокоагулирующий стафилококк как возбудитель процесса

Восходящий уриногенный путь инфицирования

Острая окклюзия мочевых путей

Гиперурикемия

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

Дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи

Стойкая артериальная гипертензия

Отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки

Развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией

Лимфогистиоцитарная инфильтрация и склероз почечной лоханки

148. Какие клинические проявления характерны для острого интерстициального нефрита?

Симптомы общей аллергической реакции на препараты (лихорадка, кожные высыпания)

гематурия

массивная лейкоцитурия

острая почечная недостаточность

протеинурия более 15 г/л

149. Какие меры применяют для лечения острого интерстициального нефрита?

Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему

Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

Пероральный приём глюкокортикоидов.

Назначение цитостатиков.

Гемодиализ

150. При каких заболеваниях наиболее часто встречается синдром Фанкони у взрослых?

Болезнь Вильсона–Коновалова

Отравление салицилатами

Миеломная болезнь

Хронический гломерулонефрит

Сахарный диабет

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

Хроническая почечная недостаточность.

Синдром Пархона.

Синдром Бартера.

Синдром Кона.

Синдром непропорциональной продукции антидиуретического гормона.

152. Какие камни почек встречаются наиболее часто?

Содержащие кальциевые соли.

Трёхвалентные фосфаты.

Уратные.

Цистиновые.

Холестериновые.

153. Какие факторы предрасполагают к развитию уратного нефролитиаза?

Стойкое закисление мочи.

Защелачивание мочи.

Гиперурикозурия.

Вторичная почечная гиперурикемия.

Уменьшение диуреза.

154. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней?

Гиперфункция паращитовидных желёз.

Интоксикация витамином д.

Дефицит витамина д.

Гипофункция паращитовидных желёз.

Саркоидоз.

155. Какие факторы способствуют образованию оксалатных камней в почках?

Избыточное потребление аскорбиновой кислоты.

Синдром нарушенного всасывания.

Гиперурикозурия.

Дефицит пиридоксина.

Повышенное потребление мясной пищи.

156. Какие положения, касающиеся смешанных камней почек, правильные?

Образуются при инфицировании микроорганизмами, расщепляющими мочевину.

Образуются в закисленной моче.

Образуются в моче резко щелочной реакции.

Как правило, являются крупными коралловидными камнями.

Не сопровождаются кристаллурией.

157. У пациента 73 лет натрий сыворотки 170 ммоль/л. Какова наиболее вероятная причина гипернатриемии в данном случае?

Высокое потребление соли с пищей.

Уремия.

Дегидратация.

Наличие синдрома непропорциональной продукции антидиуретического гормона.

Передозировка диуретиков.

158. Какая из перечисленных форм острой почечной недостаточности является гиперкатаболической?

Лекарственная.

Постренальная.

Краш-синдром.

Преренальная.

Гепато-ренальный синдром.

159. Укажите симптом, не характерный для ОПН:

Острое начало.

Олигурия.

Уменьшенные размеры почек.

Гиперкалиемия.

Коллапс.

160. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

Артериальная гипертензия.

Гипокалиемия.

Острые бактериальные инфекции.

Застойная сердечная недостаточность.

Вторичный гиперпаратиреоз.

161. Укажите ранний признак ХПН:

Метаболический ацидоз.

Гиперкальциемия.

Никтурия.

Азотемия.

Уменьшение размеров почек.

162. Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

Острый вирусный гепатит.

Острая бактериальная пневмония.

Сердечно-сосудистые заболевания

Онкологические заболевания.

Диализный амилоидоз.

163. Какие поражения преобладают в возможной структуре потерь от ядерного оружия?

Химические поражения.

Комбинированные поражения.

Огнестрельные поражения.

164. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация?

ОПН.

Неконтролируемая гиперкалиемия.

Некупируемый отёк лёгких.

Гиперкальциемия.

Выраженная уремическая интоксикация.

165. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности без коррекции дозы?

Гентамицин

Меронем

Ампициллин.

Сульфасалазин

Тетрациклин.

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

Узелковый периартериит.

Острый алкогольный гепатит.

Васкулит с криоглобулинемией.

Болезнь Шёнлейна–Геноха.

При всех перечисленных заболеваниях.

167. У больной 19 лет, получающей 15 мг преднизолона по поводу СКВ хронического течения без висцеральных поражений, на сроке беременности 6–8 недель впервые появились признаки поражения почек: отёки, протеинурия до 8 г в сутки, альбумин сыворотки 22 г/л. Выберите тактику дальнейшего ведения больной:

Увеличение дозы преднизолона до 30–40 мг в сутки и сохранение беременности.

Увеличение дозы преднизолона до 80мг в сутки с последующим прерыванием беременности.

Прерывание беременности на фоне высокой дозы преднизолона с последующей пульс-терапией глюкокортикоидами и цитостатиками.

168. 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?

Определить количество тромбоцитов

Определить содержание фибриногена в крови

Определить протромбиновый индекс

Исследовать концентрацию креатинина крови

Определить время кровотечения

169. Какие блюда Вы рекомендуете больному с ХПН (концентрация креатинина крови 606 мкмоль/л, калия крови — 4,5 ммоль/л)?

Творожно-гречневый пудинг

Отварной картофель

Яичница с ветчиной

Бифштекс с жареным картофелем

Мороженое

170. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для болезни Берже?

Отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка

Протеинурия выше 3,5 г в сутки

Характерны оба признака

Не характерен ни один из признаков

171. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для дистального почечного канальцевого ацидоза?

Отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка

Протеинурия выше 3,5 г в сутки

Характерны оба признака

Не характерен ни один из признаков

172. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для болезни минимальных изменений?

Отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка

Протеинурия выше 3,5 г в сутки

Характерны оба признака

Не характерен ни один из признаков

173. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для волчаночного нефрита?

Слияние ножковых отростков подоцитов

Положительная окраска тиофлавином Т

Фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис

174. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для амилоидоза?

Слияние ножковых отростков подоцитов

Положительная окраска тиофлавином Т

Фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис

175. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для болезни минимальных изменений?

Слияние ножковых отростков подоцитов

Положительная окраска тиофлавином Т

Фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис

176. Какие из перечисленных состояний являются наиболее частой причиной нефротического синдрома у детей?

Болезнь минимальных изменений

Мембранозный нефрит

Igа-нефрит

Ни одно из указанных состояний

177. Какие из перечисленных состояний являются наиболее частой причиной нефротического синдрома у взрослых:

Минимальные изменения

Мембранозный нефрит

IGА-нефрит;

Ни одно из указанных состояний

178. При каких из перечисленных состояний при световой микроскопии биоптата клубочки не изменены:

Болезнь минимальных изменений;

Мембранозный нефрит;

Igа-нефрит;

Ни одно из указанных состояний

179. При каком из перечисленных состояний при электронной микроскопии выявляют мезангиальные электронноплотные депозиты:

Болезнь минимальных изменений;

Мембранозный нефрит;

Igа-нефрит;

Ни одно из указанных состояний

180. При каком из перечисленных состояний отмечается связь со злокачественными опухолями:

Болезнь минимальных изменений;

Мембранозный нефрит;

Igа-нефрит;

Ни одно из указанных состояний

181. При каком из перечисленных состояний возможен хороший прогноз:

Минимальные изменения;

Мембранозный нефрит;

Igа-нефрит;

Ни одно из указанных состояний

182. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует стрептококковой инфекции?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

183. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует геморрагическому васкулиту?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

184. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует АНЦА – ассоциированным васкулитам?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

185. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует гранулематозу Вегенера?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

186. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует синдрому Гудпасчера?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

187. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует системной красной волчанке?

Быстропрогрессирующий нефрит;

Нефротический синдром;

Оба указанных синдрома;

Ни один из указанных

188. Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови— гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240×109/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л. Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?

Множественные мелкие кисты диаметром 1–2 мм.

Утолщение клубочковых базальных мембран с множественными субэпителиальными электронноплотными депозитами.

Нормальные клубочки при световой микроскопии и диффузное слияние ножковых отростков подоцитов при электронной микроскопии.

Линейные отложения igg вдоль базальной мембраны клубочка.

Отложение в клубочках аморфных масс, окрашиваемых конго-рот и тиофлавином т.

189. Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240×109/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л. Больного лечили фуросемидом внутривенно без эффекта. Какое лечение следует предпринять?

Большие дозы преднизолона.

Антибиотики.

Индометацин.

Цитостатики.

Ни одно из этих средств.

190. Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240×109/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты— нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л. Какие из методов обследования показаны больному?

Биопсия почки.

Определение селективности протеинурии.

Аортография.

Определение оцк.

Определение активности ренина плазмы.

191. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, 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 С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6×109/л, тромбоциты 118×109/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1010, 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 1,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. У больной:

Амилоидоз;

Острый нефрит;

Гранулематоз вегенера;

Ревматоидный артрит;

Волчаночный нефрит.

192. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, 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 С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6×109/л, тромбоциты 118×109/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1010, 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 1,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Укажите ведущий нефрологический синдром:

Нефротический синдром.

Хроническая почечная недостаточность.

Быстропрогрессирующий нефрит.

Канальцевые дисфункции.

Гематурия.

193. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, 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 С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6×109/л, тромбоциты 118×109/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1010, 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 1,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Тактика ведения больной:

Сделать биопсию почки;

Монотерапия преднизолоном 60 мг в сутки;

Назначение преднизолона 60 мг в сутки, на фоне которого проводить пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном.

194. Какие факторы могут быть расценены как благоприятные в плане прогнозирования результатов глюкокортикоидной терапии гломерулонефрита?

Развитие диуретического эффекта на 1-й неделе лечения.

Отсутствие диуретического эффекта от изолированного применения глюкокортикоидов.

Диффузный фибропластический гломерулонефрит.

Высокое содержание клеточных рецепторов к глюкокортикоидам.

Минимальные изменения (липоидный нефроз).

195. Больной Е., 20 лет, учащийся техникума. В возрасте 17 лет заболел острым ревматоидным артритом, лечился повторными курсами преднизолона (максимально 15 мг в сутки). Через 2 года от начала заболевания обнаружена нарастающая протеинурия с формированием в течение года нефротического синдрома: суточная протеинурия 10 г, общий белок - 46 г/л, альбумин - 12 г/л, холестерин - 9,88 ммоль/л, СОЭ - 60 мм/ч. Какой характер нефропатии вы можете предположить?

Амилоидоз почек

Гломерулонефрит

Интерстициальный нефрит

Васкулит почечных сосудов

196. Больная 40 лет, парикмахер. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, познабливанием, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В посеве мочи рост кишечной палочки в титре 1×107 микробных тел в 1 мл. Функция почек сохранена. Выберите из перечисленных препаратов наиболее эффективный в данной ситуации.

Ампициллин.

Эритромицин.

Цефазолин

Ко-тримоксазол.

Ципрофлоксацин.

197. Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 месяцев после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании- выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови - гемоглобин 67 г/л, лейкоциты- 3,2×109/л, СОЭ- 60-мм/ч. Укажите наиболее вероятный диагноз:

ХГН нефротического типа в стадии обострения.

Системная красная волчанка.

Туберкулез почек

198. Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 месяцев после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании: выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови- гемоглобин 67 г/л, лейкоциты- 3,2×109/л, СОЭ-60мм/ч. Наиболее информативными исследованиями для уточнения диагноза являются:

Экскреторная урография;

Ультразвуковое исследование почек;

Биопсия почек;

Иммунологические показатели (LE-клетки, титр комплемента, антитела к ДНК, содержание иммуноглобулинов).

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

Лекарственного нефрита;

Хронического нефрита;

Гранулематоза Вегенера;

Геморрагического васкулита;

Амилоидоза.

200. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

Хронического нефрита гипертонического типа;

СКВ;

Узелкового периартериита;

Амилоидоза с поражением почек;

Геморрагического васкулита.

201. Назовите заболевание, характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и артралгиями

Диабетическая нефропатия

Острый нефрит.

Узелковый периартериит.

Смешанная криоглобулинемия.

СКВ.

202. 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?

СКВ.

Неспецифический аортоартериит.

Фибромускулярная гиперплазия.

Лекарственная болезнь.

Узелковый периартериит.

203. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:

Хронического нефрита;

Хронического пиелонефрита;

Множественной миеломы;

Поликистоза почек;

Рака паренхимы почек.

204. Нефротический синдром в сочетании с гиперкальциемией, деструктивными изменениями костей черепа и ребер, плазматизацией костного мозга (более 30%) заставит Вас подумать прежде всего о:

Циррозе печени;

Хроническом гломерулонефрите латентного течения;

Миеломной нефропатии

СКВ;

Амилоидозе в рамках множественной миеломы

205. Укажите факторы риска развития контраст – индуцированной нефропатии.

Диабетическая нефропатия

Сердечная недостаточность

Пожилой и старческий возраст

Ни одно из вышеперечисленных состояний

Все вышеперечисленные состояния

206. Протеинурия переполнения встречается при:

Лекарственном нефрите;

Миеломной болезни;

Поликистозе почек;

Макроглобулинемии Вальденстрема

Мочекаменной болезни.

207. Быстропрогрессирующий волчаночный нефрит характеризуется следующими клиническими признаками, кроме:

Протеинурией до 1 г/л;

Нефротическим синдромом;

Артериальной гипертонией;

Быстрым снижением функции почек.

208. Терапия волчаночного нефрита глюкокортикоидами может осложниться:

Асептическим некрозом костей;

Артериальной гипертонией;

Выраженным остеопорозом;

Всеми перечисленными признаками;

Ни одним из названных состояний.

209. Острая мочекислая нефропатия может развиться при:

Распаде опухолей;

Лечении опухолей цитостатиками;

Радиационной терапии;

При всех перечисленных состояниях.

210. Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:

Интерстициальный нефрит;

Мезангиокапиллярный нефрит;

Фокально-сегментарный гиалиноз;

Мембранозный нефрит.

211. Для лечения подагрической нефропатии используют:

Цефотаксим

Аллопуринол;

Дипиридамол;

Тиазидные мочегонные.

212. Больному с подагрической нефропатией рекомендуют:

Обильное питье;

Приём ощелачивающих средств;

Диету с исключением пуринов;

Все перечисленные мероприятия;

Ни одно из названных мероприятий.

213. Укажите причины преренальной ОПН:

Увеличение сердечного выброса.

Дегидратация.

Гиперволемия.

Сосудистый коллапс.

Гипертонический криз.

214. Выделите форму ОПН с необратимым течением:

Острый канальцевый некроз.

Миоглобинурийный нефроз.

Кортикальный некроз.

ОПН в момент диагностики множественной миеломы

Гемолитико-уремический синдром.

215. Укажите наиболее значимую причину анемии при ХПН:

Дефицит железа.

Дефицит витамина в12 и фолиевой кислоты.

Хронический гемолиз.

Уменьшение синтеза эритропоэтина.

Хроническая интоксикация алюминием.

216. Выберите препараты, эффективные при нефрогенной анемии:

Сахарат железа (венофер)

Андрогены

Эпоэтин бета.

Витамин. В12

Эпоэтин альфа

217. Выберите осложнения терапии эритропоэтином диализных больных:

Острая сосудистая недостаточность.

Острая энцефалопатия.

Гиперкальциемия.

Усугубление гипертензии.

Гиперкалиемия.

218. Выберите наиболее характерные для ХПН формы поражения костной ткани в настоящее время:

Гиперпаратиреоидная остеодистрофия.

Остеопороз.

Алюминиевая остеодистрофия.

Асептический некроз головок бедренных костей.

Адинамическая костная болезнь.

219. Выберите форму контролируемой гемодиализом гипертензии:

Объём-натрий зависимая гипертензия.

При медикаментозном синдроме Кушинга.

Ренин-зависимая.

При синдроме жёсткой воды.

При циклоспориновой нефропатии.

220. Укажите противопоказания к назначению каптоприла в консервативной стадии ХПН:

Гипокалиемия.

Объем-натрий зависимая гипертензия.

Стенозирующий атеросклероз почечных артерий.

Ренин-зависимая гипертензия.

Гиперкалиемия.

221. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6×109/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. Укажите, пожалуйста, наиболее вероятный диагноз:

Острый пиелонефрит.

Обострение хронического пиелонефрита.

Мочекаменная болезнь, осложнённая пиелонефритом.

Хронический гломерулонефрит латентного течения в стадии обострения.

222. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6×109/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. Наиболее информативными исследованиями для уточнения диагноза и определения функционального состояния почек являются:

Ультразвуковое исследование почек.

Биопсия почки.

Хромоцистоскопия.

Посев мочи.

Проба Реберга.

223. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6×109/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. Лечение больной должно включать:

Полусинтетические пенициллины

Цефалоспорины 3 поколения

Ко – тримоксазол

Фуродонин

Сумамед

224. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 °С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6×109/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. В чём причина неэффективности терапии?

Неправильно поставленный диагноз.

Неверный выбор препарата.

Неадекватная доза препарата.

225. Больная 40 лет, продавец. В возрасте 20 лет после родов (крупная двойня) диагностировали общий спланхноптоз. Через 13 лет появились головные боли, слабость, тошнота, периодически боли в поясничной области. При обращении к врачу зарегистрировано повышение АД до 150/100 мм рт.ст. В единственном анализе мочи обнаружены бактерии, других изменений не выявлено. Диагностирована гипертоническая болезнь. Гипотензивная терапия с самого начала малоэффективна. Со временем АД установилось на цифрах: 180–190/110–120 мм рт.ст., течение заболевания осложнилось частыми гипертоническими кризами, подъёмом АД до 230/130 мм рт.ст. Через 7 лет существования артериальной гипертензии впервые госпитализирована для обследования, в результате которого был установлен диагноз: двусторонний нефроптоз, хронический пиелонефрит, симптоматическая гипертензия. Укажите, пожалуйста, причины диагностической ошибки:

Недооценка анамнеза.

Недостаточное обследование.

Неправильная трактовка лабораторных данных.

Тяжёлое общее состояние, не позволяющее выполнить полное обследование.

226. Основной клинический признак нефротического синдрома:

Повышение АД.

Сердцебиение.

Отёки.

Дизурия.

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

Сахарный диабет.

Приём гормональных контрацептивов.

Ревматоидный артрит.

Беременность.

Простатит.

228. Сочетание каких синдромов соответствует понятию смешанного варианта гломерулонефрита?

Нефритический + почечная недостаточность.

Мочевой + гипертензия.

Нефротический + гипертензия.

Почечная недостаточность + гипертензия.

229. Укажите препараты первого ряда (из перечисленных) для лечения мочевой инфекции у беременных:

Тетрациклины.

Полусинтетические пенициллины.

Аминогликозиды

Фторхинолоны.

230. Укажите препарат выбора для лечения гипертонии у беременных:

Метилдопа.

Клонидин.

Ингибиторы апф.

Антагонисты кальция.

Мочегонные.

231. Отметьте изменения, не характерные для периода беременности:

Склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам.

Появление небольшой протеинурии.

Снижение АД.

Увеличение клубочковой фильтрации.

Увеличение уровня сывороточных белков.

232. Укажите концентрацию креатинина крови, свидетельствующую о нормальной функции почек у беременных в первом триместре:

140 мкмоль/л.

135 мкмоль/л.

120 мкмоль/л.

80 мкмоль/л.

233. Нормальный уровень протеинурии за сутки – это:

Менее 150 мг

0,033 г/л

Более 150 мг

234. Нормальный уровень альбуминов в суточной моче – это:

Менее 150 мг,

Менее 30 мг

30-50 мг

235. Уровень экскреции белка за сутки при нефротическом синдроме:

1г

Менее 3 г.

Более 3 г

236. Нефротический синдром – это:

Гипопротеинемия, массивная протеинурия, гиперхолестеринемия

Гиперпротеинемия, гиперхолестеринемия

Гиперпротеинемия, массивная протеинурия, гиперхолестеринемия

237. Основной механизм отеков при нефротическом синдроме:

Снижение онкотического давления белков плазмы

Снижение клубочковой фильтрации

Повышение канальцевой реабсорбции воды

238. Укажите заболевания, для которых нехарактерен нефротический синдром:

Гломерулонефрит

Диабетическая нефропатия

Пиелонефрит

Амилоидоз почек

Гипотиреоз

239. Какие изменения липидов характерны для нефротического синдрома?

Снижение общего холестерина крови

Гиперлипидурия

Повышение общего холестерина крови

240. Укажите симптомы, не относящиеся к нефротическому синдрому:

Гематурия

Протеинурия более 3 г в сутки

Отеки

Гипергликемия

Артериальная гипертония

241. Выберите состояния, которые могут быть осложнениями нефротического синдрома:

Кровотечения

Тромбозы

Повышение иммунитета

Инфекции

Рожеподобная эритема

242. Укажите уровень общего белка крови у больного с нефротическим синдромом:

75 г/л

Выше 80 г/л

Ниже 60 г/л

243. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с нефротическим синдромом?

Белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

244. Для диагностики нефротического синдрома у больного с протеинурией больше 3 г в сутки обязательно необходимо назначить следующий биохимический анализ крови:

Определение общего белка и альбуминов крови

Определение АСТ и АЛТ

Определение амилазы

245. Укажите возможные этиологические факторы гломерулонефрита:

Бета – гемолитический стрептококк

Вирус гриппа

Злокачественная опухоль

Алкоголь

Пищевой аллерген

246. Наиболее распространенный патогенетический механизм гломерулонефрита:

Иммунокомплексный

Аутоиммунный

IGE – зависимый

247. Укажите «классические» симптомы гломерулонефрита:

Протеинурия + гематурия

Отеки

Боли в пояснице

Дизурия

Артериальная гипертония

248. Массивная (нефротического уровня) протеинурия – это:

Меньше 1 г в сутки

Больше 3 г в сутки

1-3 г в сутки

249. У больного – отечный синдром. Анализ мочи: 1015, белок 3,2 г/л, лейкоциты 2 – 3 в поле зрения, эритроциты 10 – 15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате. Укажите основной характер отечного синдрома:

Нефритический

Нефротический

250. Для какого варианта гломерулонефрита характерен «светлый промежуток» - временной период от действия этиологического фактора до появления клинических симптомов?

Быстропрогрессирующий ГН

Хронический ГН

Острый ГН

251. Для какого варианта гломерулонефрита характерны экстракапиллярные «полулуния» в более 50% клубочков?

Быстропрогрессирующий ГН

Хронический ГН

Острый ГН

252. Укажите обычную дозу преднизолона при лечении ГН:

1 – 1,5 мг/кг веса

0,5 мг/кг веса

3 мг/кг веса

253. Укажите максимально допустимую частоту пульс-терапии циклофосфаном (1000 мг в/в):

3 дня подряд

1 раз в 3-4 дня

1 раз в неделю

1 раз в 3-4 недели

254. Укажите наиболее неблагоприятный морфологический вариант ГН из нижеперечисленных:

ГН с минимальными изменениями

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранозный ГН

Мезангиокапилярный ГН

255. Какой белок является предшественником амилоидного белка при АА - амилоидозе?

Белок SAA

С – реактивный белок

Легкие цепи иммуноглобулинов

Транстиретин

256. Какой белок является предшественником амилоидного белка при АL - амилоидозе?

Белок SAA

С – реактивный белок

Легкие цепи иммуноглобулинов

Транстиретин

257. Какой белок является предшественником амилоидного белка при старческом амилоидозе?

Белок SAA

С – реактивный белок

Легкие цепи иммуноглобулинов

Транстиретин

258. Какой из ниже перечисленных анализов мочи характерен для протеинурической стадии типичного АА – амилоидоза почек?

Белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

Белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения

Белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

259. Какой из ниже перечисленных анализов мочи характерен для нефротической стадии типичного АА – амилоидоза почек?

Белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

Белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения

Белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

260. Какой из ниже перечисленных анализов мочи характерен для латентного гломерулонефрита?

Белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

Белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения

Белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

261. Какой из ниже перечисленных анализов мочи характерен для нефротического гломерулонефрита?

Белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

Белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения

Белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

262. Назовите заболевания, наиболее часто являющиеся причиной АА – амилоидоза

Туберкулез

Острый лейкоз

Сахарный диабет

Ревматоидный артрит

Анкилозирующий спондилоартрит

263. У 23 летнего больного, в течение 4 лет страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, гепатоспленомегалия в крови - тромбоцитоз 568 х 109/Л, повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятный диагноз?

Постинфекционный ГН

Декомпенсированный цирроз печени

АА – амилоидоз

Миелопролиферативный синдром

264. Какие ревматические заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?

СКВ

Ревматоидный артрит

Анкилозирующий спондилоартрит

Узелковый полиартериит

Деформирующий остеоартроз

265. Метод верификации диагноза амилоидоза почек – это:

Анализ мочи

Посев мочи

Нефробиопсия

Ультразвуковое исследование почек

Мультиспиральная компьютерная томография

266. Как изменяются размеры почек при амилоидозе?

Увеличиваются

Уменьшаются

Не изменяются

267. Какой из ниже перечисленных препаратов назначается для лечения периодической болезни, осложненной амилоидозом почек?

Гепарин

Норфлоксацин

Колхицин

268. Перечислите наиболее частые причины ХПН:

Пиелонефрит

Амилоидоз почек

Гломерулонефрит

Диабетическая нефропатия

Гипертоническая нефропатия

269. Назовите группу препаратов, снижающих внутриклубочковую гипертензию:

Ингибиторы апф

Диуретики

Бета – блокаторы

Альфа – блокаторы

270. Первичная цель в достижении АД при лечении АГ:

меньше 140/90 мм рт.ст.

меньше 130/80 мм рт.ст.

меньше 135/75 мм рт.ст.

меньше 150/95 мм рт.ст.

271. Укажите ранний симптом ХПН:

Боли в пояснице

Снижение диуреза

Кожный зуд

Полиурия

272. Укажите маркеры почечной функции:

Протеинурия

Уровень креатинина крови

Гематурия

Скорость клубочковой фильтрации

273. Хроническая болезнь почек 3 стадии характеризуется показателем СКФ:

30-59 мл/мин

60 – 89 мл/мин

15 – 29 мл/мин

274. Хроническая болезнь почек 2 стадии характеризуется показателем СКФ:

30-59 мл/мин

60 – 89 мл/мин

15 – 29 мл/мин

275. Хроническая болезнь почек 4 стадии характеризуется показателем СКФ:

30-59 мл/мин

60–89 мл/мин

15–29 мл/мин

276. Ингибиторы АПФ противопоказаны при:

Гиперкалиемии

Двустороннем стенозе почечных артерий

Беременности

Терминальной ХПН

Сахарном диабете

277. При ХПН рекомендуется диета с:

Увеличением белка в пище

Уменьшением белка в пище

Нормальным потреблением белка

278. Для ХПН характерны следующие изменения электролитов:

Снижение СА, повышение Р

Снижение магния, снижение фосфора

Увеличение СА, снижение Р

279. При ХПН противопоказаны:

Аминогликозиды

Ренген – контрастные вещества

Антагонисты кальция

280. Укажите заболевания почек, при которых появляются боли в боку и макрогематурия:

Почечнокаменная болезнь

Гломерулонефрит

Тромбоз почечных вен

Амилоидоз

Диабетическая нефропатия.

281. Как называется механизм мочеобразования, при котором происходит возврат воды и других веществ из мочи в кровь?

Канальцевая секреция

Канальцевая реабсорбция

Клубочковая фильтрация

282. Укажите лабораторные методы оценки функции канальцев:

Определение СКФ

Определение удельного веса мочи

Проба Зимницкого

Определение секреции водородных ионов

Проба Нечипоренко

283. Укажите лабораторные признаки почечной недостаточности:

Снижение СКФ

Снижение общего белка крови

Повышение холестерина крови

Повышение креатинина крови

Снижение мочевины крови

284. Перечислите относительные противопоказания к проведению экскреторной урографии:

Беременность

Неактивный пиелонефрит

Почечная недостаточность

Дегидратация

Артериальная гипертония

285.Укажите заболевания, для которых характерен нефротический синдром:

Гломерулонефрит

Диабетическая нефропатия,

Пиелонефрит

Амилоидоз почек

Гипотиреоз

286. Укажите заболевания, для которых характерна гематурия:

Гломерулонефрит

Амилоидоз почек

Диабетическая нефропатия

Почечнокаменная болезнь

Тубулоинтерстициальный нефрит

287. Укажите заболевания, для которых характерна лейкоцитурия:

Пиелонефрит

Гломерулонефрит

Рак почки

Туберкулез почки

Реноваскулярная артериальная гипертония

288. Какие микроорганизмы являются наиболее частыми возбудителями пиелонефрита?

Кишечная палочка

Протей

Стрептококк

Пневмоциста

Микобактерии

289. Какие положения, касающиеся пиелонефрита, правильные?

Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Возникает на почве нарушенного пассажа мочи

Часто развивается во время беременности

Часто развивается у больных с сахарным диабетом

Проявляется мочевым синдромом в виде протеинурии в сочетании с гематурией.

290. Какие факторы способствуют сохранению возбудителя в мочевых путях, хронизации пиелонефрита?

Наличие протопластов и L – форм

Феномен бактериальной адгезии

«физиологическая» обструкция мочевых путей

Синтез мочевых антител

Полиурия

291. Какие факторы значительно утяжеляют течение острого пиелонефрита и могут существенно ухудшить прогноз?

Протей как возбудитель

Плазмокоагулирующий стафилококк как возбудитель

Восходящий уриногенный путь инфицирования

Острая окклюзия мочевых путей

Гиперурикемия

292. При каком количестве кишечной палочки бактериурию можно считать достоверной?

100 000 микроорганизмов в 1 мл и выше

50 000 микроорганизмов в 1 мл

1000 микроорганизмов в 1 мл

293. Какой микроорганизм – возбудитель мочевых инфекций способствует образованию мочевых камней?

Кишечная палочка

Стафилококк

Протей

294. При каком состоянии применение фторхинолонов противопоказано?

Активный пиелонефрит у пожилого пациента

Острый цистит у женщины 40лет

Пиелонефрит у беременной женщины

295. Какая группа антибиотиков из перечисленных обладает наибольшей нефротоксичностью?

Цефалоспорины

Макролиды

Аминогликозиды

Пенициллины

296. Перечислите антибиотики выбора при осложненном пиелонефрите?

Фторхинолоны

Макролиды

Тетрациклины

Цефалоспорины 3 поколения

Аминогликозиды.

297. Триада синдрома рейтера включает

Уретрит, менингит, конъюнктивит

Уретрит, конъюнктивит, полиартрит

Проктит, простатит, цистит

Менингит, полиартрит, уретрит

298. Образованию камней в мочевых путях способствуют:

гипопаратиреоз

гиперурикемия

инфекция мочевыводящих путей

нарушение уродинамики

лечение антибиотиками

299. Протеинурия без изменения мочевого осадка наиболее характерна для:

Острого пиелонефрита

Некроза канальцев

Нефритического синдрома

Амилоидоза почек

Туберкулеза почек

300. Для подтверждения диагноза хронического пиелонефрита необходимо осуществить:

Анализ мочи

Посев мочи

Внутривенную урографию

Ретроградную пиелографию

Биопсию почки

301. Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

Ограничение поваренной соли

Ограничение жидкости

Ограничение белка в диете

Применение уросептических трав в течение года

302. При хронической почечной недостаточности противопоказаны:

сульфаниламиды

пенициллины

цефалоспорины

нитрофураны

фенацетин содержащие препараты

303. Предположение о нефролитиазе может возникнуть при наличии:

макрогематурии

микрогематурии

Суточной потере белка свыше 3 г

почечной колики

тупых болей в поясничной области

304. Больной жалуется на острые боли в области промежности, отдающие в крестец и надлобковую область. Температура тела повышена до 39,5ос. Мочеиспускание затруднено, болезненно. Наиболее вероятно, что у больного:

Острый цистит

Аденома предстательной железы

Рак предстательной железы

Камень мочевого пузыря

Острый простатит

305. 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:

Поражение почек при артериальной гипертензии

Миеломная болезнь

Амилоидоз

Хронический пиелонефрит

Хронический гломерулонефрит

306. 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:

Об удвоении почек

О поликистозе почек

О раке почки

О хроническом пиелонефрите

Об эхинококкозе почек

307. При раке почки (гипернефроме) часто отмечается:

Железодефицитная анемия

Пальпируемая опухоль

Местная болезненность в области почки

Гематурия

308. Препаратом выбора для лечения неосложненной мочевой инфекции является:

олететрин

норфлоксацин

метронидазол

нистатин

клафоран

309. Для какой нозологии характерны ассиметрия поражения, расширение чашечек, лоханки и верхней трети мочеточника на урограммах:

острый гломерулонефрит

хронический гломерулонефрит

хронический пиелонефрит

амилоидоз почек

310. Для какой нозологии характерны следующие изменения со стороны внутренних органов: увеличение размеров почек, гепато- и спленомегалия, нарушение всасывания в тонком кишечнике:

Острый гломерулонефрит

Хронический пиелонефрит

Мочекаменная болезнь

Амилоидоз почек

Диабетическая энтеропатия

311. При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании:

при мезангиопрофилеративном

при мезангиокапиллярном

при мембранозном

при болезни минимальных изменений

при фибропластическом

312. Какой вариант хронического гломерулонефрита проявляется рецидивирующим остронефритическим синдромом:

При мезангиопрофилеративном

При мезангиокапиллярном

При мембранозном

При болезни минимальных изменений

При фибропластическом

313. При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее эффективны кортикостероиды?

При мезангиопрофилеративном

При мезангиокапиллярном

При мембранозном

При болезни минимальных изменений

При фибропластическом

314. Для какого заболевания почек характерен анализ мочи: удельный вес 1008, белок 6,8 г/л, лейкоциты 20-25 (нейтрофилы), эритроцитов-нет, цилиндры гиалиновые до 10 в поле зрения:

острый пиелонефрит

амилоидоз почек

острый гломерулонефрит

хронический гломерулонефрит

мочекаменная болезнь

315. Для какого заболевания почек характерен анализ мочи по Нечипоренко: реакция щелочная, удельный вес 1012, лейкоциты 31000, эритроциты 1200, цилиндры 0:

Киста почки

Амилоидоз почек

Острый гломерулонефрит

Хронический гломерулонефрит

Хронический пиелонефрит, обострение

316. Основные клинические признаки активного хронического пиелонефрита:

Олигурия

Отёки

Лихорадка

Боли в пояснице

Ознобы

317. У больных острым гломерулонефритом на высоте болезни может развиваться:

Гипергликемия

Пиурия

Острая почечная недостаточность

Инфаркт миокарда

Хроническая почечная недостаточность

318. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с мембранозным ГН?

Белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты единичные в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

319. Наиболее частые осложнения острого гломерулонефрита:

Гипокалиемия

Эклампсия

Острая почечная недостаточность

320. Поллакиурия – это:

Затрудненное мочеиспускание

Самопроизвольное выделение мочи без позыва

Учащенное мочеиспускание

Ненормально редкое мочеиспускание

321. Цистоскопия – это:

Осмотр слизистой оболочки мочевого пузыря

Осмотр слизистой оболочки уретры

Осмотр слизистой оболочки прямой кишки

322. Урофлоуметрия – это:

Определение суточного диуреза

Определение максимальной объемной скорости мочеиспускания

Подсчет форменных элементов в моче

Исследование осадка мочи

323. Аномалии расположения почки (дистопия) – это:

Сращение почек

Уменьшение величины почки

Неправильное положение почек

Замещение паренхимы почки разнокалиберными кистами

324. Паранефрит – это:

Воспаление паренхимы почек

Воспаление околопочечной жировой клетчатки

Воспаление тазовой клетчатки

Все вышеперечисленное

325. Почечная колика возникает:

При употреблении большого количества жидкости

При остром нарушении оттока мочи из почки

При обезвоживании организма

326. Наиболее частым осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы является:

Нефрогенная гипертония

Острая почечная недостаточность

Разрыв мочевого пузыря

Острая задержка мочеиспускания

327. Поликистоз почек – это заболевание:

Врожденное, двухстороннее

Приобретенное

Одностороннее

Все перечисленное

328. Укажите виды аномалий количества почек:

Аплазия почки

Гипоплазия почки

Удвоение почек

Сморщенная почка

329. Формы гнойного пиелонефрита:

Апостематозный

Абсцесс почки

Карбункул

Все перечисленное

330. К рентгенонегативным мочевым камням относятся:

Оксалатные

Фосфатные

Уратные

331. Укажите возможные причины нефротического синдрома (из перечисленного):

Пиелонефрит

Поликистоз почек

Диабетическая нефропатия

Амилоидоз

332. Острый нефритический синдром может наблюдаться в дебюте следующих заболеваний:

Постстрептококковый гломерулонефрит

Анца-ассоциированный васкулит

Волчаночный нефрит

Пиелонефрит

IG-A –нефропатия

333. Быстропрогрессирующий нефритический синдром может быть манифестацией перечисленных ниже заболеваний:

Анца-ассоциированный васкулит

Волчаночный нефрит

Синдром гудпасчера

Поликистоз почек

Осложненный пиелонефрит

334. У больного с нефротическим синдромом планируется выполнение нефробиопсии. Абсолютным противопоказанием к ее проведению являются следующие состояния:

Единственная почка

Высокий уровень азотемии

Нарушения коагуляции

Артериальная гипертензия 2 степени

Нефроптоз 2 степени

335. Какой вид терапии вы выберите при V стадии хронической болезни почек:

Исключительно гипотензивная терапия с целевым уровнем ад 120/80 мм.рт.ст.

петлевые диуретики

Преднизолон 1 мг/кг веса тела в сочетании с циклофосфаном 2,5 мг/кг веса тела

Диализная терапия

Плазмаферез

336. Для ранних стадий острого почечного повреждения характерны:

Полиурия

Олигурия

Лейкоцитурия

Гематурия

Протеинурия

337. У больного с v стадией хронической болезни почек (терминальной почечной недостаточностью) в сыворотке крови: креатинин 1,5 ммоль/л, мочевина 35 ммоль/л, выслушивается шум трения перикарда. Какие еще симптомы могут быть выявлены (из перечисленного)?

Кожный зуд

Анемия

Ацидоз

Эритроцитоз

Повышение уровня трансаминаз крови

338. У больного 16 лет, в мае перенесшего ангину, в июне появились отеки, повышение артериального давления, олигурия. Ваш наиболее вероятный предварительный диагноз:

Острая почечная недостаточность

Нефротический синдром

Постстрептококковый гломерулонефрит

Острая ревматическая лихорадка

Постстрептококковый миокардит

339. Типичными клиническими симптомами IG-A –нефропатии (болезни Берже) является умеренная протеинурия в сочетании:

С лейкоцитурией

Гематурией

Злокачественной артериальной гипертензией

Никтурией

Олигурией

340. Для острого пиелонефрита характерны симптомы:

Лихорадка

Боль в поясничной области на стороне поражения

Нефротический синдром

Лейкоцитурия

Дизурия

341. У больного с выраженными отеками, анасаркой, суточная потеря белка 7,8 г, общий белок 42 г/л, холестерин 8,6 ммоль/л. Как трактуются данные изменения:

Нефротический синдром

Острый нефритический синдром

Дислипопротеидемия

Терминальная стадия почечной недостаточности

342. Скорость клубочковой фильтрации у больных с хронической болезнью почек 1 стадии составляет:

Ниже 15 мл/мин

60-89 мл/мин

30-59 мл/мин

Выше 90 мл/мин

15-29 мл/мин

343. Перечислите симптомы, определяющие острый нефритический синдром:

Отеки

Гематурия

Артериальная гипертензия

Олигурия

Лихорадка

344. Укажите симптомы, не входящие в понятие нефротического синдрома:

Отеки

Гематурия

Суточная протеинурия более 3,5 г/сут

Артериальная гипертония

Гипоальбуминемия

345. Для острого нефритического синдрома характерна:

Олигурия и/или анурия

Изостенурия

Никтурия

Дизурия

Поллакиурия

346. Нефробиопсия не показана при:

Пиелонефрит

Нефротический синдром

Подозрение на СКВ

Протеинурия более 3 г/сут

Быстропрогрессирующий нефритический синдром

347. При каком уровне креатинина сыворотки крови можно говорить об гиперазотемии?

0,06 ммоль/л

0,12 ммоль/л

0,23 ммоль/л

0,63 ммоль/л

348. Укажите уровень суточной протеинурии, характерный для нефротического синдрома:

1г/сут

2 г/сут

3,5 г/сут

6 г/сут

0,5 г/сут

349. В пробе Зимницкого оценивают:

Колебания относительной плотности мочи

Уровень протеинурии

Скорость клубочковой фильтрации

Соотношение дневного и ночного диуреза

350. Проба по Зимницкому позволяет оценить:

Концентрационную функцию почек

Фильтрационную функцию почек

351. При нарушении пассажа мочи пиелонефрит считается:

необструктивным

обструктивным

352. При пиелонефрите поражается:

слизистая оболочка мочевого пузыря

кровеносная и лимфатическая система почек

чашечно-лоханочный аппарат, канальцы и интерстиций

клубочек

353. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита:

более 3 мес.

1 мес.

2 мес

354. При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно проведение только:

Экскреторной урографии

УЗИ почек

Ангиографии

355. Прием жидкости при пиелонефрите:

ограничивается

повышается

356. Для пиелонефрита характерны:

симптомы интоксикации

повышение температуры

боли при мочеиспускании

боли в поясничной области

отеки

357. Лабораторные изменения при пиелонефрите:

бактериурия

гематурия

цилиндрурия

протеинурия

лейкоцитурия

358. В лечении пиелонефрита используются:

мочегонные средства

уросептики

гипотензивные препараты

антибиотики

антиагреганты

359. При гломерулонефрите поражается:

интерстициальная ткань почек

клубочек

канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций

корковое и мозговое вещество почек

слизистая оболочка мочевого пузыря

360. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом применяется:

гидрокортизон

делагил

преднизолон

капотен

361. Дети, перенесшие гломерулонефрит, наблюдаются:

в течение 3 лет

в течение 5 лет

до перевода в подростковый кабинет поликлиники

362. При остром гломерулонефрите возможно развитие:

транзиторной азотемии

острой почечной недостаточности

хронической почечной недостаточности

363. При гемолитико-уремическом синдроме развивается острая почечная недостаточность:

преренальная

ренальная

обструктивная

364. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей раннего возраста является:

пиелонефрит

гломерулонефрит

гемолитико-уремический синдром

отравление

365. Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерны:

протеинурия

выраженные отеки

гипертония

гематурия

нормальный уровень холестерина

366. Наследственный нефрит (синдром Альпорта) протекает с:

гематурией

лейкоцитурией

тугоухостью

интоксикацией

прогрессирующим снижением функции почек

367. При нефротической форме гломерулонефрита отеки имеют следующие характеристики:

отеки распространенные

пастозность век и голеней

отеки «мягкие»

отеки «плотные»

368. Гемолитико-уремический синдром чаще развивается на фоне:

вирусной инфекции

кишечной инфекции

пневмонии

гломерулонефрита

369. При острой почечной недостаточности различают стадии:

начальную

олигоанурическую

полиурическую

восстановления

терминальную

370. При ХПН нарушается функция следующих отделов нефрона:

клубочков

канальцев

одновременно клубочков и канальцев

371. Прогноз идиопатического нефротического синдрома:

благоприятный

неблагоприятный

372. Наиболее частые причины ХПН у детей:

приобретенные

наследственные, врожденные

373. Принципы диетотерапии при ХПН:

достаточная калорийность

ограничение натрия

умеренное ограничение белка

ограничение растительных жиров

374. Ведущими биохимическими показателями ХПН являются:

повышенный уровень мочевины в крови

гипермагнезиемия

низкий клиренс по эндогенному креатинину

гипокальциемия

повышенный уровень креатинина в крови

375. Лечение остеодистрофии при ХПН:

оптимальные дозы витамина D

метаболиты витамина D с коротким временем действия (кальцитриол, 1-альфа-кальцидиол)

препараты кальция

препараты магния

376 Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с болезнью минимальных изменений?

Белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты 1 - 2 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

377. Оптимальный уровень паратиреоидного гормона у больного с терминальной хронической почечной недостаточностью:

Ниже 150 пг/мл

150 – 300 пг/мл

300 – 600 пг/мл

Выше 600 пг/мл

378. Севеламер – препарат, ограничивающий всасывание в кишечнике:

Кальция

Фосфатов

Магния

379. Показаниями к программному гемодиализу при ХПН являются:

артериальная гипотензия

алкалоз

декомпенсированный ацидоз

гиперкалиемия

380. Питьевой режим при уратной нефропатии:

ограничивают

не изменяют

увеличивают

381. При гипероксалурии исключают продукты, содержащие:

пурины

аскорбиновую кислоту

хлорид натрия

382. Диета при гиперуратурии является:

молочно-фруктово-ягодной

капустно-картофельной

мясо-молочной

бессолевой

383. Для лечения гипероксалурии применяют:

витамин Д

окись магния

аллопуринол

витамин В6

384. При гиперуратурии из питания исключают:

смородину

печень

почки

яйца

шпроты

385. При почечном несахарном диабете реакция на введение вазопрессина:

присутствует

отсутствует

386. Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете:

высокий

низкий

нормальный

387. Причиной развития почечного несахарного диабета является:

низкая чувствительность к альдостерону

повышенная чувствительность к паратгормону

сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону

повышенная чувствительность к альдостерону

сниженная чувствительность к паратгормону

388. Основным принципом лечения почечного несахарного диабета является введение:

вазопрессина

альдостерона

натрия хлорида

гипотиазида

глюкозы

389. Почечный несахарный диабет характеризуется:

гипонатриемией

гипернатриемией

гипокалиемией

гиперкалиемией

гиповолемией

390. Для почечного несахарного диабета характерны:

олигурия

полиурия

полидипсия

рвота

гипостенурия

391. Основой лечения почечного несахарного диабета является:

ограничение жидкости

введение достаточного количества жидкости

преднизолон

лазикс

гипотиазид

392. Рахитоподобные заболевания являются:

гломерулопатией

тубулопатией

ангиопатией

393. При болезни Де Тони-Дебре-Фанкони имеется:

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

нарушенное кишечное всасывание

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону

незрелость ферментов печени

394. При почечном тубулярном ацидозе имеется:

нарушенное кишечное всасывание

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

незрелость ферментов печени

снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать РН мочи и ограничение транспорта ионов Н

395. При витамин D-резистентном рахите имеется:

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону

незрелость ферментов печени

нарушение образования в почках 1,25-дигидроксихолекальциферола

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

396. Для лечения остеодистрофического синдрома ХПН применяется:

каптоприл

кальцитриол

гепарин

397. Для цистита характерны:

гипертермия

боли при мочеиспускании

боли в поясничной области

лейкоцитурия

бактериурия

398. Морфологическая картина почек при светооптической микроскопии, выявляемая при Анца-ассоциированных васкулитах:

«полулунный» ГН

Мезангиопролиферативный ГН

Фокально – сегментарный гломерулонефрит

399. Морфологическая картина почек при иммунофлюоресцентной микроскопии, выявляемая при Анца – ассоциированных васкулитах:

Свечения иммуноглобулинов не выявляется

Свечение IG А выявляется

Свечение IG М выявляется

Свечение IG G выявляется

400. Антитела к миелопероксидазе (ранца) выявляются при:

Гранулематозе вегенера

Микроскопическом полиангиите

Синдроме Чарга – Стросса

401. Антитела к протеиназе 3 (санца) выявляются при:

Гранулематозе вегенера

Микроскопическом полиангиите

Синдроме Чарга – Стросса

402. Укажите препараты, применяемые при лечении Анца васкулитов:

Циклофосфан

Преднизолон

Ритуксимаб

Метотрексат

Все перечисленное

403. Укажите показания к плазмообмену при Анца-васкулитах:

Легочное кровотечение

Нефротический синдром

Быстрое снижение почечной функции

Артериальная гипертония

404. При каком из Анца – васкулитов поражение почек обнаруживается в 100% случаев?

Гранулематозе вегенера

Микроскопическом полиангиите

Синдроме Чарга – Стросса

405. Какой вид лечения должен быть применен незамедлительно при диагностике синдрома Гудпасчера?

Плазмообмен

«пульс» метилпреднизолона

Делагил

Циклофосфан

Метилпреднизолон внутрь 1 мг/кг веса

406. Продолжительность поддерживающей терапии преднизолоном при синдроме Гудпасчера:

1 месяц

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

407. Какой вариант тромботической микроангиопатии ассоциирован с дефицитом adamts – 13?

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Атипичный гемолитико – уремический синдром

Типичный гемолитико – уремический синдром (stec – гус)

408. Какой вариант тромботической микроангиопатии ассоциирован с дефицитом ингибиторов комплемента и неконтролирумой активностью комплемента?

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Атипичный гемолитико – уремический синдром

Типичный гемолитико – уремический синдром (stec – гус)

409. Какой вариант тромботической микроангиопатии ассоциирован с воздействием Шига – токсина на систему комплемента и эндотелий сосудов?

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Атипичный гемолитико – уремический синдром

Типичный гемолитико – уремический синдром (stec – гус)

410. Механизм действия Экулизумаба?

Связывание фактора н

Связывание с5 и блокирование терминальной части каскада комплемента

Связывание Шига – токсина

411. Общие симптомы тромботической микроангиопатии:

Тромбоцитопения

Микроангиопатическая гемолитическая анемия

Острая почечная недостаточность

Сепсис

Отек мозга

412. Общие морфологические признаки тромботической микроангиопатии:

Микротромбы в капиллярах и артериолах

Разрывы микроциркуляторного русла

Набухание эндотелия, отслоение его от интимы сосудов

Полнокровие внутренних органов

Ишемические изменения внутренних органов

413. Для волчаночного нефрита 4 класса характерны следующие морфологические изменения:

Пролиферация мезангиальных клеток, увеличение мезангиального матрикса

Отсутствие изменений базальных мембран капилляров

Утолщение и раздвоение базальных мембран капилляров

Отсутствие изменений в мезангии

414. Для волчаночного нефрита 5 класса характерны следующие морфологические изменения:

Пролиферация мезангиальных клеток, увеличение мезангиального матрикса

Отсутствие изменений базальных мембран капилляров

Утолщение базальных мембран капилляров

Отсутствие изменений в мезангии

415. При катастрофическом антифосфолипидном синдроме наиболее часто поражаются сосуды:

Крупного калибра

Среднего калибра

Мелкого калибра

416. При болезни плотных депозитов иммунные комплексы располагаются:

Субэндотелиально

Субэпителиально

Интрамембранозно

417. Какие заболевания могут проявляться мембранопролиферативным гломерулонефритом?

Вирусный гепатит С

Неходжкинские лимфомы

Острый лейкоз

Тиреоидит

Лимфогранулематоз

418. Укажите классические проявления криоглобулинемии:

Кожная пурпура

Артралгии

Астения

Мононеврит

Нарушение зрения

419. Укажите вариант гломерулонефрита, который нередко развивается при лимфогранулематозе:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

420. Укажите вариант гломерулонефрита, который может обнаруживаться при злокачественных опухолях:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

421. Укажите вариант гломерулонефрита, который может развиваться при вирусном гепатите С:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

422. Морфологическим эквивалентом гломерулонефрита, ассоциированного с пурпурой Шейнлейн-Геноха, является:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

423. Депозиты каких иммуноглобулинов определяются при гломерулонефрите, ассоциированном с пурпурой Шейнлейн – Геноха?

IG А

IG М

IG G

424. Депозиты каких иммуноглобулинов обычно определяются при мембранозном гломерулонефрите?

IG А

IG М

IG G

425. Олигоурия – это снижение диуреза до:

Менее 20 мл/час

Менее 40 мл/час

Менее 100 мл/час

426. Какие состояния повышают риск развития острого тубулярного некроза после введения рентгенконтрастных веществ?

Хроническая почечная недостаточность

Сахарный диабет

Обезвоживание

427. Укажите наиболее распространенные причины преренальной ОПН

Артериальная гипертония

Сепсис (системная вазодилатация)

Сердечная недостаточность с низким сердечным выбросом

Потери жидкости через желудочно – кишечный тракт (рвота, понос)

Задержка мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы

428. Как часто рецидивирует в трансплантате IG А – нефропатия?

Менее 10%

В 100% случаев

В 60% случаев

429. К подоцитопатиям можно отнести следующие варианты гломерулонефрита:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

430. Выберите вид заместительной почечной терапии больному с острой почечной недостаточностью и нестабильной гемодинамикой:

Стандартный гемодиализ

Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ

Гемодиафильтрация продленная

431. Морфологическим эквивалентом гломерулонефрита у наркоманов нередко является:

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

432. При каком гломерулонефрите высока опасность тромботических осложнений?

Мезангиопролиферативный ГН

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

433. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с активным пиелонефритом?

Белок 0,04 г/л, эритроциты единичные в поле зрения, лейкоциты 80 - 100 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

434. Укажите целевой уровень НВ у диализного больного:

130 г/л

110 г/л

90 г/л

435. Какой препарат является альтернативным схеме: циклофосфан + преднизолон при мембранозной нефропатии?

Циклоспорин

Метотрексат

Мофетила микофенолат

436. Какое наиболее частое осложнение при применении мофетила микофенолата?

Артериальная гипертония

Гирсутизм

Диарея

437. Какой нормальный диапазон концентрации циклоспорина в крови при проведении иммуносупрессивной терапии после трансплантации почки?

Ниже 100 нг/мл

100-200 нг/мл

200 – 300 нг/мл

438. Каковы наиболее частые проявления цитомегаловирусной инфекции после трансплантации почки?

Диарея

Лихорадка

Ретинит

Артериальная гипертония

Гепатит

439. Укажите наиболее эффективный препарат (из перечисленных) для лечения цитомегаловирусной инфекции:

Ацикловир

Валганцикловир

Зовиракс

440. В чем заключается ремоделирование клубочков при хронической болезни почек?

В снижении внутриклубочкового давления

В повышении внутриклубочкового давления

В расширении мезангия

441. Основными препаратами нефропротекции являются:

Бета – блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2

Антагонисты альдостерона

442. Какую группу препаратов вы назначите с целью нефропротекции больному с ХБП, соблюдающему низкосолевую диету:

Бета – блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2

Антагонисты альдостерона

443. Какую группу препаратов вы назначите с целью нефропротекции больному с ХБП, не соблюдающему низкосолевую диету:

Бета – блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы апф

Блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2

Антагонисты альдостерона

444. Реноваскулярная гипертония относится к следующему патогенетическому варианту артериальной гипертонии:

Натрий – объемзависимая АГ

Гиперренинная АГ

Симпато – адреналовая АГ

445. Для лечения первичного AL – амилоидоза применяются:

Мелфалан + дексаметазон

Бортезомиб + дексаметазон

Трансплантация стволовых клеток

Циклофосфан

Метилпреднизолон

446. Какой вариант хронического гломерулонефрита чаще встречается в азиатской популяции?

IG А – нефропатия

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

447. Укажите основные проявления HELLP синдрома:

Тромбоцитопения

Гемолиз

Повышение уровня трансаминаз в крови

Эритремия

Лейкоцитоз

448. Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерна селективная протеинурия?

IG А – нефропатия

Мембранополиферативный ГН

Болезнь минимальных изменений

Фокально – сегментарный ГН

Мембранозный ГН

449. Выберите из перечисленных состояния, при которых развивается фокальный гломерулосклероз неиммунной природы

Ожирение

Удаление функционирующей почки

ВИЧ – инфекция

Соль – теряющая почка

Миеломная нефропатия

450. У больного определяется метаболический алкалоз и гипокалиемия. АД в норме. Возможный диагноз?

Синдром Гительмана

Синдром Фанкони

Синдром Барттера

Синдром Кушинга

Синдром Гудпасчера

451. Какая канальцевая дисфункция лежит в основе развития синдрома Барттера?

Нарушение абсорбции хлорида в толстом восходящем отделе петли генле

Нарушение абсорбции натрия в толстом восходящем отделе петли Генле

Снижение чувствительности к действию альдостерона в дистальном отделе нефрона

452. У больного определяется метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипомагниемия и гипокальциурия. АД в норме. Возможный диагноз?

Синдром Гительмана

Синдром Фанкони

Синдром Барттера

Синдром Кушинга

Синдром Гудпасчера

453. Укажите состояния, при которых размеры почек увеличены:

Амилоидоз почек

Хроническая почечная недостаточность

Острая почечная недостаточность

Быстропрогрессирующий ГН

Аутосомно – доминантный поликистоз почек

454. Укажите состояния, при которых размеры почек уменьшены:

Амилоидоз почек

Хроническая почечная недостаточность

Острая почечная недостаточность

Гипоплазия почек

455. Укажите тип наследования поликистоза почек взрослых:

Аутосомно – рецессивный

Аутосомно – доминантный

Сцепленный с Х – хромосомой

Не сцепленный с полом

456. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с хроническим тубуло - интерстициальным нефритом?

Белок 0,01 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

Белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

Белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

457. Для диагностики гранулематоза с полиангиитом определяющее значение имеет следующий лабораторный метод:

Определение АНЦА (антител к цитоплазме нейтрофилов)

Определение антител к двуспиральной ДНК

Определение антител к гломерулярной базальной мембране

Определение циркулирующих иммунных комплексов

458. К ассоциированным клиническим состояниям при стратификации сердечно – сосудистого риска относится следующий вид почечной патологии:

Стеноз почечной артерии

Хроническая болезнь почек с СКФ ниже 30 мл/мин

Нефропатия, проявляющаяся альбуминурией А2 (30 – 300 мг/г)

Хроническая болезнь почек 1 стадии

459. Какие из перечисленных признаков характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?

Селективная протеинурия

Преимущественное развитие у детей

Артериальная гипертония

Эффективность терапии глюкокортикоидами

Хороший прогноз

460. Какие из перечисленных утверждений справедливы для первичного мембранозного гломерулонефрита?

В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Преобладают мужчины

Заболевание начинается исподволь, незаметно

Тест на выявление антител к фосфолипазе А2 (PLA2R) в сыворотке крови и в почечной ткани положительный

Часто встречается макрогематурия

461. Какие утверждения, касающиеся болезни Берже (IG А-нефрит), верны?

У большинства больных отмечается НС

Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия

Чаще болеют мальчики и мужчины

Существует тесная связь с респираторной инфекцией

Патогномоничны депозиты IG А в мезангии клубочков

462. У больной обнаружены плотные холодные отеки, артериальная гипотония, сухая кожа, температура тела 35,8. Какова возможная причина отеков?

Гипотиреоз

Гломерулонефрит

Недостаточность надпочечников

Сахарный диабет

463. Неолигоурическая ОПН характерна для:

Лекарственной ОПН

Синдрома длительного раздавливания

«Шоковой почки»

Постренальной ОПН

464. Механизм действия Экулизумаба?

Связывание фактора Н

Связывание С5 и блокирование терминальной части каскада комплемента

Связывание Шига – токсина

Связывание ф. Виллебрандта

465. Основные критерии склеродермического почечного криза это:

гематурия + протеинурия

злокачественная артериальная гипертензия

нефротический синдром

быстрое прогрессирование почечной недостаточности

466. При каком АД имеются показания к началу антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, ИБС, ХБП, Инсульт/ТИА в возрасте 65-79 лет :

125-130/85

=>140/=>90

120-125/=85

135-139/80

467. При каком АД имеются показания к началу антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, ИБС, ХБП, Инсульт/ТИА в возрасте =>80 лет :

125-130/85

=>160/=>90

120-125/85

135-139/85

468. Целевой уровень АД (мм рт. ст.) при переносимости для всех пациентов кроме имеющих поражение почек в возрасте 18-64 года:

120-130/70-79

130-139/80

120-125/80-90

135-140/80-90

469. Целевой уровень систолического АД (мм рт. ст.) при переносимости для пациентов имеющих ХБП в возрасте 18-64 года:

120-130/70-79

130-139/70-79

120-125/80-90

135-140/80-90

470. Укажите правильно сформулированные диагнозы:

ГБ I стадии. Степень АГ 2. Гиперлипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Нарушенная гликемия натощак. Гиперлипидемия. ГЛЖ. Риск 3 (высокий) Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2010г). ГБ III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ГБ III стадии. Контролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет 2-го типа, целевой уровень гликированного гемоглобина ≤7,5%.

ХБП С4 стадии, альбуминурия А2. Риск 4 (экстремальный). Целевое АД 130–139/< мм рт. ст.

471. Как диуретики абсолютно противопоказаны при подагре?

Гидрохлоротиазид

Хлорталидон

Индапамид