**Хроническая почечная недостаточность**

**CS**

1. Сколько стадий почечной недостаточности существуют, согласно классификации KDOQI?
	1. 2
	2. 3
	3. 4
	4. 5
	5. 6
2. Какова главная причина, по которой невозможно точное определение инцидентности и превалентности хронической почечной недостаточности в ее начальных стадиях?
	1. отсутствие эпидемиологических исследований
	2. отсутствие симптомов на начальных стадиях у пациентов с ХПН
	3. отсутствие ясного определения ХПН
	4. по причине того, что ХПН это временное состояние
	5. по причине того, что определение креатинина и мочевины в сыворотке крови это дорогостоящее и сложное исследование
3. Самый неблагоприятный фактор, который приводит к прогрессированию ХПН:
	1. зуд
	2. гематурия
	3. протеинурия
	4. бактериурия
	5. урикозурия
4. Наличие какого признака наиболее информативно в дифференциальной диагностике ХПН и острого почечного повреждения?
	1. анемия
	2. маленький размер обеих почек
	3. гипокальцемия
	4. гипертнатриурия
	5. метаболический ацидоз
5. Две причины, которые чаще всего приводят к терминальной почечной недостаточности, это:
	1. аллергии и диабет
	2. инфекции и диабет
	3. диабет и артериальная гипертензия
	4. инфекции и артериальная гипертензия
	5. диабет и ожирение
6. Генетическая патология, которая чаще всего приводит к терминальной почечной недостаточности, это:
	1. сахарный диабет
	2. синдром Альпорта
	3. аутосомно-доминантная поликистозная болезнь
	4. аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь
	5. артериальная гипертензия
7. Главная причина смертности пациентов с терминальной стадией ХПН это:
	1. сердечнососудистые осложнения
	2. анемия
	3. печеночная недостаточность
	4. уремия
	5. сепсис
8. Какая стадия ХПН, согласно классификации KDOQI, присутствует у мужчины со скоростью клубочковой фильтрации в 23 мл/мин/1,73м2?
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
9. Пациенту с ХПН четвертой или пятой стадии может понадобиться эритропоэтин, для корректировки:
	1. анемии
	2. нейтропении
	3. панцитопении
	4. тромбоцитопении
	5. гипопротеинемии
10. Какая лекарственная группа снижает частоту сердечнососудистых осложнений, сосудистую резистентность и секрецию ренина?
	1. диуретики
	2. бета-блокаторы
	3. альфа-блокаторы
	4. блокаторы кальциевых каналов
	5. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
11. Протеинурия представляет собой фактор риска для прогрессии ХПН, который:
	1. может быть модифицирован
	2. не может быть модифицирован
	3. протеинурия не является фактором риска для ХПН
	4. протеинурия появляется лишь при терминальной ХПН
	5. протеинурия имеет благоприятный прогноз
12. Для того чтобы рассчитать скорость клубочковой фильтрации различными формулами в клинической практике, требуется следующий биохимический показатель:
	1. сывороточный креатинин
	2. сывороточная мочевина
	3. общий белок
	4. калий в сыворотке крови
	5. натрий в сыворотке крови
13. Гиперкалиемия, ацидоз, гипирлипидемия, гиперурикемия и мальнутриция при ХПН являются следствием:
	1. гематурии
	2. олигурии
	3. уремии
	4. артериальной гипертензии
	5. печеночной недостаточности
14. Эналаприл способствует понижению скорости клубочковой фильтрации, действуя на:
	1. афферентные артериолы
	2. эфферентные артериолы
	3. прямые сосуды
	4. дистальные канальцы
	5. проксимальные канальцы
15. Какое из следующих изменений полупроницаемой мембраны для диализа, поспособствует повышению скорости диализа?
	1. уменьшение размера пор мембраны
	2. увеличение толщины мембраны
	3. увеличение площади мембраны
	4. нанесение на мембрану отрицательного заряда
	5. уменьшения температуры диализаторного раствора
16. До каких значений следует снизить артериальное давление, для получения нефропротекторного эффекта?
	1. систолическое артериальное давление < 120 mmHg, если оно хорошо переносится
	2. диастолическое артериальное давление > 90 mmHg
	3. систолическое артериальное давление < 120 mmHg, даже если оно плохо переносится
	4. систолическое артериальное давление > 140 mmHg, если оно хорошо переносится
	5. систолическое артериальное давление < 90 mmHg
17. Посредством какого механизма, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента уменьшают протеинурию?
	1. дилатация эфферентной артериолы с уменьшением внутриклубочкового давления
	2. понижение систолической артериальной гипертензии
	3. понижение диастолической артериальной гипертензии
	4. уменьшение реабсорбции натрия в собирательных трубочках
	5. прямая ингибиция действия ренина
18. 30-летнему пациенту с прогрессирующей гипоакузией и гематурией с детства, 8 лет назад была произведена трансплантация почки, по причине терминальной ХПН. При обследовании у него выявляется гипоакузия на звуки высокой тональности и задний лентиконус обоих глаз. Вероятный диагноз:
	1. нейрофиброматоз второго типа
	2. синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
	3. синдром Альпорта
	4. аутосомно-доминантная поликистозная болезнь
	5. гранулематоз Вегенера
19. Какая диета рекомендована пациенту с артериальной гипертензией и скоростью клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73м2?
	1. специфической диеты не требуется
	2. гипокалорийная
	3. гипонатриевая
	4. маложирная и гипокалорийная
	5. гипонатриевая, гипокалиевая и малобелковая
20. Пациенты с каким заболеванием составляют большинство пациентов, получающих лечение диализом, на мировом уровне?
	1. поликистозные болезни почек
	2. хронический гломерулонефрит
	3. артериальная гипертензия
	4. сахарный диабет
	5. обструктивная уропатия
21. При какой стадии ХПН следует начать подготовку пациента для лечения диализом?
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
22. Какой путь введения препаратов железа рекомендован для пациентов с ХПН, осложненной железодефицитной анемией?
	1. пероральный
	2. внутривенный
	3. внутриартериальный
	4. подкожный
	5. подъязычный
23. Главная причина анемии у пациентов с ХПН это:
	1. синтез малого количества эритропоэтина
	2. синтез антител к эритропоэтину
	3. синтез антител к рецепторам эритропоэтина, располагающимся на прогениторных эритроидных клетках
	4. синтез дефектного эритропоэтина
	5. неадекватная реакция прогениторных клеток на эритропоэтин
24. При какой стадии ХПН по KDOQI следует начать лечение гемодиализом?
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
25. Какая классификация используется для стадиализации ХПН?
	1. NYHA
	2. KDOQI
	3. RIFLE
	4. AKIN
	5. Mogensen
26. Самый эффективный метод замещения почечной функции это:
	1. гемодиализ
	2. перитонеальный диализ
	3. гемосорбция
	4. трансплантация почки
	5. плазмаферез
27. Термин «уремия» означает, в целом:
	1. концентрацию мочевины в сыворотке
	2. концентрацию мочевины в крови
	3. клиническую картину, которая соответствует повышению уровня мочевины в крови
	4. клинический синдром, который развивается как следствие выраженной потери функции почек
	5. повышение уровня мочевой кислоты в крови
28. Главная причина анемии у пациентов с ХПН это:
	1. уменьшение синтеза эритропоэтина
	2. наличие ингибиторов эритропоэтина
	3. гемолиз
	4. желудочно-кишечные кровопотери
	5. дефицит фолиевой кислоты и витамина В12
29. При каких заболеваниях реже развивается почечная анемия?
	1. почечный поликистоз
	2. диабетическая нефропатия
	3. гломерулонефриты
	4. интерстициальные нефропатии
	5. хронический пиелонефрит
30. Какие изменения лабораторных анализов являются самыми вероятными у пациента с нефропатией и болью в костях?
	1. паратгормон ↑, кальций ↓, фосфаты ↑, кальцитриол ↓
	2. паратгормон ↓, кальций ↑, фосфаты ↑, кальцитриол ↑
	3. паратгормон ↑, кальций ↑, фосфаты ↓, кальцитриол ↓
	4. паратгормон ↓, кальций ↓, фосфаты ↑, кальцитриол ↓
	5. нормальный уровень паратгормона, кальция, фосфатов, кальцитриола
31. Ниже какого уровня должно упасть количество функционирующих нефронов, для того чтобы появились серьезные клинические проявления?
	1. 10-15%
	2. 20-25%
	3. 45-50%
	4. 70-75%
	5. 90-95%
32. Понижение скорости клубочковой фильтрации считается физиологической:
	1. у пожилых людей
	2. у беременных
	3. после суровой физической нагрузки
	4. после избыточного употребления жидкости
	5. в жару
33. Выберите ложное утверждение, относительно гемодиализа у пациентов с ХПН пятой стадии по KDOQI.
	1. проводится, обычно, 3 раза в неделю
	2. проводится в домашних условиях
	3. требуется сосудистый доступ
	4. требуется подготовка пациентов, перед тем как начать хронический гемодиализ
	5. является лучшим методом, чем трансплантация почки
34. Выберите ложное утверждение, относительно перитонеального диализа у пациентов с ХПН пятой стадии по KDOQI.
	1. брюшина играет роль полупроницаемой мембраны
	2. может производиться в домашних условиях
	3. может производиться один раз в неделю
	4. является самым часто используемым методом замещения функции почек
	5. является лучшим методом, чем трансплантация почки
35. Какие препараты используется в качестве гиполипидемической терапии при ХПН?
	1. статины
	2. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	3. сартаны
	4. хелаторы фосфора
	5. слабительные
36. Самым вредным токсином при ХПН является:
	1. гуанидин
	2. креатинин
	3. билирубин
	4. мочевина
	5. цистатин С

**CM**

1. Какое из следующих условий требуется для постановки диагноза ХПН?
	1. понижение скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73м2
	2. присутствие почечного поражения, подтвержденного морфопатологическими, рентгенологическими или лабораторными (протеинурия) изменениями
	3. возраст пациента более чем 70 лет
	4. обнаружение повышенного уровня сывороточного креатинина
	5. пациент лечится одним из методов хронического замещения почечной функции
2. Диагноз ХПН ставится когда:
	1. скорость клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м2
	2. скорость клубочковой фильтрации < 25 мл/мин/1,73 м2
	3. скорость клубочковой фильтрации < 35 мл/мин/1,73 м2
	4. пациент лечится перитонеальным диализом
	5. пациент лечится хроническим гемодиализом
3. Каковы противопоказания для проведения почечной трансплантации?
	1. артериальная гипертензия
	2. ВИЧ-инфекция
	3. рак с метастазами
	4. возраст более чем 50 лет
	5. тяжелые заболевания, течение которых не улучшится после трансплантации
4. Какие изменения со стороны почек могут встречаться при беременности?
	1. повышение скорости клубочковой фильтрации
	2. увеличение размера почек
	3. понижение почечного кровотока
	4. снижение частоты инфекций мочевыделительных путей
	5. протеинурия до 500 мг и глюкозурия
5. Модифицируемыми факторами риска в прогрессировании ХПН являются:
	1. пол и маленький вес при рождении
	2. генетические факторы
	3. протеинурия
	4. артериальная гипертензия
	5. гликемия и масса тела
6. Немодифицируемыми факторами риска в прогрессировании ХПН являются:
	1. пол
	2. генетические факторы
	3. протеинурия
	4. гликемия
	5. возраст
7. Для определения скорости клубочковой фильтрации в клинической практике используются:
	1. формула MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)
	2. формула Кокрофта-Голта
	3. формула CKD-EPI (ChronicKidneyDiseaseEpidemiologyCollaboration)
	4. проба Реберга
	5. определение секреции инулина с мочой
8. Лечение терминальной ХПН проводится:
	1. перитонеальным диализом
	2. гемодиализом
	3. трансплантацией почки
	4. стероидными гормонами
	5. инсулином
9. Характеристиками ХПН являются:
	1. повышение креатинина сыворотки крови
	2. понижение мочевины в сыворотке крови
	3. понижение калия в сыворотке крови
	4. анемия
	5. повышение калия в сыворотке крови
10. Для лечения анемии при ХПН используются:
	1. эритропоэтин
	2. внутривенное введение железа
	3. применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	4. пероральное применение калия
	5. применение прямых ингибиторов ренина
11. Каковы признаки гиперкалиемии на ЭКГ?
	1. расширенный комплекс QRS
	2. высокие Т волны
	3. увеличение интервала PR
	4. суправентрикулярная тахикардия
	5. отклонение электрической оси сердца влево
12. Для того чтобы замедлить прогрессирование ХПН, важно:
	1. контролировать артериальную гипертензию
	2. уменьшить протеинурию
	3. понизить прием белков с пищей
	4. ввести парентерально изотонический физиологический раствор
	5. назначить нестероидные противовоспалительные средства
13. Какие группы препаратов считаются нефропротекторами?
	1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	2. блокаторы рецепторов ангиотензина II
	3. дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин, нифедипин)
	4. альфа-блокаторы
	5. недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем)
14. Какие из следующих групп препаратов считаются препаратами первого выбора для контроля артериальной гипертензии у пациентов с ХПН и протеинурией?
	1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	2. блокаторы рецепторов ангиотензина II
	3. дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин, нифедипин)
	4. диуретики в качестве монотерапии
	5. α-2 адреномиметики (клонидин)
15. По какой причине ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента считаются нефропротекторами?
	1. уменьшают внутриклубочковое давление, посредством вазоконстрикции эфферентной артериолы
	2. уменьшают протеинурию
	3. понижают артериальное давление
	4. уменьшают формирование цитокинов, таких как TGF-β, которые играют роль в гломерулосклерозе
	5. повышают внутриклубочковое давление
16. До каких цифр следует сократить употребление белков с пищей пациенту с ХПН?
	1. до 0,8 г/кг/день + потери с мочой
	2. не следует сокращать употребление белков пациентам с ХПН и тяжелой мальнутрицией
	3. до 1,5 г/кг/день + потери с мочой
	4. до 2 г/кг/день + потери с мочой
	5. до 3 г/кг/день + потери с мочой
17. Почему при ХПН следует ограничить употребление соли?
	1. для того чтобы оптимизировать антипротеинурический эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, сартанов и недигидропиридиновых антагонистов кальция
	2. для того чтобы контролировать артериальное давление
	3. для того чтобы уменьшить абсорбцию глюкозы в проксимальных канальцах
	4. для того чтобы оптимизировать эритропоэз
	5. для того чтобы уменьшить альбуминурию
18. При лечении анемии при ХПН используются:
	1. Дарбэпоэтин-альфа
	2. Мирцера (активаторы рецепторов эритропоэтина длительного действия)
	3. рекомбинантный эритропоэтинчеловека
	4. Кетотифен
	5. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
19. Какие из следующих мер предпринимаются для приостановки прогрессирования ХПН?
	1. контроль артериального давления
	2. ограничение употребления соли
	3. отказ от курения
	4. антипротеинурическая терапия
	5. терапия кортикостероидами
20. Каковы главные меры, предпринимаемые для приостановки прогрессирования ХПН?
	1. контроль артериального давления
	2. лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
	3. снижение протеинурии
	4. терапия аллопуринолом
	5. терапия нестероидными противовоспалительными средствами
21. Каковы метаболические последствия уремии?
	1. повышение базальной инсулинемии, с тенденцией к гипогликемии
	2. понижение толерантности к глюкозе и спонтанные гипергликемии, из-за повышенной резистентности тканей к инсулину
	3. необходимость повышенных доз инсулина
	4. гиперлипопротеидемия
	5. повышение концентрации мочевой кислоты в моче
22. Дыхательные проявления ХПН включают:
	1. ацидозное дыхание Куссмауля
	2. дыхание Чейна-Стокса
	3. уремический плеврит
	4. уремическая пневмония
	5. хронический обструктивный бронхит
23. Сердечнососудистые проявления ХПН включают:
	1. уремическая кардиомиопатия
	2. нарушения ритма и проводимости, обусловленные уремической кардиомиопатией и аномалиями электролитов
	3. артериальная гипертензия
	4. миокардит
	5. синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
24. Гематологические проявления ХПН включают:
	1. нормохромная анемия
	2. геморрагический синдром, обусловленный дисфункцией лейкоцитов
	3. тромбоцитопения при терминальной ХПН
	4. лейкопения
	5. эозинофилия
25. Проявления минерального и костного обмена веществ при ХПН включают:
	1. фиброзный остеит, как проявление гиперпаратиреоза
	2. остеомаляция, как проявление дефектной минерализации
	3. адинамическая костная болезнь, по причине пониженного цикла ремоделирования костной ткани
	4. остеопения или остеопороз
	5. кифоз или лордоз, как следствие отложения мочевины в межпозвоночных дисках
26. Неврологические проявления ХПН включают:
	1. уремическая энцефалопатия
	2. периферическая нейропатия
	3. синдром Экбома или синдром беспокойных ног
	4. миастения гравис
	5. синдром Леш-Нихана
27. Гастроинтестинальные проявления ХПН включают:
	1. уремический (аммониакальный) запах изо рта
	2. уремический гастрит с анорексией, эпигастральными болями, рвотами с аммониакальным запахом
	3. пептическая язва, обусловленная повышением гастринемии
	4. синдром Маллори-Вейсса
	5. Ахалазия
28. Дерматологические проявления ХПН включают:
	1. уремический зуд
	2. уремическая «пудра»
	3. кальцифилаксия (кальцифицирующаяуремическаяартериолопатия)
	4. угревая сыпь
	5. дерматомикозы
29. Какие из следующих признаков обнаруживаются у пациента с ХПН при параклиническом обследовании?
	1. повышенный уровень креатинина
	2. повышенный уровень мочевины
	3. нормохромная анемия
	4. пониженная скорость клубочковой фильтрации
	5. гипокалиемия
30. Какие электролитные нарушения могут быть обнаружены у пациента с ХПН?
	1. гипо- или гипернатриемия
	2. гиперкалиемия
	3. гипокалиемия
	4. гипокальциемия
	5. гиперфосфатемия
31. Каковы побочные эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента?
	1. кашель
	2. артериальная гипотензия
	3. гиперкалиемия
	4. железодефицитная анемия
	5. панцитопения
32. По какой причине у пациентов с ХПН обнаруживается пониженный уровень железа в сыворотке крови?
	1. скрытые желудочно-кишечные кровотечения
	2. ятрогенные кровотечения, обусловленные диализом
	3. гемоптизия
	4. гематурия
	5. гематемезис
33. Каковы наиболее часто встречаемые причины анемии у пациентов с ХПН?
	1. дефицит железа
	2. дефицит витамина В12
	3. дефицит фолиевой кислоты
	4. хронические кровопотери
	5. гематурия
34. Для коррекции минерального обмена веществ у пациентов с ХПН используется:
	1. ограничение употребления фосфатов
	2. кишечные хелаторы фосфатов
	3. адекватный диализ (в пятой стадии ХПН)
	4. аналоги витамина D (кальцитриол, альфакальцидол)
	5. дарбэпоэтин-альфа
35. Какие из следующих препаратов являются кишечными хелаторами фосфатов?
	1. соли кальция
	2. соли алюминия
	3. Севеламер
	4. статины
	5. сартаны
36. Какие из следующих мероприятий являются этапами подготовки пациента к хроническому гемодиализу?
	1. создание сосудистого доступа
	2. психологическое консультирование
	3. изменение диеты, для адекватного баланса белков, калорий, витаминов и минералов
	4. коррекция гиперкалиемии
	5. снижение фосфатемии
37. Сосудистый доступ для гемодиализа может быть создан посредством:
	1. артериовенозной фистулы
	2. артериовенозного шунта
	3. центрального венозного катетера
	4. катетера Свана-Ганца
	5. катетера Фолея
38. Диагноз ХПН может быть постановлен, когда выявляется:
	1. уменьшение скорости клубочковой фильтрации менее чем 60 мл/мин/1,73м2, более 3 месяцев, с присутствием или отсутствием почечного поражения
	2. присутствие почечного поражения продолжительностью более 3 месяцев, подтвержденного на морфологическом исследовании
	3. присутствие маркеров почечного поражения (альбуминурия/протеинурия, патологический осадок мочи или почечные изменения при рентгенологическом исследовании)
	4. уменьшение скорости клубочковой фильтрации менее чем 90 мл/мин/1,73м2, более 3 месяцев, с присутствием или отсутствием почечного поражения
	5. почечная мальформация без нарушения почечной функции
39. У каких групп больных присутствует повышенный риск развития ХПН?
	1. больные сахарным диабетом
	2. больные артериальной гипертензией
	3. больные некоторыми системными заболеваниями, такими как системная красная волчанка
	4. больные с присутствием почечной патологии в семейном анамнезе
	5. больные серонегативным спондилитом
40. Каковы методы скрининга пациентов с ХПН?
	1. креатинин и мочевина сыворотки крови
	2. расчет скорости клубочковой фильтрации
	3. ультразвуковое исследование
	4. дозирование сывороточного эритропоэтина
	5. измерение артериального давления
41. Для правильной диагностики ХПН следует:
	1. выявить основную почечную патологию
	2. определить стадию ХПН, согласно классификации KDOQI
	3. дозировать гормоны щитовидной железы
	4. провести рентгенографию мозга
	5. провести ультразвуковое исследование почек
42. Какие из следующих проявлений чаще встречаются у пациентов с ХПН 3 стадии по KDOQI?
	1. артериальная гипертензия (обычно, у 50-60%)
	2. уменьшение абсорбции кальция
	3. уменьшение экскреции фосфатов
	4. повышение сывороточного паратгормона
	5. повышение уровня железа в сыворотке крови
43. Какие из следующих проявлений чаще встречаются у пациентов с ХПН 5 стадии по KDOQI, не лечащихся гемодиализом?
	1. удлинение комплекса QRS на ЭКГ
	2. высокие Т волны на ЭКГ
	3. задержка соли и жидкости
	4. анемия
	5. парапротеинемия
44. Каковы цели лечения ХПН?
	1. замедление скорости прогрессирования ХПН
	2. профилактика/лечение осложнений
	3. подготовка пациента к заместительной почечной терапии, при 3 стадии ХПН по KDOQI
	4. подготовка пациента к заместительной почечной терапии, при 4 стадии ХПН по KDOQI
	5. включение пациента с ХПН 5 стадии в лист ожидания трансплантации почки
45. Типичными гематологическими нарушениями при ХПН являются:
	1. геморрагический диатез
	2. анемия, индуцированная алюминием
	3. лейкоцитоз
	4. лейкопения
	5. нормоцитарная анемия
46. Лечение гиперволемии у отечных пациентов с ХПН проводится:
	1. назначением диуретиков пациентам, которые не получают лечение диализом
	2. ограничение употребления соли и жидкости
	3. увеличение употребления жидкости между процедурами гемодиализа
	4. применение диуретиков, совместно с увеличением употребления жидкости
	5. гипергидратированным пациентам, получающим лечение гемодиализом, проводится ультрафильтрация
47. Острыми осложнениями гемодиализа являются:
	1. тромбоз артериовенозной фистулы
	2. конвульсии
	3. мальнутриция
	4. мышечные судороги
	5. артериальная гипотензия
48. Следующие утверждения, относительно перитонеального диализа, правдивы:
	1. может производиться на дому
	2. является самой распространенной формой гемодиализа
	3. проводится 4-6 раз в день, каждый день
	4. является лучшим методом, чем почечная трансплантация
	5. метод не используется у пациентов с постоперационными абдоминальными спайками
49. Какие из следующих утверждений являются правдивыми?
	1. при ХПН почки, обычно, нормального размера
	2. при острой почечной недостаточности структура и размеры почек изменены
	3. анемия часто встречается при ХПН
	4. при острой почечной недостаточности появляются тяжелые изменения почечной остеодистрофии
	5. артериальная гипертензия часто встречается при ХПН
50. Лечение артериальной гипертензии при ХПН следует проводить:
	1. блокаторами рецепторов ангиотензина II
	2. бета-блокаторами
	3. дигидропиридиновыми антагонистами кальция
	4. ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
	5. нормонатриевой диетой
51. ХПН с нормальными или увеличенными размерами почек может встречаться при:
	1. хроническом гломерулонефрите
	2. хроническом пиелонефрите
	3. почечном поликистозе
	4. сахарном диабете
	5. амилоидозе
52. Какие клинические и биологические проявления при ХПН обусловлены повышением мочевины в крови?
	1. анорексия
	2. нарушение функции тромбоцитов
	3. рвота
	4. гипокальцемия
	5. повышенный диурез
53. Какие нейромышечные нарушения могут быть выявлены у пациента с пятой стадией ХПН, лечащегося диализом?
	1. миастения гравис
	2. летаргия
	3. миоклония
	4. мышечные судороги
	5. синдром Экбома или синдром беспокойных ног
54. Коррекция анемии при ХПН проводится:
	1. применением рекомбинантного эритропоэтина
	2. коррекцией дефицита железа
	3. интенсивным контролем гликемии
	4. подкожным введение эритропоэтина
	5. коррекцией дефицита фолиевой кислоты
55. Функциями почек являются:
	1. регулирование волемии
	2. инактивация витамина D
	3. очистка плазсы от токсинов
	4. регулирование электролитов
	5. синтез эритропоэтина
56. Дефицит эритропоэтина при ХПН характеризуется:
	1. нормохромной анемией
	2. гипохромной анемией
	3. нормоцитарной анемией
	4. микроцитарной анемией
	5. мегалобластной анемией
57. Перитонеальный диализ характеризуется следующими:
	1. необходимость создания артериовенозной фистулы
	2. должен проводиться постоянно
	3. проводится лишь в специализированном центре
	4. лучше переносится с гемодинамической точки зрения
	5. может проводиться пациентам, у которых отсутствует сосудистый доступ
58. Каковы принципы нефропротекции?
	1. гипербелковый рацион
	2. контроль протеинурии: менее чем 0,5 г/24 часа
	3. контроль артериального давления: менее чем 130/90 mmHg
	4. применение нефропротекторов
	5. избегание нефротоксических препаратов
59. Каковы противопоказания перитонеального диализа?
	1. сложный сосудистый доступ
	2. хирургические вмешательства с абдоминальными спайками
	3. нездоровые условия проживания
	4. гипоальбуминемия
	5. хронические воспалительные кишечные заболевания
60. Методами замещения почечной функции являются:
	1. перитонеальный диализ
	2. лечение рекомбинантным эритропоэтином
	3. гемодиализ
	4. трансплантация почки
	5. лечение нарушений фосфорно-кальциевого обмена
61. Контроль артериального давления и протеинурии при ХПН проводится:
	1. предпочтительно - ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или блокаторами рецепторов ангиотензина II
	2. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II никогда не ассоциируются
	3. используется тиазидный диуретик, если скорость клубочковой фильтрации меньше чем 30 мл/мин/1,73м2
	4. используется фуросемид, если скорость клубочковой фильтрации составляет 15-30 мл/мин/1,73м2
	5. ассоциируется бессолевая диета
62. Протеинурия может считаться физиологической в следующих случаях:
	1. ортостатическая протеинурия
	2. протеинурия при высокой температуре
	3. протеинурия после бега на длинные дистанции
	4. протеинурия при IgA нефропатии
	5. протеинурия при миеломной болезни
63. Абсолютными показаниями для проведения диализа при ХПН являются:
	1. гипергидратация, которая не контролируется медикаментозно
	2. гиперкалиемия, которая не контролируется медикаментозно
	3. неврологические признаки уремии
	4. уремический перикардит
	5. тяжелая почечная анемия

**Тесты Острая Почечная Недостаточность (ОПН)**

**CS**

1. Острая интерстициальная нефропатия, приводящая к развитию острой почечной недостаточности чаще всего вызвана:
	1. Анальгетиками и НПВС
	2. Отравлением хлорорганическими инсектицидами
	3. Чаем из китайских трав
	4. Двусторонним почечным литиазом
	5. Опухолевыми антигенами
2. Острая почечная недостаточность клубочкового происхождения клинически проявляется следующим:
	1. Олигоанурией с пурпурой и повышенной температурой,связанные с синдромом острой почечной недостаточности
	2. Анурией, гипергидратацией, лихорадкой, отечным синдромом
	3. Острой почечной недостаточностью, ассоциированной с гломерулярным синдромом
	4. Двусторонним тромбозом почечных вен
	5. Протеинурией, гематурией, анемией и почечной недостаточностью
3. Органическая острая почечная недостаточность вызвана:
	1. Повреждением одного из сегментов нефрона или сосудов
	2. Обратимыми аномалиями почечной перфузии
	3. Аутосомно-доминантной поликистозной болезнью взрослых (АДПБВ)
	4. Использованием анальгетиков
	5. Лечением гипотенсивными препаратами (иАПФ, сартаны, блокаторы канальцев Ca)
4. Перечислите клинические проявления острой почечной недостаточности, вызванной острым интерстициальным нефритом
	1. Отеки, протеинурия, артериальная гипертензия и острая почечная недостаточность
	2. Односторонние боли в поясничной области, лихорадка, поллакиурия, лейкоцитурия, гематурия, пурпура
	3. Кашель, лихорадка, геморрагический синдром
	4. Лихорадка, сыпь на коже, артралгии, эозинофиллия, повышение сывороточного креатинина и чаще всего диурез сохранен
	5. Боли в эпигастральной области, лейкоцитоз, кишечная непроходимость, повышение сывороточного креатинина
5. Какие клинические признаки чаще всего отсутствуют при развитии острой почечной недостаточности , вызванной острым канальцевым некрозом:
	1. Олигоанурия, лихорадка, повышение сывороточного креатинина
	2. Артериальная гипертензия, альбуминурия или гематурия
	3. Мышечные боли, повышение креатининфосфокиназы
	4. Связанные с причинной патологией
	5. Обезвоживание, рвота, лихорадка
6. При каких из нижеперечисленных патологий, при диагностике острой почечной недостаточности, обнаруживаются обструктивные внутриканальцевые включения?
   A) сахарный диабет первого типа
   b) синдром Альпорт
   c) множественная миелома
   d) гиповолемия
   e) липодистрофия
7. Гепаторенальный синдром представляет собой:
   a) форму хронической почечной недостаточности, вторичной циррозу печени
   b) форму хронической почечной недостаточности, вызванной острым канальцевым некрозом
   c) форму преренальной острой почечной недостаточности
   d) интоксикацию нефро- и гепатотоксичным веществом
   e) гломерулонефрит у пациентов с острым гепатитом
8. С анатомопатологической точки зрения, основным повреждением почек при ишемической/токсической острой почечной недостаточности является:
   a) гломерулярная внекапиллярная пролиферация
   b) канальцевая пролиферация
   c) васкулит
   d) острый канальцевый некроз
   e) лейкоцитарный инфильтрат клубочковых петель
9. Лечением гиперкалиемии при острой почечной недостаточности является:
   a) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
   b) карбонат кальция
   c) гемодиализ
   d) отмена приема антацидов
   e) парентеральное питание
10. Какие из следующих критериев указывают на наличие у пациента острой почечной недостаточности:
   a) почечная остеодистрофия
   b) нейропатия
   c) быстрое повышение креатинина и мочевины в крови
   d) уменьшенные почки или почечные рубцы, выявленные радиологически
   e) нефротическая протеинурия
11. Выбери верные утверждения, относящиеся к функции почек при острой почечной недостаточности:
	1. Быстро снижается
	2. Медленно снижается
	3. Не имеет место снижение функции почек
	4. Сопровождается повреждением морфологических структур почек
	5. Значительно повышается
12. Какая форма острой почечной недостаточности, согласно этиопатогенетической классификации, встречается чаще всего :
	1. Ренальная
	2. Преренальная
	3. Постренальная(обструктивная)
	4. Токсическая
	5. Инфекционная
13. Начальная стадия острой почечной недостаточности длиться приблизительно:
	1. От нескольких часов до 2-3 дней
	2. 3-4 недели
	3. 10-15 дней
	4. 2-3 месяца
	5. 20-30 минут
14. В какой стадии клинической картины острой почечной недостаточности появляется азотемический синдром?
	1. Олигурическая стадия
	2. Полиурическая стадия
	3. Начальная стадия
	4. Стадия восстановления
	5. Стадия обострения
15. Какие лабораторные показатели характерны для начала IV стадии острой почечной недостаточности:
	1. Нормализация азотемии
	2. Нормализация гемоглобина
	3. Нормализация диуреза
	4. Нормализация амилазы
	5. Нормализация креатенинфосфокиназы
16. Укажите частоту с которой мониторизируется диурез у пациентов с острой почечной недостаточностью в начальной стадии:
	1. Каждые 2-3 часа
	2. Каждый час
	3. Один раз в 24 часа
	4. Каждые 4 часа
	5. Каждые 12 часов
17. Какой уровень калиемии представляет риск для жизни пациента с острой почечной недостаточностью:
	1. <3,5 meq/l без изменений на ЭКГ
	2. 6,5-7 meq/l плюс изменения на ЭКГ
	3. 6,5-7 meq/l без изменений на ЭКГ
	4. 7-8 meq/l без изменений на ЭКГ
	5. 4,2 meq/l без изменений на ЭКГ

1. Укажите самый быстрый способ уменьшить уровень калия в крови у пациента с острой почечной недостаточностью:
	1. инсулин + глюкоза, кальция глюконат
	2. натрия бикарбонат
	3. гемодиализ
	4. петлевые диуретики
	5. манитол
2. Выберите самый эффективный метод лечения острого отека легких у пациентов с острой почечной недостаточностью:
	1. Ультрафильтрация через срочный гемодиализ
	2. оксигенотерапия
	3. нитроглицерин
	4. петлевые диуретики
	5. антибиотикотерапия
3. Использование йодного контрастного вещества может вызвать острую почечную недостаточность за счет:
	1. Острого канальцевого некроза
	2. Повышения уровня клубочковой фильтрации
	3. Снижения уровня клубочковой фильтрации меньше 15 мл/мин
	4. Аутоиммунных механизмов
	5. Гиповолемии
4. Острая почечная недостаточность ренального происхождения, вызванная клубочковыми повреждениями, встречается при следующих патологиях:
	1. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит
	2. Острый пиелонефрит
	3. Эмболия почечных артерий
	4. Токсический острый канальцевый некроз
	5. Аллергический острый интерстициальный нефрит
5. Укажите признак неспецифичный для острой почечной недостаточности:
	1. Острое начало
	2. Олигурия
	3. Уменьшение объема почек
	4. Гиперкалиемия
	5. Артериальная гипотензия
6. Укажите самое частое осложнение острой почечной недостаточности:
	1. Артериальная гипертензия
	2. Гипокалиемия
	3. Острые бактериальные инфекции
	4. Застойная сердечная недостаточность
	5. Вторичный гиперпаратироидизм
7. Какие антигипертензивные средства необходимо назначать с осторожностью пациентам с острой почечной недостаточностью?
   A) фуросемид
   b) блокаторы кальциевых каналов
   c) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
   d) бета-блокаторы
   e) клонидин
8. В какой из перечисленных ситуаций наиболее эффективен плазмаферез как метод лечение острой почечной недостаточности?
   a) острая почечная недостаточность преренальная

 b) острая почечная недостаточность при сепссисе
   c) острая почечная недостаточность обструктивная рено-васкулярная
   d) острая почечная недостаточность обструктивная внутриканальцевая
   e) острая почечная недостаточность при васкулитах ANCA-положительных

1. При каких ситуациях рабдомиолиз вероятнее всего приведет к развитию острой почечной недостаточности?
   a) анемия
   b) гипокальцемия
   c) гипонатриемия
   d) алкалоз
   e) гиповолемия
2. Какие из перечисленных лекарств быстрее всего могут вызвать острую токсическую нефропатию (острый канальцевый некроз):
   a) дигоксин
   b) аминогликозиды
   c) антикальцевые препараты
   d) диуретики
   e) препараты витамина Д
3. С анатомопатологической точки зрения, основным поражением почек при токсической/ишемической острой почечной недостаточности является:
   a) экстракапилярная клубочковая пролиферация
   b) канальцевая пролиферация
   c) васкулит
   d) острый канальцевый некроз
   e) лейкоцитарный инфильтрат клубочковых петель
4. В какой из нижеперечисленных ситуации развивается преренальная острая почечная недостаточность:
   a) массивная легочная эмболия
   b) неврогенный мочевой пузырь
   c) ретроперитонеальный фиброз
   d) гемолитико-уремический синдром
   e) лептоспироз
5. Какие из следующих проявлений указывают на острую почечную недостаточнось:
   a) почечная остеодистрофия
   b) нейропатия
   c) быстрое увеличение креатинина и мочевины в крови
   d) уменьшенные почки или почечные рубцы, выявленные радиологически
   e) нефротическая протеинурия
6. В случае преренальной азотемии, вызванной потерей плазмы (ожоги) в качестве терапии назначают:
   a) эритроциты
   b) изотонический физ. раствор
   c) гипотонический физ. раствор
   d) гипертонический физ. раствор
   e) диуретики
7. Укажите необратимую причину, приводящую к развитию острой почечной недостаточности:
   a) сниженный сердечный выброс
   b) системная вазодилатация
   c) почечная вазоконстрикция
   d) множественный миелом
   e) двусторонний кортикальный некроз почек
8. Повышение креатинина в крови, снижение выведения натрия с мочой, олигурия, характерны для какой стадии острой почечной недостаточности?
	1. Начальной стадии
	2. преренальной азотемии
	3. олигурической стадии
	4. стадии восстановления диуреза
	5. внутрипочечной острой почечной недостаточности с сохранением диуреза в норме
9. Какие формы острой почечной недостаточности, вызванные гипоперфузией, могут быть обратимыми в первые 1-2 недели при адекватной терапии?
	1. Внепочечная азотемия
	2. Ренальная острая почечная недостаточность с сохранением диуреза
	3. Начальная острая почечная недостаточность
	4. Олигурическая ренальная острая почечная недостаточность
	5. Анурическая ренальная острая почечная недостаточность
10. Какие из нижеперечисленных осложнений острой почечной недостаточности в наибольшей мере определяют процент смертности:
	1. Инфекционные осложнения
	2. Водно-электролитные нарушения
	3. Кислотно-щелочные нарушения
	4. Гематологические осложнения
	5. Сердечно-сосудистые осложнения
11. Какие из причин развития острой почечной недостаточности имеют риск смертности более 80%:
	1. острая почечная недостаточность нефротоксическая
	2. острая почечная недостаточность после ожогов
	3. острая почечная недостаточность медикаментозная
	4. острая почечная недостаточность после аборта
	5. острая почечная недостаточность инфекционная
12. Допамин обладает положительными эффектами при назначении в первые 24 часа после развития анурии, особенно в случае:
	1. острая почечная недостаточность, развивщаяся после операции на открытом сердце
	2. острая почечная недостаточность нефротоксическая
	3. острая почечная недостаточность после ожогов
	4. Преренальная азотемия
	5. острая почечная недостаточность после аборта
13. Какой механизм лежит в основе развития ишемической острой почечной недостаточности:
	1. Почечная гипоперфузия со снижением клубочковой фильтрации
	2. Острый канальцевый некроз
	3. Анурия
	4. Полиурия
	5. Водно-электролитные нарушения
14. Анурия при острой почечной недостаточности определяется как:
	1. диурез < 400 мл/24 часа
	2. сниженный диурез, отмеченный пациентом при сборе анамнеза
	3. диурез <100 мл/24 часа
	4. диурез < 500мл/24 часа
	5. диурез 200 мл/24 часа
15. Согласно определению Острая почечная недостаточность это:
	1. резкое и значительное снижение клубочковой фильтрации, которое приводит к увеличению креатинина в крови
	2. повышение креатинина в крови более 0,5 мг/дл в течении 24 часов
	3. олигурия
	4. резкое повышение мочевины в крови более 100мг/дл за 48 часов
	5. анемия, лейкоцитоз, мочевина > 150мг/дл
16. Двусторонняя дилатация чашечно-лоханочной системы почек, выявленная в ходе радиологического исследования, сопровождающаяся резким повышением креатинина в крови может возникнуть вторично при:
	1. Хронической почечной недостаточности и мочекаменной болезни
	2. Опухоли мочеточников
	3. Ретроперитониальном фиброзе при иррадиации
	4. Нейрогенном мочевом пузыре
	5. Обструктивной острой почечной недостаточности
17. В качестве лечения обструктивной острой почечной недостаточности при раке простаты используют следующий метод:
	1. Непрерывающийся вено-венозный гемодиализ
	2. Срочный дренаж мочевого пузыря при помощи зонда или надлобкового катетера
	3. Уретеростомия
	4. Перитониальный диализ с частыми сменами
	5. Восстановление водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия
18. Маннитол 20% имеет положительный эффект при лечении острой почечной недостаточности:
	1. Вызванной нефротоксичными веществами
	2. После аборта
	3. После массивных ожогов
	4. послеоперационной
	5. преренальной азотемии

**CM**

1. Этиопатогенетически острая почечная недостаточность делится на :
	1. преренальная
	2. ренальная
	3. постренальная (обструктивная)
	4. нормоволемическая
	5. постинфекционная
2. Острый канальцевый некроз как причина острой почечной недостаточности патогенетически разделяется на:
	1. ишемический
	2. токсический
	3. аллергический
	4. инфекционный
	5. инфильтративный
3. Клиническая картина острой почечной недостаточности включает следующие стадии:
	1. начальная
	2. обострение
	3. Восстановление диуреза
	4. Полное восстановление (выздоровление)
	5. олигурическая
4. Гипокальцемия, как осложнение острой почечной недостаточности клинически может проявляться следующим:
   a) периоральными парестезиями
   b) уменьшением интервала QT на ЭКГ
   c) неспецифическими изменениями зубца T на ЭКГ
   d) судорогами
   e) нарушением сознания
5. Острый интерстициальный нефрит как причина острой почечной недостаточности этиопатогенетически разделяется на:
	1. аллергический
	2. инфекционный
	3. инфильтративный
	4. ишемический
	5. токсический
6. Среди признаков обезвоживания выделяют:
   a) снижения тургора кожи
   b) артериальная гипотензия
   c) брадикардия
   d) снижения диуреза
   e) повышение центрального венозного давления
7. Какие из следующих проявлений можно встретить при обструктивной острой почечной недостаточности?
   A) боли в поясничной или надлобковой областях
   b) олигурия
   c) массивная протеинурия
   d) грозная артериальная гипертензия
   e) выраженная гипофосфатемия
8. Ренальная острая почечная недостаточность может развиться в следующих ситуациях:
   a) острые гломерулонефрит
   b) синдром Фанкони
   c) острая токсическая или ишемическая нефропатия (острый канальцевый некроз)
   d) острые интерстициальные нефриты
   e) очаговый и диффузный гломерулосклероз
9. Постренальная азотемия может быть обусловлена:
   a) острой обструкцией афферентных артериол
   b) обструкцией одного из мочеточников (вторая почка функционирует нормально)
   c) обструкцией обоих мочеточников
   d) обструкцией одного из мочеточников при нефункционирующей второй почке
   e) обструкцией шейки мочевого пузыря
10. Обструкция мочевого тракта ниже мочевого пузыря может быть вызвана следующими патологиями:
   a) аденома предстательной железы
   b) карцинома предстательной железы
   c) нейрогенный мочевой пузырь
   d) случайная перевязка одного из мочеточников
   e) гиповолемия
11. Миоглобинурическая острая почечная недостаточность встречается после:
   a) массивный травматизм
   b) мышечная ишемия (после артериальной обструкции на уровне конечностей)
   c) артериальная гипертензия
   d) множественный миелом
   e) гиперурикозурия
12. Нарушение почечной функции при острой почечной недостаточности приводит к :
	1. Повышение азотистых шлаков в крови
	2. Нарушение водно-электролитного равновесия
	3. Нарушение кислотно-щелочного равновесия
	4. Гиповолемия
	5. Гидронефроз
13. Стадиями развития острой почечной недостаточности являются:
	1. Начальная стадия
	2. Олигурическая стадия
	3. Стадия восстановления диуреза
	4. Стадия выздоровления
	5. Стадия перехода острой почечной недостаточности в хроническую форму
14. Укажите последовательные фазы развития третьей стадии острой почечной недостаточности:
	1. Фаза раннего восстановления диуреза
	2. Фаза полиурии
	3. Начальная фаза
	4. Олигурическая фаза
	5. Анурическая фаза
15. Принципами лечения острой почечной недостаточности являются:
	1. Предупреждение и устранение причин, приведших к развитию острой почечной недостаточности
	2. Восстановление и улучшение функции почек
	3. Восстановление водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесий
	4. Предупреждение и борьба с осложнениями
	5. Двусторонняя нефректомия
16. Перечислите принципы лечения, напрвленные на коррекцию гемодинамических нарушений у пациентов с острой почечной недостаточностью:
	1. Искусственная гемодилюция
	2. Улучшение реологических свойств крови
	3. Усиленный диурез
	4. Антибиотикотерапия
	5. Лечение за счет искусственного замена функций почек
17. Неспецифические методы лечения острого отека легких при острой почечной недостаточности включают в себя следующие меры:
	1. бронходилататоры
	2. удержание пациента в сидячей позе
	3. оксигенотерапия
	4. петлевые диуретики
	5. нитроглицерин
18. Укажите абсолютные показания для начала гемодиализа у пациента с ОПН:
	1. Гаперкалиемия > 6,5 ммоль/л
	2. Грозный метаболический ацидоз (ph < 7,2)
	3. анурия > 24 часов
	4. гемоглобин в крови < 100 г/л
	5. диурез ≤ 500 мл/24 часа
19. Осложнениями уремии при острой почечной недостаточности являются:
	1. Уремический перекардит
	2. Уремическая энцефалопатия
	3. Уремическая анемия
	4. гиперкальцемия
	5. анурия
20. Перечислите факторы риска, которые могут способствовать развитию острой почечной недостаточности после использования йодсодержащих контрастных веществ:
	1. Существующая ранее хроническая почечная недостаточность
	2. Диабетическая нефропатия
	3. Чрезмерно большое количество контрастного вещества
	4. гиповолемия
	5. ожирение
21. Перечислите ренальные причины развития острой почечной недостаточности:
	1. Острый панкреатит
	2. Септицемия вызванная, грамм-негативными бактериями
	3. Аллергический интерстициальный нефрит
	4. Камни в мочеточниках
	5. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
22. Укажите признаки, специфичные для клинической картины острой почечной недостаточности:
	1. олигоанурия
	2. острое начало
	3. гиперкалиемия
	4. гиповолемия
	5. вторичный паратироидизм
23. В каких из нижеперечисленных ситуациях ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента должны назначаться с особой осторожностью?
   A) односторонний стеноз мочеточника
   b) односторонний стеноз почечной артерии
   c) односторонний стеноз почечной артерии при наличии единственной функционирующей почки
   d) двусторонний стеноз почечной артерии
   e) односторонний стеноз чашечно-лоханочной системы почки
24. Какие лекарства, из нижеперечисленных, могут привести к внутрипочечной вазоконстрикции, особенно в условиях гиповолемии?
   A) радиоконтрастные вещества
   b) циклоспорин
   c) цефалоспорины IV поколения
   d) амфотерицин
   e) спиронолактон
25. После чего чаще всего развивается ишемическая острая почечная недостаточность:
   a) кардио-сосудистая хирургическая оперция
   b) тяжелые травмы
   c) кровотечения
   d) септические состояния
   e) использование аминогликозидов
26. Острая интерстициальная нефропатия как причина острой почечной недостаточности чаще всего развивается после лечения каких патологий:
   a) лимфопролиферативные
   b) миелопролиферативные
   c) легочной тромбэмболизм
   d) почечная ишемия
   e) поликистоз
27. Какие из нижеперечисленных медикаментов необходимо исключить или назначать с осторожностью пациентам с гиповолемией?
   A) диуретики
   b) ингибиторы ангиотензин превращающего фермента
   c) нестероидные противовоспалительные вещества
   d) витамины группы B
   e) антикальцевые препараты
28. Какие из нижеперечисленных методов лечения применяют в олигоанурической стадии острой почечной недостаточности:
   a) резкое уменьшение потребления соли и воды
   b) уменьшение потребления углеводов
   c) уменьшение потребления белков
   d) диализ с ультрафильтрацией
   e) большие дозы спиронолактона
29. Выберите показания для инициации диализа пациентам с острой почечной недостаточности:
   a) стенокардия у пациентов с олигурией
   b) гипергитратация у пациентов с олигурией
   c) чрезмерная дегидратация
   d) тяжелая гиперкалиемия у пациентов с олигурией
   e) полиурия, которую невозможно контролировать медикаментозно
30. Какие категории этиологических факторов могут привести к развитию преренальной острой почечной недостаточности:
   a) гиповолемия
   b) выпот жидкости во внесосудистое пространство
   c) склероз канальцев почек
   d) склероз почечных клубочков
   e) пролиферация эндотелиальных почечных клеток
31. Ренальная острая почечная недостаточность может развиться при :
   a) острый гломерулонефрит
   b) синдром Фанкони
   c) острая токсическая или ишемическая нефропатия
   d) острый интерстициальный нефрит
   e) очаговый или диффузный гломерулосклероз
32. Надпузырная обструкция мочевого тракта может быть вызвана:
   a) аденома предстательной железы
   b) карцинома предстательной железы
   c) нейрогенный мочевой пузырь
   d) случайная перевязка одного из мочеточников
   e) гиповолемия
33. У пациента с острой почечной недостаточностью, протеинурия более 2 г/24 часа может указывать на:
   a) канальцевый токсикоз после назначения дигоксина
   b) острый гломерулонефрит
   c) острый канальцевый некроз
   d) множественный миелом
   e) канальцевый токсикоз после назначения аминогликозидов
34. В олигоанурической стадии острой почечной недостаточности тактика лечения включает в себя следующее:
	1. Увеличение диуреза
	2. Регулирование гомеостаза
	3. Антибиотикотерапия
	4. Симптоматическое лечение
	5. Билатеральная нефрэктомия
35. Перечислите клинические признаки, указывающие на преренальное просхождение острой почечной недостаточности:
   a) жажда
   b) ортостатическая гипертензия
   c) повышенное яремное венозное давление
   d) ортостатическое головокружение

E) сниженный тургор кожи

1. Перечислите лекарства, которые могут привести к развитию острой почечной недостаточности за счет острого канальцевого некроза:
   a) цисплатин
   b) триметоприм
   c) пенициллин
   d) ацикловир
   e) аминогликозиды
2. Выберите правильные утверждения, относящиеся к осложнениям острой почечной недостаточности:
   a) метаболический алкалоз может усилить гиперкалиемию
   b) метаболический ацидоз очень выражен при отравлении этиленгликолем
   c) выраженная анемия при отсутствии кровотечения может привести к развитию тромботической микроангиопатии
   d) инфекция осложняет течение ОПН в 50-90% случаев
   e) уровень калия в крови увеличивается на 2 ммоль/л/день при олигурической форме острой почечной недостаточности
3. Абсолютными показаниями для начала гемодиализа у пациентов с острой почечной недостаточностью являются:
   a) гипокальцемия
   b) гипонатриемия
   c) признаки уремического синдрома
   d) тяжелая гиперволемия
   e) гиперкалиемия резистентная к консервативным методам лечения
4. Какие лабораторные показатели указывают на острую почечную недостаточность, развившуюся в следствие рабдомиолиза:
   a) повышение краетенин-киназы в крови (изоэнзим MM)
   b) гиперкальциемия
   c) гиперурикемия
   d) гиперкалиемия
   e) гиперфосфатемия
5. Выберите правильные утверждения, относящиеся к острому канальцевому некрозу:
   a) может быть вызван инфекциями
   b) в основном является причиной хронической почечной недостаточности
   c) может быть вызван нефротоксичными веществами
   d) является, в основном, причиной быстро прогрессирующей острой почечной недостаточности
   e) является частой причиной развития острой почечной недостаточности
6. Выберите правильные утверждения, относящиеся к особенностям гиперкалиемии в контексте острой почечной недостаточности:
   a) метаболический ацидоз может усилить гиперкалиемию за счет уменьшения потока калия из клеток
   b) гиперкалиемия до 6,0 ммоль/л в основном протекает бессимтомно
   c) гиперкалиемия может быть менее выраженной при острой почечной недостаточности, вызванной рабдомиолизом
   d) у пациентов с гемолизом и синдромом распада опухоли гиперкалиемия чаще всего достигает критических значений
   e) появление изменений на ЭКГ говорит о тяжелой гиперкалиемии
7. Выберите лечебные мероприятия, считающиеся полезными при лечении острой почечной недостаточности:

 a) не существует специфических профилактических мер при лечении острой почечной недостаточности
   b) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента необходимо использовать с осторожностью у пациентов с почечно-сосудистой патологией
   c) щелочной форсированный диурез может усугубить повреждение почек, вызванные метотрексатом
   d) рекомендуется ограничение потребления белков до 0,6 gг/ Кг / день
   e) потребление калорий должно быть ограничено и снижаться параллельно с повышением уровня азотемии у пациента

1. Укажите признаки указывающие на негативный прогноз в развитии острой почечной недостаточности:
   a) олигурия (до 400 мл/24 часа)
   b) пожилой возраст
   c) полиорганная недостаточность
   d) наличие доклинических признаков поражения почек
   e) сывороточный креатинин до 70.3 ммоль/л
2. При обструктивной острой почечной недостаточности назначают следующие радиологические методы исследования:
	1. Реноуринальная экография
	2. Ультрасонография Допплер
	3. Внутривенная урография
	4. Пункция-биопсия почек
	5. Компьютерная томография брюшной полости
3. Какие из нижеперечисленных биологических изменений могут определяться у пациентов с острой почечной недостаточностью:
	1. Увеличение уровня азотистых тел в крови
	2. гипонатриемия
	3. гиперкалиемия
	4. метаболический ацидоз
	5. гипокалиемия
4. Причинами развития ренальной острой почечной недостаточности являются:
	1. кровотечения
	2. лечение аминогликозидами
	3. избыток антигипертензивных средств
	4. рвота
	5. бесконтрольное лечение диуретиками
5. Укажите причины, приводящие к снижению уровня клубочковой фильтрации почек у пациентов с острой почечной недостаточностью:
	1. Уменьшение колличества натрия на уровне *macula densa*
	2. Ишемия на уровне корково-медуллярного соединения почек
	3. Снижение выработки ренина почками
	4. Увеличение кровяного снабжения почек
	5. Истощение клеточной энергии с последующим увеличением уровня аденозина и угнетение обратной клубочково-канальцевой реакции

1. В каких ситуациях появляются генераллизованные отеки в контексте олигурии у пациентов с острой почечной недостаточностью:
	1. Избыток переливаемой жидкости
	2. Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне хронического гломерулонефрита
	3. Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне хронического пиелонефрита
	4. Токсическая острая почечная недостаточность
	5. Гиперпродукция эндогенной жидкости > 400мл/день
2. Острая почечная недостаточность с сохранение диуреза развивается в следующих ситуациях:
	1. Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне острого гломерулонефрита
	2. Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне хронического пиелонефрита
	3. Острая почечная недостаточность на фоне обструкции мочевого тракта
	4. Острая почечная недостаточность за счет влияния нефротоксичных веществ
	5. Постоператорная острая почечная недостаточность
3. Какие функции почек восстанавливаются дольше всего после перенесенной острой почечной недостаточности:
	1. Функция концентрации мочи
	2. Функция подкисления мочи
	3. Клубочковая фильтрация
	4. Выработка эритропоэтина
	5. Выработка ренина
4. Какие их нижеперечисленных лекарств, в условиях хронической почечной гипоперфузии, могут привести к развитию острой почечной недостаточности:
	1. гентамицин
	2. йодсодержащие контрастные вещества
	3. индометацин
	4. цисплатина
	5. пенициллин
5. Предрасполагающими факторами развития острой почечной недостаточности являются следующие:
	1. Артериальная гипотензия
	2. Атеросклеротические заболевания
	3. Бесконтрольное использование нестероидных противовоспалительных средств
	4. Уже существующая почечная патология
	5. Чрезмерное использование в пищу сырых овощей
6. Выберите из нижеперечисленных сердечно-сосудистые осложнения, вызванные уремическим синдромом в контексте острой почечной недостаточности:
	1. Тяжелая артериальная гипертензия
	2. Уремический перикардит
	3. Сердечные аритмии
	4. Почечная анемия
	5. Артериальная гипотензия
7. Выберите осложнения дыхательной системы возникающие при уремическом синдроме в контексте острой почечной недостаточности:
	1. Дыхание Куссмауль
	2. Острый отек легких
	3. отдышка
	4. кровохрканье
	5. хроническая обструктивная болезнь легких
8. Показаниями к началу срочного диализа у пациентов с острой почечной недостаточностью являются:
	1. Острый отек легких резистентный к медикаментозному лечению, уремическая энцефалопатия
	2. гиперкалиемия > 6,5ммоль/л с признаками на ЭКГ, тяжелый метаболический ацидоз, мочевина > 40 ммоль/л
	3. гипергидратация со сниженным объемом циркулирующей крови
	4. гипернатриемия с признаками обезвоживания
	5. тяжелая застойная сердечная недостаточность
9. Основными причинами развития обструктивной острой почечной недостаточности являются:
	1. Аденома предстательной железы
	2. Рак предстательной железы
	3. Мочекаменная болезнь
	4. Забрюшинный фиброз
	5. Аутосомально доминантный поликистоз почек взрослого

100. Основными причинами развития функциональной острой почечной недостаточности являются:

a) Внеклеточное обезвоживание за счет потерь жидкости

b) нарушение почечной гемодинамики, вызванной ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента

c) политравматизм

d) лечение Рифампицином аллергичных больных

 e) отравление грибами

**Тубулоинтерстициальные нефропатии и инфекции мочевыводящих путей**

**CS**

1. При тубулоинтерстициальных нефропатиях, в основном, поражается:
	1. Интерстиций
	2. Почечные канальцы
	3. Почечные клубочки
	4. Интерстиций и перитубулярные капилляры
	5. Интерстиций и почечные канальцы
2. Каким из перечисленных путей распространения инфекции чаще всего происходит заражение почечной паренхимы?
  a. Гематогенный путь
  b. Восходящий путь
  c. Лимфогенный путь

D. За счет соприкосновения с очагом инфекции
  e. Нисходящий путь

1. Какие условия НЕ влияют на рецидив инфекций мочевых путей?
   a. Сексуальная активность
   b. Женский пол
   c. Нарушения оттока мочи
   d. Нефролитиаз
   e. Правилъная интимная гигиена
2. Какие из следующих патологий относятся к общим (экстраренальным) предраспологающим факторам хронического пиелонефрита:
   a. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
   b. Нефро- и уролитиаз
   c. Врожденные аномалии мочевых путей
   d. Сахарный диабет
   e. Неполное опорожнение мочевого пузыря
3. Наиболее частая причина развития пиелонефрита у беременных:
	1. Сдавление мочеточников увеличенной в размерах маткой
	2. Снижение реактивности организма
	3. Расширение мочеточников вследствие гормональных изменений
	4. Гестационная анемия
	5. Аномальное развитие почек
4. Возбудителем хронического пиелонефрита чаще всего является:
	1. Кишечная палочка
	2. Бета-гемолитический стрептококк
	3. Микоплазма
	4. Протей
	5. Синегнойная палочка
5. Чаще всего, причина острого пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита, это:
	1. Протей
	2. Энтеробактер
	3. Серрация
	4. Золотистый стафилококк
	5. Кишечная палочка
6. Следующие факторы влияют на быстрое устранение бактерий находящихся на нижнем уровне мочевых путей, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
   a. нормальный поток мочи
   b. антибактериальные свойства мочи
   c. антибактериальные свойства простатического секрета
   d. стаз мочи
   e. полиморфонуклеары стенки пузыря
7. Типичная клиническая картина острого пиелонефрита включает:
	1. Скрытое начало
	2. Повышение температуры, озноб, боли в поясничной области
	3. Отек век
	4. Никтурия
	5. Отрицательный симптом Джордано
8. Какие симптомы НЕ ХАРАКТЕРНЫ для обострения хронического пиелонефрита:
   a. повышение температуры
   b. тошнота
   c. брадикардия
   d. чувствительность при пальпации реберно-позвоночных углов
   e. диарея
9. Какая проба не используется при оценке фильтрационной функции почек?
	1. Проба Нечипоренко
	2. Проба Зимницкого
	3. Проба Реберга
	4. Проба трех стаканов
	5. Суточная потеря белков
10. Протеинурия при пиелонефритах может иметь следующие значения:
	1. ≤1г/л
	2. выраженная
	3. ≥2 г/л
	4. ≥3 г/л
	5. 2-3 г/л
11. Выберите правильное утверждение относительно внутривенной урографии:
	1. дает общие данные о структуре почек, чашечек, мочеточников и мочевого пузыря
	2. не дает данных о почечной функции
	3. является обязательным исследованием для постановки диагноза хронического пиелонефрита
	4. не является противопоказанием при хронической почечной недостаточности IV-V стадии
	5. не противопоказана при аллергии на йод
12. От чего не зависит количество обнаруженных микроорганизмов в 1 мл мочи:
	1. частоты мочеиспускания
	2. диуреза
	3. реакции мочи
	4. скорости распространения инфекции
	5. лейкоцитурии
13. Укажите верные утверждения, характеризующие определение чувствительности флоры к антибиотикам:
	1. Имеет большое клиническое значение
	2. Не имеет большого клинического значения
	3. Имеет большое клиническое значение только при пиелонефрите
	4. Имеет большое клиническое значение только при интерстициальном нефрите
	5. Имеет большое клиническое значение только при гломерулонефрите
14. При хроническом пиелонефрите, при гистологическом исследовании, всегда обнаруживается:
	1. Атрофию эпителия канальцев
	2. Лимфогистиоцитарный инфильтрат интерстиция
	3. вовлечение почечных сосудов
	4. инвазивный гломерулонефрит
	5. перигломерулярный склероз
15. У беременной выявлена бактериурия ≥105 Е/мл. В этом случае назначается:
	1. антибактериальное лечение, в независимости от клинической картины
	2. антибактериальное лечение только при наличии дизурии
	3. антибактериальное лечение только при наличии лейкоцитурии
	4. санаторно-курортное лечение
	5. при отсутствии клинической картины лечение не назначается
16. Стабильное повышение артериального давления у пациента с хроническим пиелонефритом:
	1. может встречаться
	2. Не встречается
	3. Встречается только при нарущении функции почки
	4. Встречается только в случае длительности болезни более 3 лет
	5. Встречается только в случае длительности болезни более 5 лет
17. Определение ”существование множественных почечных абсцессов с тенденцией к централизации и формированию общей полости” характеризует :
	1. Кортикомедулярный почечный абсцесс
	2. Острый папиллярный некроз
	3. Карбункул почки
	4. пионефроз
	5. перинефрит
18. Пациентка, 40 лет, много лет болеет хроническим пиелонефритом. При последнем обострении возникли боли в поясничной области, субфебрилитет, дизурия; протеинурия 0,066 г/л, лейкоцитурия 40-50 в п/з, бактериурия. В урокультуре обнаружена E.coli в титре 1x107 б/мл. Функция почки сохранена. Какой медикамент является наиболее подходящим в данном случае?
	1. ампицилин
	2. эритромицин
	3. цефалоспорины
	4. ко-тримоксазол
	5. ципрофлоксацин
19. Обязательным этапом лечения при остром постмедикаментозном интерстициальном нефрите является:
	1. отмена лекарственного препарата, вызвавшего аллергическую реакцию
	2. назначение НПВС
	3. гемотрансфузия
	4. цитостатики
	5. антибактериальное лечение
20. Длительность лечения антибиотиками при неосложненом остром пиелонефрите у женщин без клинически подтвержденного нефролитиаза и других ассоциированных урологических болезней составляет:
   a. 3 дня
   b. 7 дней
   c. 14 дней
   d. 21 день
   e. 6 недель

**CM**

1. Какие из перечисленных заболеваний почек относятся к группе тубулоинтерстициальных нефропатий?
	1. Тубулоинтерстициальная нефропатия, обусловленная длительным приемом лекарств
	2. Тубулоинтерстициальная нефропатия, вызванная повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам
	3. Хронический пиелонефрит
	4. Тубулоинтерстициальные нефриты на фоне иммунных нарушений
	5. Синдром Гудпасчера
2. Являются показаниями для хирургического лечения при обострении хронического пиелонефрита:
	1. Пионефроз
	2. Паранефрит
	3. Почечный абсцесс
	4. Карбункул почки
	5. Неинфицированная киста почки
3. Бактериальный шок при остром пиелонефрите характеризуется:
	1. Падением артериального давления
	2. Снижением диуреза
	3. Метаболическим ацидозом
	4. Метаболическим алкалозом
	5. Артериальной гипертензии
4. Какое из следующих заболеваний относится к группе тубулоинтерстициальных нефропатий?
	1. медикаментозная тубулоинтерстициальная нефропатия
	2. рефлюксная нефропатия
	3. острый тубулярный токсический некроз
	4. нефропатия с минимальными повреждениями
	5. обструктивная нефропатия
5. Какое из следующих заболеваний относится к группе тубулоинтерстициальных нефропатий?
	1. IgE нефропатия
	2. Хронический пиелонефрит
	3. Острый пиелонефрит
	4. Туберкулез почки
	5. Синдром Гудпасчера
6. Заболевания, которые ассоциируются с хроническими тубулоинтерстициальными нефропатиями:
	1. хронический вирусный гепатит
	2. сахарный диабет
	3. хронический декомпенсированный амигдалит
	4. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	5. системные васкулиты
7. Укажите признаки тубулоинтерстициального поражения почек, позволяющие в свою очередь провести дифференциальную диагностику данной патологии с гломерулонефритами:
	1. отсутствие выраженной протеинурии
	2. отсутствие гипопротеинурии
	3. выраженная артериальная гипертензия
	4. отсутствие отеков
	5. наличие стерильной пиурии и лейкоцитарых цилиндров
8. Укажите признаки, указывающие на наличие тубулоинтерстициальной нефропатии:
	1. Отсутствие задержки жидкости
	2. Наличие артериальной гипертензии
	3. Отсутствие протеинурии
	4. Выраженная протеинурия (больше 3 г/сутки)
	5. Выраженная гематурия
9. Укажите элементы, указывающие на наличие хронической тубулоинтерстициальной нефропатии :
	1. Скрытое начало
	2. Молниеносное течение
	3. Потеинурии до 1-2 г/сутки
	4. Отсутствие злокачественной артериальной гипертензии
	5. Выраженные отеки
10. Этиологические формы тубулоинтерстициальной нефропатии:
	1. Инфекционная
	2. Аллергическая
	3. Медикаментозная
	4. Ассоциированная с иммунными заболеваниями
	5. Сосудистая
11. К группе инфекций нижних отделов мочевыводящих путей относятся:
	1. Острый пиелонефрит
	2. Хронический пиелонефрит
	3. простатит
	4. цистит
	5. уретрит
12. К группе инфекций верхних отделов мочевыводящих путей относятся:
	1. уретрит
	2. острый пиелонефрит
	3. хронический пиелонефрит
	4. карбункул почки
	5. пионефроз
13. К группе инфекций верхних отделов мочевыводящих путей НЕ относятся :
	1. уретрит
	2. острый пиелонефрит
	3. хронический пиелонефрит
	4. уролитиаз
	5. гломерулонефрит
14. К общим предраспологающим факторам инфекции мочевыводящих путей относятся:
	1. сахарный диабет
	2. мужской пол
	3. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	4. нефролитиаз
	5. детский и старческий возрасты
15. К местным предрасполагающим факторам развития инфекции мочевыводящих путей относятся:
	1. нефролитиаз
	2. сахарный диабет
	3. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	4. женский пол
	5. беременность
16. Кто из нижеперечисленных подвержен высокому риску развития инфекций мочевыводящих путей?
   a. беременные
   b. пациенты с пересадкой почки в анамнезе
   c. пациенты с нефролитиазом
   d. мужчины до 20 лет
   e. пациенты с сахарным диабетом
17. К предраспологающим факторам развития инфекции мочевыводящих путей относятся:
   a. беременность
   b. мужской пол
   c. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
   d. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
   e. постоянный катетер уретры
18. Высокий риск развития хронического пиелонефрита возникает в следующих возрастных группах:
	1. дети в первые 2-3 года жизни (врожденные мальформации)
	2. женщины в сексуально активном возрасте
	3. мужчины в сексуально активном возрасте
	4. женщины после наступления менопаузы
	5. мужчины с аденомой простаты
19. Предрасположенность к инфекции верхних мочевыводящих путей во время беременности, возникает из-за:
   a. снижения тонуса мочеточника
   b. повышения тонуса мочеточника
   c. снижения перистальтики мочеточника
   d. асимптоматичной бактериурии
   e. токсемии при беременности
20. К изменениям мочевых путей во время беременности относятся:
	1. эстрогены способствуют возникновению пузырно-мочеточникового рефлюкса
	2. прогестерон снижает перистальтику мочевых путей
	3. из-за декстрапозиции матки происходит сдавление правого мочеточника
	4. растяжение мочеточников приводит к пузырно-мочеточниковому рефлюксу
	5. прогестерон способствует задержке мочи
21. Этиологическими агентами острого пиелонефрита могут быть:
	1. граммотрицательные бактерии (Escherichia coli, Proteus spp., Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Citrobacter etc.)
	2. граммотрицательные бактерии (Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp.).
	3. грибы
	4. вирусы
	5. хламидии и микоплазмы
22. Какие граммотрицательные бактерии которые могут вызывать острый пиелонефрит и обострение хронического пиелонефрита:
	1. *E. coli*
	2. *Stafilococcus aureus*
	3. *Enterococcus saprophyticus*
	4. *Pseudomonas aeruginosa*
	5. *Enterobacter*
23. Выберите бактерии, наиболее часто вызывающие инфекции мочевыводящих путей:
	1. *Pseudomonas aeruginosa*
	2. *E. coli*
	3. *Chlamydia trachomatis*
	4. *Proteus*
	5. *Streptococcus saprophyticus*
24. Перечислите факторы вирулентности и уропатогенности *E. coli*:
	1. антиген O
	2. антиген K
	3. антиген H
	4. гемолизины
	5. уреаза
25. Укажите факторы вирулентности и уропатогенности *E. coli*:
	1. гемолизины
	2. аэробактин
	3. уреаза
	4. протеаза
	5. адезины
26. Укажите факторы бактериальной вирулентности, которые влияют на развитие инфекции мочевыводящих путей:
   a. фимбрии
   b. пилии P
   c. продукция гемолизина
   d. продукция киназы
   e. резистентность к бактерицидному действию человеческой сыворотки
27. Укажите факторы, способствующие сохранению патогенного микроорганизма в мочевыводящих путях:
	1. наличие протоплаcтов и L-форм
	2. феномен бактериальной адгезии
	3. обструкция мочевых путей
	4. синтез мочевых антител
	5. полиурия
28. 50.Укажите факторы защиты мочевыводящих путей от развития инфекции:
	1. сапрофитная периуретральная флора
	2. мочевой поток
	3. щелочной pH влагалища
	4. пузырно-мочеточниковые клапаны
	5. сексуальная активность
29. Какие клинические синдромы могут присутствовать при пиелонефрите?
	1. Мочевой
	2. Болевой
	3. Токсико-инфекционный
	4. Нефротический
	5. Нефритический
30. Какие из клинических признаков, перечисленных ниже, могут встречаться при обострении хронического пиелонефрита?
	1. Лихорадка
	2. Тахикардия
	3. Дизурия и полакиурия
	4. Паховая аденопатия
	5. Чувствительность при пальпации реберно-позвоночного угла
31. Клиническая картина при остром пиелонефрите включает:
	1. Лихорадку
	2. Макрогематурию
	3. Дизурию
	4. Поясничные боли
	5. Нефротический синдром
32. Перечислите возможные жалобы у больных с обострением хронического пиелонефрита:
	1. Лихорадка
	2. Общая слабость
	3. Потеря веса
	4. Поясничная боль
	5. Дизурия
33. Классическая клиническая триада для острого или хронического пиелонефрита в стадии обострения включает:
	1. Лихорадку
	2. Полидипсию
	3. Поясничные боли
	4. Пиурию
	5. Гиперхромную мочу
34. Какие из нижеперечисленных клинических симптомов появляются при обострении хронического пиелонефрита?
	1. Лихорадка
	2. Тахикардия
	3. Дизурия и полакиурия
	4. Паховая аденопатия
	5. Болезненность при пальпации реберно-позвоночного угла
35. Какие изменения в суммарном анализе мочи встречаются при пиелонефрите?
	1. гиалиновые цилиндры
	2. бактериурия
	3. Лейкоцитурия
	4. измененые эритроциты
	5. Протеинурия 3г/л
36. Мочевой синдром при пиелонефрите может выражаться через:
	1. кристаллоурию
	2. Лейкоцитарную цилиндрурию
	3. Лейкоцитурюя и бактериурию
	4. Протеинурию больше 3 г/л
	5. Иногда, микрогематурию
37. Активный мочевой осадок характеризуется следущими признаками:
	1. Единичные лейкоциты
	2. Лейкоцитарные цилиндры
	3. Эритроцитарные цилиндры
	4. Определяется при остром пиелонефрите
	5. определяется при обострении хронического пиелонефрита
38. Для подтверждения диагноза хронического пиелонефрита необходимо выполнить:
	1. общий анализ мочи
	2. УЗИ почек
	3. Внутривенную урографию
	4. Цистографию
	5. Биопсию почек
39. С микробиологической точки зрения, инфекция мочевой системы присутствует когда развивается бактериурия:
	1. ≥100.000/мл у асимптоматических пациентов
	2. 100-10.000 бактерий/мл у асимптоматических пациентов
	3. При любом заборе полученном через надлобковую аспирацию
	4. ≥1000 бактерий/мл у беременной пациентки
	5. выделяются различные микроорганизмы
40. Урокультура считается положительной, когда число КОЕ (колониеобразующая единица):
	1. ≥106 (независимо от патогенного агента и присутствия клинической симптоматики)
	2. ≥105 (независимо от патогенного агента и присутствия клинической симптоматики)
	3. ≤104(независимо от патогенного агента и присутствия клинической симптоматики)
	4. ≥104 (и существующая клиническая триада)
	5. ≥103 (и полные клинические проявления у пациентов с осложненной инфекцией мочевыводящих путей (диабет, беременность, инфраренальной обструкции)
41. Термин «асимптоматическая бактериурия» подразумевает:
	1. Диагностический титр в урокультуре
	2. отрицательную урокультуру
	3. Клиническое проявление инфекции мочевых путей
	4. Отсутствие клинических симптомов инфекции мочевых путей
	5. Бактериурия ≤103 бактерий/мл
42. Стерильная пиурия может сопутствовать:
	1. Инфекциям с необычными бактериальными агентами
	2. Диабетической нефропатии
	3. Инфекциям с Mycobacterium tuberculosis
	4. Грибковым инфекциям
	5. Амилоидозу почек
43. Протеинурия при тубулоинтерстициальной нефропатии имеет следующие характеристики:
	1. Канальцевая протеинурия
	2. По типу бета-2 микроглобулина
	3. Состоит из белков с высокой молекулярной массой
	4. Состоит из белков с низкой молекулярной массой
	5. Присутствует постоянно
44. Какие УЗИ-признаки характерны для пиелонефрита?
	1. Расширение чашечек и лоханки
	2. Деформация чашечек и лоханки
	3. Модификация структуры почечной паренхимы
	4. Утолщение сосудистой стенки
	5. сужение сосудистой стенки
45. При обострении хронического пиелонефрита, при почечной эхографии могут определяться следуюцие признаки:
	1. почечные размеры нормальные или уменьшены
	2. Уменьшение паренхиматозного индекса
	3. Уменьшение эхогенности паренхимы
	4. Расширение лоханки, деформация чашечно-лоханочной системы
	5. Ренальный блок (камни, сгустки крови, опухоль, стриктура и т.д.)
46. Какие утверждения о динамической почечной сцинтиграфии верны?
	1. Может быть выполнена при азотемии
	2. меньше побочных реакций, чем при внутривенной урографии
	3. Определяет ранние функциональные нарушения
	4. Нет необходимости в специальной подготовке
	5. Не противопоказана в случаях аллергии на йод и при беременности

1. Какие утверждения о динамической почечной сцинтиграфии верны:
	1. Может быть выполнена при азотемии
	2. широко используется в диагностике пиелонефрита
	3. Определяет ранние функциональные нарушения
	4. Нет необходимости в специальной подготовке
	5. противопоказана в случаях аллергии на йод и при беременности
2. При остром пиелонефрите цито-бактериологическое исследование проводится:
	1. до начала антибиотикотерапии
	2. через 48 часов от начала антибиотикотерапии
	3. через 48 часов от приостановки лечения
	4. Через месяц после остановки лечения
	5. через 3 месяца после остановки лечения
3. Дифференциальная диагностика острого пиелонефрита, который начинается с абдоминальным болевым синдромом и лихорадкой, но без признаков цистита, проводится с:
	1. Внематочной беременностью
	2. острым аппендицитом
	3. Апоплексией яичника
	4. Инфекциями нижних мочевых путей
	5. дивертикулитом
4. Перечислите основные методы лечения острого пиелонефрита:
	1. Постельный режим в период лихорадки
	2. Адекватное восполнение потерянной жидкости
	3. Регуляция кишечного транзита
	4. Антибиотикотерапия
	5. Глюкокортикостероиды
5. Лечение хронического пиелонефрита включает:
	1. постельный режим во всех случаях
	2. антибиотикотерапию
	3. Кортикостероиды
	4. Фитотерапию
	5. Все вышеперечисленные
6. Потребление воды при обострении хронического пиелонефрита:
	1. ограничевается
	2. увеличивается (диурез+500 мл)
	3. Не меняется
	4. Зависит от степени артериальной гипертензии
	5. зависит от температура тела
7. Показанием к госпитализации пациентов с острым пиелонефритом является:
	1. возраст до 60 лет
	2. Беременность
	3. Обструктивная нефропатия
	4. Сахарный диабет
	5. неукротимая рвота
8. укажите неверные утверждения, относительно этиологического лечения острого пиелонефрита и хронического пиелонефрита в стадии обострения:
	1. Начинается до забора урокультуры
	2. Необходимо дождаться результатов урокультуры
	3. начинается эмпирически
	4. Парентеральная терапия более эффективная
	5. Во всех случаях - преимущественно антимикробная монотерапия
9. Укажите верные утверждения относительно этиологического лечения острого пиелонефрита и хронического пиелонефрита в стадии обострения:
	1. А. начинается после забора урокультуры
	2. Б. необходимо дождаться результатов урокультуры
	3. В. начинается эмпирически
	4. Г. Парентеральная терапия более эффективная
	5. Д. во всех случаях - преимущественно битерапия
10. Какие антибиотики наиболее часто используются в лечении хронического пиелонефрита?
	1. Полусинтетические пенициллины
	2. Цефалоспорины
	3. Фторхинолоны
	4. Аминогликозиды
	5. Карбапенемы
11. Препараты, противопоказанные при лечении пиелонефрита у беременных:
	1. фторхинолоны
	2. Цефалоспорины
	3. Полусинтетические пенициллины
	4. Тетрациклины
	5. Ни один из вышеперечисленных
12. Препаратами выбора для лечения инфекций мочевыводящих путей у беременных являются:
	1. тетрациклины
	2. Полусинтетические пенициллины
	3. Производные нитрофурана
	4. Фторхинолоны
	5. Цефалоспорины
13. В лечении хронического пиелонефрита, при легком обострении, являются правдивыми следующие высказывания:
	1. длительность лечения-5 дней
	2. Длительность лечения 7-10 дней
	3. Антимикробная монотерапия, назначаемая внутрь или парентерально
	4. Антимикробная моно- или битерапия , назначаемая внутрь или парентерально
	5. нет правильного ответа.
14. Профилактика рецидивов пиелонефрита предпологает:
	1. санацию очагов хронической инфекции
	2. профилактику запоров
	3. Диету с пониженым потреблением белков
	4. ограничение жидкости
	5. Тщательную интимную гигиену
15. Гигиено-диетические мероприятия по профилактике инфекций мочевых путей включают:
	1. регуляция кишечного транзита
	2. Адекватное потребление жидкости
	3. Гигиена перианальной и периуретральной области
	4. Редкие мочеиспускания
	5. Антибиотики согласно антибиограмме
16. Профилактика инфекций мочевыводящих путей включает:
	1. лечение асимптоматической бактериурии
	2. лечение пузырно-мочеточникого рефлюкса
	3. Использование оральных контрацептивов
	4. Рекомендуется мочеиспускание после полового акта
	5. опорожнение мочевого пузыря при необходимости
17. Неблагоприятными прогностическими факторами при остром пиелонефрите являются:
	1. возбудитель – Proteus
	2. возбудитель- E.coli
	3. Восходящий путь распространения инфекции
	4. Острая окклюзия мочевых путей
	5. Гиперурикемия
18. Неблагоприятными прогностическими факторами при остром пиелонефрите являются:
	1. возбудитель-proteus
	2. возбудитель- плазмокоагулирующий стафилококк
	3. Восходящий путь распространения инфекции
	4. Разрешённая острая окклюзия мочевых путей
	5. Иммуносупрессия
19. Показаними к хирургическому лечению острого пиелонефрита являются:
	1. паранефрит
	2. Абсцесс почки
	3. Нарушения пассажа мочи
	4. Сморщенная почка
	5. Двойная почка
20. Показаниями к хирургическому лечению хронического пиелонефрита в стадии ремиссии являются:
	1. коррекция врождённых аномалий, которые нарушают отток мочи
	2. Коррекция осложнений хирургического лечения, которые затрагивают отток мочи
	3. Абсцесс почки
	4. паранефрит
	5. Абсцесс почки
21. Тяжелыми осложнения двустороннего хронического пиелонефрита являются
	1. артериальная гипертензия
	2. Сморщивание почки
	3. Хроническая почечная недостаточность
	4. Туберкулёз почек
	5. Амилоидоз почек
22. Перечислите возможные острые осложнения при остром пиелонефрите:
	1. Токсико-септический шок
	2. Острый некроз сосочков
	3. Вторичная артериальная гипертензия
	4. Карбункул почки
	5. Перинефритический абсцесс
23. В группу острых осложнений при остром пиелонефрите входят:
	1. Эмфизематозный пиелонефрит
	2. Вторичный нефросклероз
	3. Острая почечная ишемия
	4. Кисты почек
	5. Артериальная гипертензия
24. Возможны следующие осложнения хронического пиелонефрита:
	1. тромбоз почечных артерий и вен
	2. Хроническая болезнь почек
	3. Артериальная гипертензия
	4. Вторичный нефросклероз
	5. Острая почечная недостаточность
25. Для апостематозного острого пиелонефрита (кортикальные абсцессы почек) правдивы следующие высказывания:
	1. Наличие множественных малых гнойных очагов, расположенных в корковом слое почек
	2. Наличие множественных малых гнойных очагов, расположенных в мозговом слое почек
	3. Наиболее часто вызван энтерококовой септикопиемией
	4. Наиболее часто вызван стафилококовой септикопиемией
	5. Наиболее часто вызван стрептококовой септикопиемией
26. Перечислите правдивые высказывания об остром пиелонефрите у больных с иммунодефицитом:
	1. высокая частота выявления полирезистентных патогенов
	2. Часто в процесс включены условно-патогенные бактерии
	3. Уменьшается риск прогрессирования и рецидива заболевания
	4. Фторхинолоны, цефалоспорины 3-4 поколения, защищённые аминопенициллины и карбапенемы являются препаратами первой линии
	5. Фторхинолоны, цефалоспорины 2-го поколения, аминогликозиды являются препаратами первой линии
27. Укажите верные высказывания относительно обструктивного острого пиелонефрита:
	1. экстренная медико-хирургическая патология
	2. необходима госпитализация
	3. Всегда присутствует гидронефроз
	4. Необходима всегда чрескожная нефростомия
	5. Устранение препятствия в срочном порядке
28. При остром пиелонефрите, в ходе клинического осмотра можно определить:
	1. болезненность при пальпации ложа почки
	2. реберно-мышечные болевые точки
	3. Реберно-позвоночные болевые точки
	4. Маневр Джордано положителен
	5. Боль всегда двухсторонняя
29. В случае острого пиелонфрита, при клиническом осмотре боль может отсутствовать у следующих категорий пациентов:
	1. дети
	2. Беременные
	3. Диабетики
	4. Истощённые алкоголики
	5. Пациенты с трансплантацией
30. Какие из следующих критериев, характерных для хронического пиелонефрита, позволяют отличить эту болезнь от хронического гломерулонефрита?
	1. лихорадка с ознобом
	2. Ассиметричность поражения почек
	3. Симметричность поражения почек
	4. Выраженная протеинурия
	5. выраженная лейкоцитурия
31. Патогенетическое лечение при хроническом пиелонефрите включает
	1. противовоспалительные препараты
	2. Спазмолитики
	3. Антибиотики
	4. Антиагреганты
	5. Фитотерапию
32. Асептическая лейкоцитурия может быть выявлена при:
	1. Инфекции мочевых путей, стёртой предварительной антибиотикотерапией
	2. Вагините
	3. Мочеполовом туберкулезе
	4. Гидронефрозе
	5. нагноившейся кисте почки

**Симптомы и синдромы в нефрологии**

CS

1. Выберите утверждение, являющееся ошибочным по отношению к общему анализу мочи:
	1. Представляет собой микроскопическое исследование
	2. Представляет собой макроскопическое исследование
	3. Представляет собой физико-химическое исследование
	4. Забор делают первой утренней мочи
	5. Представляет собой дорогостоящее исследование
2. Какое из нижеперечисленных утверждений, относящихся к бактериологическому исследованию мочи, является неверным?
	1. до 10.000 бактерий/л представляет собой незначительную бактериурию
	2. интервал 10.000-100.000 бактерий/л подозрение на инфекцию
	3. более 100.000 бактерий/л инфекция мочевого тракта
	4. до 1.000 бактерий/л при условии заражения из окружающей среды (стафилококк, лактобактерии)
	5. до 10.000 бактерий/л представляет собой значительную бактериурию
3. При микроскопическом исследовании мочи невозможно определить:
	1. Эпителиальные клетки
	2. лейкоциты
	3. клетки крови
	4. цилиндры (гиалиновые, гранулярные)
	5. прозрачность мочи
4. Выберите утверждение, являющееся ложным по отношению к общему анализу мочи:
	1. Представляет собой быстрое, дешевое, простое исследование
	2. Представляет собой обязательный скрининг тест для всех пациентов поступивших в больницу, в независимости от патологии
	3. Самым правильным является сбор первой утренней мочи в стерильную посуду
	4. В ургентных случаях мочу можно собирать и в течении дня
	5. Выполняется только пациентам с почечной патологией
5. Ультроазвуковое исследование почек менее информативно в следующих ситуациях:
	1. Для определения размеров почек
	2. Для характеристики внутрипочечных образований (опухоли, абсцессы, кисты)
	3. Для определения локализации почек
	4. Скрининг тест для пациентов с поликистозом почек
	5. Для стадиализации хронической болезни почек
6. Укажите нарушения процесса мочеиспускания:
	1. дизурия
	2. редкие мочеиспускания
	3. болезненное мочеиспускание
	4. поллакиурия
	5. полиурия
7. Изменение цвета мочи может быть вызвано:
	1. Характером питания
	2. Количеством употребляемой жидкости
	3. Почечной патологией
	4. Печеночной патологией и патологией желчевыводящих путей
	5. Все перечисленные факторы верны
8. Поллакиурия представляет собой:
	1. Патологическое увеличение числа мочеиспусканий за 24 часа
	2. Повышение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Недержание мочи
	4. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
	5. Затрудненный процесс мочеиспускания
9. Какое из нижепреведенных определений характеризует полиурию:
	1. Патологическое увеличение числа мочеиспусканий за 24 часа
	2. Повышение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Недержание мочи
	4. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
	5. Затрудненный процесс мочеиспускания
10. Изолированное обнаружение гиалиновых цилиндров в моче указывает на:
	1. Хронический гломерулонефрит
	2. Хронический пиелонефрит
	3. Амилоидоз почек
	4. Почечную патологию без конкретизации заболевания
	5. Не имеет диагностического значения

1. Какое из нижеперечисленных выражений является определением недержания мочи?
	1. Патологическое увеличение числа мочеиспусканий за 24 часа
	2. Повышение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Непроизвольное выделение мочи или недержание мочи
	4. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
	5. Затрудненный процесс мочеиспускания
2. Какое из нижеперечисленных выражений является определением трудносдерживаемого мочеиспускания?
	1. Патологическое увеличение числа мочеиспусканий за 24 часа
	2. Повышение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Недержание мочи
	4. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
	5. Затрудненный процесс мочеиспускания
3. Укажите ложное утверждение, относящееся к задержке мочи:
	1. Определяется как невозможность полного опорожнения мочевого пузыря с увеличением остаточного объема
	2. Может быть полной и неполной
	3. Может быть острой и хронической
	4. Может быть с и без расширения мочевого пузыря
	5. Может быть начальной и терминальной
4. Укажите ложное определение, характеризующее редкие мочеиспускания?
	1. Число мочеиспусканий снижено до 1-2/24 часа
	2. Может сопровождаться олигурией
	3. Может появиться при врожденном или приобретенном мегалоцисте
	4. Появляются часто при острой почечной недостаточности
	5. Часто появляется при чрезмерном употреблении жидкости
5. Недержание мочи имеющееся только в детском возрасте может быть:
	1. истинное
	2. ложное
	3. несознательное
	4. непроизвольное
	5. физиологическое
6. Самым ценным методом обнаружения и определения бактериурии является:
	1. бактериоскопия
	2. бактериология
	3. калориметрия
	4. Все методы имеют одинаковую ценность
	5. Ценность перечисленных методов не является эквивалентной
7. Определение чувствительности флоры к антибиотикам:
	1. Имеет важное клиническое значение
	2. Не имеет клинического значения
	3. Имеет клиническое значение только при пиелонефритах
	4. Имеет клиническое значение только при интерстициальном нефрите
	5. Имеет клиническое значение только при гломерулонефритах
8. Укажите определение анурии:
	1. Уменьшение диуреза < 100 мл за 24/часа или до 4мл/час
	2. Увеличение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Недержание мочи
	4. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
	5. Затрудненный процесс мочеиспускания
9. Какое из нижеприведенных выражений является определением никтурии:
	1. Объем ночного диуреза равен или превышает объем дневного диуреза
	2. Уменьшение диуреза < 100 мл за 24/часа или до 4мл/час
	3. Увеличение диуреза более 2000 мл/24 часа
	4. Недержание мочи
	5. Необходимость немедленного мочеиспускания сразу как появился позыв
10. Опсиурия представляет собой :
	1. Замедленное выделение жидкости с мочой
	2. Ситуация когда объем ночного диуреза равен или превышает объем дневного диуреза
	3. Уменьшение диуреза < 100 мл за 24/часа или до 4мл/час
	4. Увеличение диуреза более 2000 мл/24 часа
	5. Недержание мочи
11. Какое из нижепреведенных выражений является определением гематурии:
	1. Выделение эритроцитов с мочой сверх величин, составляющих физиологическую норму
	2. Присутствие гноя в моче
	3. Присутствие лимфы в моче
	4. Присутствие липидов в моче
	5. Присутствие белков в моче
12. Пиурия представляет собой:
	1. Выделение эритроцитов с мочой сверх величин, составляющих физиологическую норму
	2. Наличие лейкоцитов и бактерий в моче
	3. Присутствие лимфы в моче
	4. Присутствие липидов в моче
	5. Присутствие белков в моче
13. Хилурия представляет собой?
	1. Выделение эритроцитов с мочой сверх величин, составляющих физиологическую норму
	2. Присутствие гноя в моче
	3. Присутствие лимфы в моче
	4. Присутствие липидов в моче
	5. Присутствие белков в моче
14. Под термином липидурия понимаем:
	1. Выделение эритроцитов с мочой сверх величин, составляющих физиологическую норму
	2. Присутствие гноя в моче
	3. Присутствие лимфы в моче
	4. Присутствие липидов в моче
	5. Присутствие белков в моче
15. Укажите определение физиологической протеинурии:
	1. Выделение эритроцитов с мочой сверх величин, составляющих физиологическую норму
	2. Присутствие гноя в моче
	3. Присутствие лимфы в моче
	4. Присутствие липидов в моче
	5. Выведение с мочой белков <0,1-0,15 г/24 часа
16. Выберите ложное утверждение, по отношению к транзиторной протеинурии:
	1. Появляется при лихорадке
	2. Появляется при нахождении длительное время под воздействием экстремальных температур
	3. Исчезает одновременно с устранением причины ее вызвавшей
	4. Не исчезает после устранения фактора ее вызвавшей
	5. Значение протеинурии обычно не превышает 1г/24 часа
17. Выберите методы, используемые для проведения дифференциального диагноза между нефропатической гематурией и гематурией в контексте урологических заболеваний:
	1. Проба с тремя стаканами
	2. Микроскопия почечного осадка
	3. цистоскопия
	4. ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря
	5. радиоизотопная ренография
18. Выберите ложное утверждение по отношению к почечным отекам:
	1. Имеет тенденцию к генерализации (анасарка)
	2. Температура кожных покровов нормальная
	3. мягкие
	4. чаще всего локализован в пери орбитальной области и на ногах
	5. сопровождается повышнеием температуры тела
19. Какие из следующих факторов провоцируют появление протеинурии при остром нефритическом синдроме?
	1. Повышение уровня белков в сыворотке крови
	2. Потеря катионного заряда
	3. Потеря анионного заряда
	4. Повышение системного артериального давления
	5. Снижение внутри клубочкового давления.
20. Укажите основную причину повышения артериального давления при остром нефритическом синдроме:
	1. Повышение уровня брадикинина
	2. Увеличение внеклеточного объема жидкости
	3. Снижение притока крови к почкам
	4. Протеинурия
	5. Отек мозга
21. Отек при остром нефритическом синдроме является следствием:
	1. гипоальбуминемии
	2. артериальной гипертензии
	3. задержки натрия и воды в организме
	4. повышения проницаемости капиллярной стенки
	5. гиповолемии
22. Острый нефритический синдром это:
	1. Клиническое проявление воспаления паренхимы почек.
	2. Клиническое проявление острого воспаления клубочков почек.
	3. Клиническое проявление острой клубочковой инфекции.
	4. Клиническое проявление воспаления и инфекции паренхимы почек.
	5. Клиническое проявление инфекции чашечно-лоханочной системы почек.
23. Для выявления причины острого нефритического синдрома наилучшим методом диагностики является:
	1. Ультразвуковое исследование почек.
	2. Сцинтиграфия почек.
	3. Биопсия почек.
	4. Артериография почек.
	5. Компьютерная томография почек.
24. Острый нефритический синдром является клиническим проявлением:
	1. Злокачественной артериальной гипертензии
	2. Инфицирования корковой зоны почек
	3. Острого клубочкового воспаления
	4. Иммунных реакций к небольшому количеству антиген у ранее сенсибилизированных пациентов
	5. Поражения почек при сахарном диабете
25. Что из нижеперечисленного не является характерным для типичного острого нефритического синдрома:
	1. Острое начало
	2. Макроскопическая гематурия
	3. Отеки
	4. Артериальная гипотензия
	5. Микроскопическая гематурия
26. При остром нефритическом синдроме в моче обнаруживаются:
	1. Лейкоцитарные цилиндры
	2. Гиалиновые цилиндры
	3. Эпителиальные цилиндры
	4. Эритроцитарные цилиндры
	5. Отложения гемоглобина
27. Острый нефритический синдром в морфопатологическом аспекте классическим проявлением:
	1. Пролиферативного гломерулонефрита
	2. Очагового и диффузного гломерулосклероза с гиалинозом
	3. Мембрано пролиферативного гломерулонефрита
	4. Гломерулонефрита с антителами к базальной мембране клубочков
	5. Мембранозного гломерулонефрита
28. Чаще всего «чистый» нефротический синдром характеризуется:
	1. Отсутствием макроскопической гематурии
	2. Отсутствием артериальной гипертензии
	3. Отсутствием хронической болезни почек
	4. Чаще всего встречается у детей
	5. Все варианты верные
29. Укажите неверный ответ по отношению к «смешанному» нефротическому синдрому :
	1. Персистирующая гематурия
	2. Артериальная гипертензия
	3. Хроническая болезнь почек
	4. Одинаково часто встречается у детей и взрослых
	5. Встречается только у взрослых

CM

1. Какие из нижеперечисленных симптомов относятся к типичному острому нефритическому синдрому?
	1. гематурия
	2. протеинурия
	3. азотемия
	4. задержка натрия и воды в организме
	5. пиурия
2. При макроскопическом исследовании мочи можно определить:
	1. прозрачность
	2. цвет
	3. запах
	4. относительную плотность
	5. Ph-мочи
3. При физико-химическом исследовании мочи можно определить:
	1. Относительную плотность
	2. протеинурию
	3. Ph-мочи
	4. цвет
	5. запах
4. При микроскопическом исследовании мочи определяют:
	1. Эпителиальные клетки
	2. лейкоциты
	3. эритроциты
	4. цилиндры (гиалиновые, гранулярные)
	5. прозрачность мочи
5. Укажите что из нижеперечисленного является нарушением процесса мочеиспускания:
	1. дизурия
	2. редкие мочеиспускания
	3. болезненное мочеиспускание
	4. анурия
	5. олигурия
6. Нарушениями процесса мочеиспускания являются:
	1. поллакиурия
	2. задержка мочи
	3. недержание мочи
	4. полиурия
	5. олигурия
7. Укажите нарушения диуреза:
	1. поллакиурия
	2. задержка мочи
	3. недержание мочи
	4. полиурия
	5. олигурия
8. укажите нарушения диуреза:
	1. опсиурия
	2. редкие мочеиспускания
	3. болезненное мочеиспускание
	4. анурия
	5. никтурия
9. Перечислите показания для выполнения ультразвукового исследования почек:
	1. Определение размеров почек
	2. Определение внутри почечных образований (опухоли, кисты)
	3. Определение локализации почек
	4. Скрининг для выявления поликистоза почек
	5. Определение стадии хронической болезни почек

1. Укажите особенности боли при почечной колике:
	1. Уменьшается в позиции лежа на спине
	2. Уменьшается в позиции стоя на ногах
	3. Иррадиирует к половым органам
	4. Иррадиирует в бок брюшной полости
	5. Усиливается при вибрации
2. Почечная колика чаще всего возникает в случае:
	1. камней
	2. сгустков крови
	3. поликистоза почек
	4. гломерулонефрита
	5. туберкулеза почек
3. Укажите характер боли в случае почечной колики:
	1. Сильная боль
	2. Выкручивающего характера
	3. Незначительной интенсивности
	4. Выраженной интенсивности
	5. Проходит сама по себе
4. Укажите какой длительности может быть почечная колика:
	1. минуты
	2. часы
	3. несколько дней
	4. 2-3 недели
	5. месяцы
5. Укажите характер начала почечной колики:
	1. внезапный
	2. медленный
	3. появляется при вибрации
	4. появляется после приема диуретиков
	5. появляется при недостаточном потреблении жидкости
6. Укажите какие препараты могут устранить боль при почечной колике:
	1. спазмолитики
	2. противовоспалительные
	3. диуретики
	4. антибиотики
	5. анальгетики
7. Укажите верные утверждения, характеризующие боль в мочевом пузыре:
	1. Локализована в надлобковой области
	2. Иррадиирует к уретре и промежности
	3. Не иррадиирует к уретре и промежности
	4. Имеет характер жжения, давления
	5. Не прекращается никогда после зондирования мочевого пузыря
8. Какие заболевания чаще всего вызывают боль в мочевом пузыре:
	1. Острые и хронические циститы
	2. Поражение предстательной железы
	3. Опухоли мочевого пузыря
	4. Острая задержка мочи
	5. Камни в уретре
9. Укажите верные утверждения, характеризующие боль в области малого таза и промежности:
	1. Имеет давящий характер
	2. Имеет характер жжения
	3. Иррадиирует к наружным половым органам
	4. Не иррадиирует к наружным половым органам
	5. Сопровождается нарушением процесса мочеиспускания
10. Поллакиурия может быть:
	1. С прозрачной мочой
	2. С мутной мочой
	3. дневной
	4. ночной
	5. поллакиурия не может сопровождаться полиурией
11. Укажите патологии, которые могут вызвать поллакиурию:
	1. Воспалительные процессы мочевого пузыря
	2. Опухолевые процессы
	3. Дисэктазия шейки мочевого пузыря
	4. Аденома предстательной железы
	5. Терминальная почечная недостаточность
12. Согласно классификации гематурия может быть:
	1. начальной
	2. тотальной (полной)
	3. терминальной
	4. хронической
	5. только начальной
13. Какие патологии чаще всего вызывают дизурию?
	1. Патология предстательной железы
	2. Патология мочевого пузыря
	3. Патология женских половых органов
	4. Патология уретры
	5. Опущение почек
14. Укажите патологии, которые могут спровоцировать болезненное мочеиспускание:
	1. циститы
	2. уретриты
	3. перициститы
	4. патология шейки мочевого пузыря
	5. патология центральной нервной системы
15. Укажите правильные высказывания относительно задержки мочи?
	1. Определяется как прерывистое осуществление мочеиспускания либо невозможность полного опорожнения мочевого пузыря
	2. Может быть полной и неполной
	3. Может быть острой и хронической
	4. Приводит к расширению мочевого пузыря
	5. Может быть начальной и терминальной
16. Что может быть причиной задержки мочи?
	1. обструкция
	2. нейрогенный мочевой пузырь
	3. нарушение рефлюкса или акта мочеиспускания
	4. дисэктазия шейки мочевого пузыря
	5. не может развиться при патологии предстательной железы
17. Недержание мочи у взрослого может быть:
	1. истинной
	2. парадоксальной
	3. неосознанной
	4. непроизвольной
	5. физиологической
18. Какие из нижеприведенных утверждений характеризуют редкие мочеиспускания?
	1. Число мочеиспусканий снижено до 1-2/24 часа
	2. Может сопровождаться олигурией
	3. Может возникнуть при врожденном или приобретенном мегалоцисте
	4. Часто возникает при острой почечной недостаточности
	5. Часто возникает при употреблении большого количества жидкости
19. Полиурия может быть:
	1. Физиологической и патологической
	2. Транзиторной или постоянной
	3. Почечного или внепочечного происхождения
	4. Острой или хронической
	5. Полной или неполной
20. Укажите причины, вызывающие транзиторную полиурию:
	1. физиологические
	2. патологические
	3. после употребления медикаментов
	4. после нахождения на холоде
	5. амилоидоз почек
21. Какие из нижеприведенных утверждений не являются определением полиурии:
	1. Патологическое увеличение числа мочеиспусканий в течении 24 часов
	2. Увеличение диуреза более 2000 мл/24 часа
	3. Недержание мочи
	4. Необходимость мочеиспускания сразу после появления позыва
	5. Затруднение акта мочеиспускания
22. Укажите утверждения, которые характеризуют олигурию:
	1. Представляет снижение диуреза <500 мл/24часа
	2. Увеличение диуреза более 200 мл/24часа
	3. Может быть физиологической или патологической
	4. Появляется после назначения диуретиков
	5. Последствие вазоконстрикции после длительного пребывания на холоде
23. Согласно классификации анурия может быть:
	1. паразитарной
	2. непаразитарной
	3. преренальной
	4. ренальной
	5. постренальной
24. Укажите этиологические причины развития хилурии:
	1. паразитарные
	2. непаразитарные
	3. инфекционные
	4. идиопатические
	5. аутоиммунные
25. Согласно иммунохимической классификации протеинурия может быть:
	1. селективной
	2. неселективной
	3. канальцевой
	4. начальной
	5. терминальной
26. Согласно механизмам возникновения, протеинурия может быть:
	1. преренальной
	2. ренальной
	3. постренальной
	4. начальной
	5. терминальной
27. Укажите верные утверждения согласно классификации относящиеся к клубочковой протеинурии:
	1. селективная
	2. неселективная
	3. нефротическая
	4. субнефротическая
	5. начальная
28. Транзиторная протеинурия возникает чаще всего при:
	1. лихорадке
	2. длительном пребывании на холоде или жаре
	3. исчезает одновременно с устранением провоцирующего фактора
	4. не исчезает при устранении провоцирующего фактора
	5. значение протеинурии обычно не превышает 1г/24 часа
29. Протеинурия чаще всего развивается в следующих ситуациях:
	1. При наличии нефротического синдрома
	2. При гломерулонефритах
	3. После сильной физической нагрузки
	4. При дихорадке
	5. После ультразвукового исследования
30. В зависимости от локализации источника кровотечения гематурия может быть:
	1. начальной
	2. терминальной
	3. тотальной
	4. только терминальной
	5. только начальной

1. Укажите какие причины могут вызвать гематурию:
	1. Гематологические заболевания
	2. Системные васкулиты
	3. Заболевания соединительной ткани
	4. Некоторые лекарственные средства
	5. Артериальная гипотензия
2. Укажите заболевания, которые могут вызвать гематурию:
	1. гломерулонефрит
	2. опухоли почек
	3. поликистоз почек
	4. врожденные аномалии
	5. пожилой возраст
3. Укажите заболевания чаще всего приводящие к появлению пиурии:
	1. Гнойные заболевания почек
	2. Заболевания мочевого пузыря
	3. Заболевания уретры и предстательной железы
	4. Артериальная гипертензия
	5. Туберкулез почек
4. Укажите особенности почечных отеков:
	1. мягкие
	2. легко оставляют выемку
	3. не оставляет выемку
	4. более выражены по утрам
	5. более выражены вечером
5. Изолированный мочевой синдром включает в себя:
	1. протеинурию
	2. анурию
	3. гематурию
	4. олигурию
	5. лейкоцитурию
6. Типичный острый нефритический синдром характеризуется:
	1. Макроскопической гематурией
	2. отеками
	3. нефротической протеинурией
	4. олигурией
	5. артериальной гипертензией
7. Укажите верные утверждения, характеризующие острый нефритический синдром:
	1. Почечный кровоток снижается как результат обструкции фильтрационной поверхности капсулы Боуман
	2. Снижена скорость клубочковой фильтрации за счет внутри почечной вазоконстрикции
	3. Анализ мочи чаще всего выявляет нефротическую нефропатию (более 3, 5 г/24 часа)
	4. Гематурия чаще всего макроскопическая
	5. Анализ мочи выявляет в обязательном порядке эритроцитарные цилиндры и деформированные эритроциты

1. В тяжелых случаях острый нефритический синдром ассоциируется с:
	1. Острым воспалением большинства клубочков
	2. Гистологическим аспектом очагового пролиферативного гломерулонефрита
	3. Поражением до 50% клубочков
	4. Гистологическим аспектом острого диффузного пролиферативного гломерулонефрита
	5. Клеточной пролиферацией на ограниченной на уровне мезангия
2. Укажите изменения в анализе мочи, указывающие на чистый нефротический синдром:
	1. Протеинурия более 3,5gг/ 1,73 m2 за 24 часа
	2. липидурия
	3. гематурия
	4. цилиндрулия с гранулярными цилиндрами
	5. осмолярность мочи < 350 мосмоль/л
3. Основные диагностические признаки чистого нефротического синдрома:
	1. протеинурия > 3,5 г/24часа
	2. артериальная гипертензия
	3. гипоальбуминемия
	4. гиперлипидемия
	5. повышенная свертываемость крови
4. Нефротический синдром взрослого чаще всего вызывается:
	1. Болезнью с минимальными повреждениями
	2. Болезнь Берже
	3. Очаговый и диффузный гломерулосклероз
	4. Мембранозный гломерулонефрит
	5. Мембрано пролиферативный гломерулонефрит
5. Лечение протеинурии в контексте нефротического синдрома включает:
	1. Иммуносупрессивное лечение
	2. диета 2-3 мг/Кг/день белки
	3. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	4. уменьшение потребления липидов
	5. петлевые диуретики
6. Антикоагулянты при нефротическом синдроме назначают в случаи:
	1. Генерализованных отеков с анасаркой
	2. Наличия признаков тромбоза глубоких вен
	3. Наличия признаков тромбоза артерий
	4. Возникновении легочного тромбэмболизма
	5. Наличии признаков хронической почечной недостаточности
7. Среди проявлений и осложнений нефротического синдрома отмечают:
	1. Геморрагический диатез
	2. гиперлипидемия
	3. дефицит антитромбина III
	4. гиперкальцемия
	5. легочной эмболизм
8. Протеинурия при нефротическом синдроме может быть последствием:
	1. Снижения канальцевой реабсобции белков, отфильтрованных на уровне клубочков
	2. Нарушения отрицательного заряда базальной мембраны клубочков
	3. Повышенной концентрации в плазме крови легких цепей иммуноглобулинов
	4. Структурного поражения клубочковой базальной мембраны
	5. Изменения архитектуры подоцитов
9. Очень часто нефротический синдром у взрослых вызван:
	1. Диабетической нефропатией
	2. Очаговым и сегментарным гломерулосклерозом
	3. Доброкачественным нефроангиосклерозом
	4. Хроническим пиелонефритом
	5. Мембранозным гломерулонефритом
10. Образование отеков при нефротическом синдроме обусловлено:
	1. Снижением онкотического давления плазмы
	2. Активацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон
	3. Повышением секреции вазопрессина
	4. Тромбозом почечной вены
	5. В некоторых случаях первичной задержкой воды и соли
11. Укажите верные утверждения, относящиеся к биопсии почки при нефротическом синдроме:
	1. Необходимо исключить при тяжелых нарушениях свертываемости крови
	2. Является ценным методом диагностики у взрослых, позволяющий определить диагноз, направление в лечении и уточнить прогноз заболевания
	3. Необходимо выполнять у большинства детей с нефротическим синдромом
	4. Не обязательно выполнять у каждого ребенка с нефротическим синдромом
	5. Не обязательно выполнять взрослым с нефротическим синдромом
12. Лечение отеков при нефротическом синдроме включает в себя следующие мероприятия:
	1. умеренное ограничение употребления соли (1-2г/день)
	2. Большие дозы петлевых диуретиков для быстрого уменьшения отеков
	3. Постоянное назначение альбуминов для увеличения онкотического давления плазмы
	4. Суточное потребление жидкости не должно превышать 1 литра
	5. Достаточно только назначение антиальдостеронных диуретиков (спиронолактон)
13. Выберите утверждения, которые характеризуют типичный острый нефритический синдром:
	1. Острое начало
	2. Макроскопическая гематурия
	3. отеки
	4. артериальная гипотензия
	5. микроскопическая гематурия

**Гломерулонефрита**

**CS**

1. Острый гломерулонефрит- это заболевание почек с преимущественным поражением:
	1. интерстиция
	2. канальцев
	3. клубочков
	4. всей мочевыделительной системы
	5. эфферентных артериол
2. Острый гломерулонефрит - это поражение клубочков, преимущественно посредством следующего механизма:
	1. иммуннокомплексное
	2. аутоиммунное
	3. бактериальное
	4. вирусное
	5. посредством прямой токсичности
3. Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:
	1. энтерококк
	2. пневмококк
	3. золотистый стафилококк
	4. β-гемолитический стрептококк группы А
	5. клебсиелла
4. В какой срок после перенесенной стрептококковой инфекции чаще развивается острый гломерулонефрит?
	1. 2-3 дня
	2. 4-6 дней
	3. 1-2 недели
	4. 1 месяц
	5. 1,5-2 месяца
5. Основная причина отеков при остром гломерулонефрите:
	1. повышение секреции вазопрессина
	2. повышение активности системы ренин-ангиотензин-алдостерон
	3. повышение активности калликреинкининовой системы
	4. снижение онкотического давления плазмы
	5. первичная задержка натрия вследствие воспалительных изменений в клубочках
6. Основная причина артериальной гипертонии при остром гломерулонефрите:
	1. гиперсимпатикотония
	2. остро возникающая задержка натрия и воды, приводящая к увеличению объема циркулирующей крови и ударного объема сердца
	3. гиперальдостеронизм
	4. гиперкортицизм
	5. снижение депрессорных механизмов
7. Боли в поясничной области при остром гломерулонефрите обусловлены:
	1. бактериальным воспалением
	2. протеинурией
	3. гиперстенурией
	4. набуханием почек вследствие иммунного воспаления
	5. гематурией
8. Ведущее звено патогенеза быстропрогрессирующего гломерулонефрита:
	1. антигеном являются структуры стрептококка
	2. антигеном является собственная гломерулярная мембрана
	3. активация системы комплемента
	4. активация медиаторов воспаления
	5. повреждение гломерулярной мембраны лизосомальными ферментами
9. Патогномоничный морфологический признак быстропрогрессирующего экстракапиллярного гломерулонефрита:
	1. пролиферация мезангия
	2. отложения комплексов экзогенный антиген — антитело
	3. эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
	4. экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит с образованием «полулуний» в капсуле клубочка
	5. интерстициальный отёк, фиброз
10. Морфологическим признаком мезангиопролиферативного гломерулонефрита является:
	1. эндокапиллярная пролиферация
	2. экстракапиллярная пролиферация
	3. уплотнение базальной мембраны
	4. мезангиальная пролиферация
	5. гломерулярная неоваскуляризация
11. Главным клинико-лабораторным признаком Ig А-нефропатии является:
	1. протеинурия
	2. цилиндрурия
	3. рецидивирующая макрогематурия
	4. лимфоцитурия
	5. гипостенурия
12. Какая группа препаратов способствует снижению и внутриклубочковой гипертензии при хроническом гломерулонефрите:
	1. альфа-адреноблокаторы
	2. бета-адреноблокаторы
	3. ингибиторы АПФ
	4. антагонисты кальция
	5. антиагреганты
13. Основной группой лекарственных средств, назнаемых для купирования отеков при остром гломерулонефрите являются:
	1. антагонисты альдостерона
	2. антиагреганты
	3. натрийуретики
	4. ингибиторы карбоангидразы
	5. антикоагулянты
14. Липоидный нефроз (гломерулонефрит с минимальными изменениями) проявляется:
	1. гипертоническим синдромом
	2. рецидивирующей гематурией
	3. нефротическим синдромом
	4. нефритическим синдромом
	5. лейкоцитурией
15. При гематурии, обусловленной болезнью Берже, наиболее часто встречаемое изменение в иммунограмме:
	1. гипокомплементемия
	2. повышение уровния Ig G
	3. повышение уровня IgM
	4. повышение уровня IgA
	5. повышение уровня IgE
16. Какие классические изменения в моче характерны для острого гломерулонефрита?
	1. изостенурия
	2. гематурия
	3. лейкоцитарная цилиндрурия
	4. нейтрофильная лейкоцитурия
	5. лимфоцитурия
17. При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании?
	* 1. мезангиопролиферативном
		2. мезангиокапиллярном
		3. мембранозном
		4. минимальных изменений клубочков
		5. фокально-сегментарном гломерулосклерозе
18. Какие группы препаратов имеют нефропротекторный (антипротеинурический) эффект?
	1. антагонисты рецепторов ангиотензина
	2. петлевые диуретики
	3. антиагреганты
	4. антибиотики
	5. кетоаналоги аминокислот
19. Какая из следующих гломерулярных нефропатий – пролиферативная?
	1. минимальные изменения клубочков
	2. фокально-сегментарный гиалиноз
	3. IgA нефропатия
	4. экстрамембранозный гломерулонефрит
	5. фокально-сегментарный гломерулосклероз
20. К этиологическому лечению острого гломерулонефрита относятся:
	1. преднизолон
	2. антибиотики
	3. цитостатики
	4. диуретики
	5. антигипертензивные препараты
21. Патогенетическое лечение при остром гломерулонефрите:
	1. показана во всех случаях
	2. не показана
	3. показана, в зависимости от начала заболевания
	4. показана, в зависимости от уровня протеинурии
	5. показана, если повышен уровень креатинина
22. Какие группы препаратов имеют нефропротекторный (антипротеинурический) эффект?
	1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	2. петлевые диуретики
	3. антиагреганты
	4. антибиотики
	5. кетоаналоги аминокислот
23. С этиологической точки зрения, хронический гломерулонефрит это заболевание:
	1. постстрептококковое
	2. исключительно аллергическое
	3. исключительно воспалительное
	4. полиэтиологическое
	5. неопластическое
24. Какие диетические меры показаны больным гломерулонефритом, осложненным артериальной гипертензией и отеками?
	1. ограничение употребления соли до 1,5 г/день
	2. увеличение употребления соли
	3. увеличение употребления жидкости
	4. увеличение употребления высококалорийных продуктов
	5. ограничение употребления продуктов, богатых углеводами
25. Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:
	1. несколько недель
	2. 2-3 месяца
	3. 6 месяцев
	4. от 6 месяцев до 2 лет
	5. всю жизнь
26. При каком морфологическом варианте нефрита, лечение преднизолоном имеет минимальную перспективу?
	1. минимальных изменениях клубочков
	2. мезангиопролиферативном
	3. фибропластическом
	4. мезангиомемранозном
	5. мембранозном
27. Какова адекватная доза преднизолона на 1 кг веса, которая используется при лечении больных хроническим гломерулонефритом?
	1. 0,3-0,4 мг
	2. 0,5-0,6 мг
	3. 0,7-0,8 мг
	4. 1 мг
	5. 2 мг
28. У молодых женщин, чаше всего, гломерулонефрит может быть одним из проявлений:
	1. дерматомиозита
	2. системной красной волчанки
	3. системной склеродермии
	4. нодозного полиартериита
	5. ревматическая полимиалгия
29. Показания для назначения кортикостероидов при хроническом гломерулонефрите:
	1. нефротический синдром
	2. мочевой синдром
	3. артериальная гипертензия
	4. почечная недостаточность
	5. в качестве профилактического лечения
30. Какие высказывания характерны для острого гломерулонефрита?
	1. в начальной стадии заболевания, у большинства больных развивается артериальная гипотензия
	2. назначение индометацина является обязательной мерой
	3. наиболее часто встречающийся вариант заболевания – нефротический
	4. все высказывания правдивы
	5. все высказывания ложны
31. При назначении индометацина для лечения хронического гломерулонефрита, ожидается положительный эффект в отношении:
	1. гематурии
	2. протеинурии
	3. нефротического синдрома
	4. артериальной гипертензии
	5. периферических отеков
32. Беременная заболела острым гломерулонефритом. Терапевтическая тактика:
	1. инициирование лечения преднизолоном
	2. как можно быстрее – прерывание беременности
	3. инициирование лечения антибиотиками
	4. симптоматическое лечение
	5. острый гломерулонефрит при беременности не нуждается в каких-либо терапевтических мерах
33. У 35-летнего больного, на второй день после перенесенной ангины, появились отеки, макрогематурия, повысилось давление. Наиболее вероятный диагноз:
	1. острый гломерулонефрит
	2. острый пиелонефрит
	3. хронический гломерулонефрит, обострение
	4. апостематозный нефрит
	5. почечный амилоидоз
34. Протениурия, артериальная гипертензия, в ассоциации с гематурией и отеками характерна для:
	1. острого гломерулонефрита
	2. пиелонефрита
	3. нефролитиаза
	4. цистита
	5. почечного амилоидоза
35. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:
	1. через 3-5 недель после начала заболевания
	2. через год после начала заболевания
	3. через 3 года после начала заболевания
	4. с первых дней заболевания
	5. развитие почечной недостаточности зависит от уровня артериальной гипертензии
36. Длительная продолжительность мочевого синдрома при остром гломерулонефрите свидетельствует, в первую очередь, о:
	1. тенденции перехода острого нефрита в хронический
	2. сохранении почечной функции
	3. развитии нефротического синдрома
	4. развитии хронической почечной недостаточности
	5. это нормальная ситуация
37. Какая возрастная группа наиболее предрасположена к развитию острого гломерулонефрита?
	1. до 2 лет
	2. от 2 до 40 лет
	3. климактерический период
	4. период менопаузы
	5. пубертатный период
38. Первичные острые гломерулопатии включают:
	1. постстрептококковый гломерулонефрит
	2. гломерулонефрит при нодозном полиартериите
	3. гломерулонефрит при системной красной волчанке
	4. гломерулонефрит при цитомегаловирусной инфекции
	5. гломерулонефрит с мезангиальными отложениями IgA
39. Антибиотиком первого выбора при лечении постстрептококкового острого гломерулонефрита является:
	1. эритромицин
	2. цефазолин
	3. имипенем
	4. пенициллин
	5. гентамицин
40. Какая группа диуретиков является группой выбора при симптоматическом лечении отеков при остром гломерулонефрите?
	1. калийсберегающие диуретики
	2. тиазидные диуретики
	3. петлевые диуретики
	4. группа диуретиков никак не влияет на качество лечения
	5. осмотические диуретики
41. Плазмаферез, при патогенетическом лечении подострого гломерулонефрита, эффективен:
	1. лишь при малоиммунном варианте
	2. лишь при варианте с антителами к базальной мембране клубочков
	3. лишь при варианте с иммунными комплексами
	4. при всех вариантах подострого гломерулонефрита
	5. лишь при лечении подострого гломерулонефрита у беременных
42. Наиболее характерная морфологическая картина, выявляемая на почечной биопсии при остром гломерулонефрите:
	1. мезангиопролиферативный гломерулонефрит
	2. интерстициальный отек
	3. фиброклеточные изменения
	4. пролиферация эндотелиальных клеток
	5. пролиферативный эндокапиллярный гломерулонефрит
43. Болезнь Берже представляет собой:
	1. вариант семейного амилоидоза
	2. вариант медикаментозного поражения почек
	3. почечное поражение при системном васкулите
	4. гломерулонефрит с отложениями IgA в клубочках
	5. наследственная метаболическая патология с поражение почек
44. Для острой фазы острого гломерулонефрита характерна:
	1. тахикардия
	2. брадикардия
	3. экстрасистолия
	4. атриовентрикулярная блокада
	5. фибрилляция предсердий
45. Титр антистрептолизина - О при остром гломерулонефрите максимально повышен:
	1. в первые 3 недели заболевания
	2. в первые 6 месяцев
	3. в течение года
	4. в течение 2-х лет
	5. в течение 3-х лет
46. Какие гломерулярные патологии включены в понятие «гломерулопатия»?
	1. все патологии, которые каким-либо образом затрагивают клубочек
	2. только патологии, при которых не выявляются пролиферативные изменения при биопсии
	3. только патологии, при которых выявляются пролиферативные изменения при биопсии
	4. инфекционное поражение почек
	5. аутоиммунное поражение почек
47. Какие гломерулярные патологии включены в понятие «гломерулонефрит»?
	1. все патологии, которые каким-либо образом затрагивают клубочек
	2. только патологии, при которых не выявляются пролиферативные изменения при биопсии
	3. только патологии, при которых выявляются пролиферативные изменения при биопсии
	4. инфекционное поражение почек
	5. аутоиммунное поражение почек
48. Эпителиальная пролиферация под видом «полулуний», выявленная при почечной биопсии, является патогномоничным признаком для:
	1. постстрептококкового острого гломерулонефрита
	2. быстро прогрессирующего гломерулонефрита
	3. мезангиопролиферативного гломерулонефрита
	4. фокально-сегментарного гломерулосклероза
	5. минимальных изменений клубочков
49. Какие группы препаратов имеют нефропротекторный (антипротеинурический) эффект?
	1. блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридинового ряда)
	2. петлевые диуретики
	3. антиагреганты
	4. антибиотики
	5. кетоаналоги аминокислот

**CM**

1. Какие осложнения могут быть при остром гломерулонефрите?
	1. интерстициальный отек лёгких
	2. альвеолярный отек легких
	3. остронефритическая эклампсия
	4. острая почечная недостаточность
	5. почечный амилоидоз
2. О тенденции перехода острого нефрита в хронический свидетельствует:
	1. стойкий мочевой синдром
	2. снижение почечной функции
	3. появление нефротического синдрома
	4. макрогематурия
	5. артериальная гипертензия с первых дней заболевания
3. Классические изменения в моче, характерные для острого гломерулонефрита:
	1. гиперстенурия
	2. гематурия
	3. субнефротическая протеинурия
	4. цилиндрурия
	5. бактериурия
4. Принципы лечения больных острым гломерулонефритом включают:
5. постельный режим, ограничение приёма жидкости и соли
6. воздействие на этиологический фактор (стрептококковую инфекцию)
7. симптоматическая терапия отёков и артериальной гипертензии
8. патогенетическая терапия преднизолоном назначается во всех случаях
9. противорецидивное лечение нефропротекторными препаратами
10. Наиболее часто встречающиеся клинические проявления быстропрогрессирующего

экстракапиллярного гломерулонефрита:

1. бурное начало с рефрактерными отёками, олигурией
2. злокачественная артериальная гипертензия
3. в дебюте заболевания может быть ОПН, с плавным переходом в ХПН
4. артериальная гипертензия, обычно, не характерна
5. бурное начало с олигурией или анурией, но хорошим прогнозом выздоровления
6. Основные звенья патогенеза гломерулярной протеинурии:
7. снижение отрицательного заряда БМК
8. повреждение БМК лизосомальными ферментами
9. внутриклубочковая гипертензия
10. понижение онкотического давления плазмы
11. гипоперфузия почечных клубочков
12. Антикоагулянты при лечении гломерулонефритов оказывают позитивный эффект посредством:
13. подавляют внутригломерулярную гиперкоагуляцию
14. восстанавливают отрицательный заряд базальной мембраны клубочков
15. натрийуретический, диуретический эффекты
16. восстанавливают число тромбоцитов, так как тромбоцитоз токсичен для почечного клубочка
17. уменьшают гиперкомплементемию, предотвращая иммунное поражение клубочков
18. При гематурии, обусловленной болезнью Берже, возможные изменение в иммунограмме включают:
	1. гипокомплементемия
	2. повышение уровния Ig G
	3. повышение уровня IgM
	4. повышение уровня IgA
	5. повышение уровня IgE
19. Особенности болезни минимальных изменений клубочков:
	1. проявляется нефротическим синдромом
	2. отсутствие изменений в клубочках на оптической микроскопии
	3. хороший эффект от кортикостероидной терапии
	4. чаще встречается у детей
	5. неблагоприятное течение болезни
20. Непролиферативными формами гломерулонефрита являются:
	1. мембранозная нефропатия
	2. минимальные изменения клубочков
	3. фокально-сегментальный гломерулосклероз
	4. IgA нефропатия
	5. мембранопролиферативный гломерулонефрит
21. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита?
22. отеки
23. одышку
24. гипертонию
25. гематурию
26. сердцебиение
27. Какие иммунологические изменения могут быть выявлены при остром гломерулонефрите?
	1. высокий титр антител к антигенам стрептококка
	2. повышение титра почечных аутоантител
	3. наличие антинуклеарных антител
	4. гипокомплементемия
	5. гиперкомплементемия
28. Что из нижеперечисленного может быть осложнением острого гломерулонефрита?
	1. олигоанурия в острой фазе заболевания, с развитием острой почечной недостаточности
	2. массивное почечное кровотечение
	3. эклампсия
	4. тромбоэмболический синдром
	5. недостаточность левого желудочка
29. Каковы цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при остром гломерулонефрите?
30. профилактика коронарного тромбоза
31. профилактика тромбоэмболического синдрома
32. воздействие на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции
33. профилактика тромбоза почечной артерии
34. увеличение перфузии ишемизированных клубочков
35. Какой вариант гломерулонефрита часто проявляется нефротическим синдромом?
	1. мезангиопролиферативный
	2. мезангиокапиллярный
	3. мембранозный
	4. минимальные изменения клубочков
	5. фибропластический
36. Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от острого?
37. наличие дизурических явлений
38. выраженная гипертрофия левого желудочка
39. уменьшение размеров почек
40. выраженная лейкоцитурия
41. снижение артериального давления
42. Какие признаки, характерные для хронического гломерулонефрита, позволяют отличить его от хронического пиелонефрита?
43. лихородка с ознобом
44. асимметрия поражения почек
45. симметрия поражения почек
46. высокая протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией
47. высокая лейкоцитурия, бактериурия
48. Показания к назначению кортикостероидов при хроническом гломерулонефрите:
49. высокая активность почечного процесса
50. нефротический синдром без гипертонии и гематурии
51. изолированная протеинурия
52. изолированная гематурия
53. гипертонический синдром
54. Показания к назначению цитостатиков при хроническом гломерулонефрите:
55. стероидорезистентные формы
56. активные формы нефрита
57. выраженная гематурия
58. изолированная протеинурия
59. терминальная почечная недостаточность
60. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит характеризуется следующим:
	1. быстро прогрессирующей почечной недостаточностью
	2. медленно прогрессирующей почечной недостаточностью
	3. лейкоцитурией
	4. микроскопической гематурией
	5. иногда, макроскопической гематурией
61. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит xfot характеризуется следующим:
	1. гломерулярной протеинурией, обычно умеренной
	2. обычно массивной протеинурией
	3. массивной микроскопической гематурией
	4. быстро прогрессирующей почечной недостаточностью
	5. медленно прогрессирующей почечной недостаточностью
62. Пролиферативными формами гломерулонефрита являются:
	1. IgA нефропатия
	2. нефропатия при системной красной волчанке
	3. мембранопролиферативный гломерулонефрит
	4. мембранозная нефропатия
	5. нефропатия при ANCA-ассоциированных васкулитах
63. Показания к назначению цитостатиков при хроническом гломерулонефрите:
	1. стероидозависимые формы
	2. активные формы нефрита
	3. выраженная гематурия
	4. изолированная протеинурия
	5. терминальная почечная недостаточность
64. У больных, которые принимают лечение цитостатиками, следует наблюдать за:
	1. уровнем креатинина
	2. лейкоцитами крови
	3. холестерином
	4. ЭКГ
	5. состоянием прозрачных сред глаз
65. Кортикостероиды, при лечении хронического гломерулонефрита, влияют на следующие патогенетические звенья:
	1. ингибируют синтез антител
	2. ингибируют воспалительные процессы
	3. блокируют активацию комплемента
	4. уменьшают проницаемость базальной мембраны клубочков
	5. уменьшают гиперкоагуляцию
66. При лечении хронического гломерулонефрита используются:
	1. кортикостероиды
	2. гепарин
	3. антиагреганты
	4. пенициллин
	5. цитостатики
67. Гломерулонефрит может проявляться:
	1. острым нефритическим синдромом
	2. нефротическим синдромом
	3. бессимптомными изменениями мочи
	4. хроническим нефритическим синдромом
	5. отсутствием каких-либо изменений
68. Какие утверждения, касательно острого гломерулонефрита, правдивы?
	1. артериальная гипертензия не характерна для начала гломерулонефрита
	2. энцефалопатия чаще встречается у детей
	3. атипичное течение заболевание чаще встречается у пожилых людей
	4. у пожилых людей, в клинической картине могут преобладать симптомы конгестивной сердечной недостаточности
	5. нефротическиий синдром встречается часто
69. Что из следующего является фактором неблагоприятного прогноза в течении быстропрогрессирующего гломерулонефрита?
	1. полулуния более чем в 60% клубочков
	2. выраженная протеинурия
	3. выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев
	4. гломерулосклероз и фиброзные полулуния
	5. полиурия
70. Какие утверждения, касательно IgА нефрита, правдивы?
	1. у большинства больных развивается нефротический синдром
	2. наиболее часто встречающееся клиническое проявление – бессимптомная гематурия
	3. чаще заболевают мужчины и дети
	4. существует тесная связь болезни с респираторными инфекциями
	5. патогномоничный признак – наличие отложений IgA в мезангии клубочков
71. Какие проявления не характерны для острого гломерулонефрита?
	1. стойкие боли в поясничной области
	2. жар с ознобом
	3. макрогематурия
	4. аллергия на лекарства
	5. циклическое течение
72. Гломерулонефрит может быть осложнением:
	1. системной красной волчанки
	2. геморрагического васкулита
	3. инфекционного эндокардита
	4. миеломной болезни
	5. стрептококковой ангины
73. Какие признаки являются характерными для гломерулонефрита?
	1. артериальная гипертензия
	2. боли в поясничной области
	3. изменения в моче
	4. отеки
	5. дизурия
74. При патогенетическом лечении хронического гломерулонефрита используются:
	1. глюкокортикоиды
	2. нестероидные противовоспалительные средства
	3. цитостатики
	4. антикоагулянты
	5. антибиотики
75. Показания к проведению пульс-терапии метилпреднизолоном:
	1. высокая активность патологического процесса
	2. быстропрогрессирующий гломерулонефрит
	3. криз отторжения почечного трансплантата
	4. выраженная артериальная гипертензия при хроническом гломерулонефрите
	5. анурия более 48 часов
76. Источниками воспалительных цитокинов при гломерулонефритах являются:
	1. мезангиальные клетки
	2. мононуклеарные лейкоциты
	3. тромбоциты
	4. полинуклеарные лейкоциты
	5. клетки костного мозга
77. Какие из следующих факторов оказывают прямое токсическое воздействие на канальцы и на почечный интерстиций при гломерулонефрите?
	1. протеинурия
	2. эритроцитурия
	3. трансферринурия
	4. гипоперфузия почечных канальцев
	5. инфекция мочевых путей
78. Гемодинамические инарушения при остром гломерулонефрите обусловлены:
	1. гиперволемией
	2. задержкой натрия и воды
	3. гиперренинемией
	4. повышением концентрации простагландинов
	5. сосудистым спазмом
79. Главную роль в патогенезе артериальной гипертензии при остром гломерулонефрите играют:
	1. задержкой натрия и воды
	2. повышением объема циркулирующей крови и ударного объема сердца
	3. констрикцией почечных артерий
	4. гиперкатехоламинемией
	5. повышением уровня кортизола в крови
80. В лечении хронического гломерулонефрита:
	1. из всех стероидных гормонов, предпочтительным является метилпреднизолон
	2. цитостатики используются во всех случаях
	3. цитостатики часто ухудшают функцию почек
	4. экстракорпоральные методы детоксикации играют вспомогательныю роль
	5. кортикостероиды используются во всех случаях
81. Какие характерные признаки хронического гломерулонефрита позволяют отличить его от эссенциальной гипертензии?
	1. повышение артериального давления, которое предшествует мочевому синдрому
	2. мочевой синдром, который предшествует повышению артериального давления
	3. частое развитие сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт)
	4. редкие гипертензивные кризы
	5. выраженные изменения глазного дна
82. По течению болезни, гломерулярные патологии бывают:
	1. первичными
	2. острые
	3. быстропрогрессирующие
	4. идиопатические
	5. хронические
83. Какие заболевания могут привести к острым вторичным гломерулярным нефропатиям?
	1. вирусный гепатит В
	2. малярия
	3. токсоплазмоз
	4. отложение IgA в мезангии
	5. β-гемолитический стрептококк
84. Острый постстрептококковый гломерулонефрит:
	1. чаще развивается у мужчин
	2. чаще развивается у женщин
	3. не выявлено преобладания одного пола над другим по частоте развития заболевания
	4. является самой частой формой постинфекционного гломерулонефрита
	5. патогенный агент - *Streptococcus pneumoniae*
85. Каковы показания для проведения биопсии при остром постстрептококковом гломерулонефрите?
	1. острый гломерулонефрит с олигурией или анурией
	2. стойкая артериальная гипертензия, продолжительностью более 4 недель
	3. первично выявленный острый гломерулонефрит
	4. стойкий нефротический синдром, продолжительностью более 4 недель
	5. все случаи оострого гломерулонефрита у детей
86. С патогенетической точки зрения, существуют следующие виды быстропрогрессирующего гломерулонефрита:
	1. с анти-мезангиальными антителами
	2. с антителами к базальной мембране клубочков
	3. с иммунными комплексами
	4. с анти-подоцитарными антителами
	5. малоиммунный
87. Какие иммунологические признаки наиболее характерны для подострого гломерулонефрита?
	1. гипокомплементемия
	2. нормальный уровень комплемента
	3. гиперкомплементемия
	4. наличие антител к базальной мембране клубочков
	5. уровень IgA, IgG, обычно остается в пределах нормы
88. В патогенетической иммуносупрессивной терапии хронических гломерулонефритов используются:
	1. преднизолон
	2. циклофосфамид
	3. метилпреднизолон
	4. аторвастатин
	5. азатиоприн
89. Диета при лечении хронических гломерулонефритов со смешанным нефротическим синдромом должна быть:
	1. гипонатриевой
	2. маложировой
	3. гипогликемической
	4. высокобелковой
	5. гиперкалорийной
90. Морфологическая классификация первичных гломерулярных нефропатий включает следующие формы:
	1. минимальные изменения клубочков
	2. фокально-сегментарный гломерулослероз
	3. мембранозная гломерулопатия
	4. тубулоинтерстициальная гломурулопатия
	5. мембранопролиферативная гломерулопатия
91. Клинические проявления *facies nephritica* включают:
	1. лицевой отек
	2. акроцианоз
	3. геморрагические высыпания на лице
	4. бледность кожных покровов
	5. набухание шейных вен
92. С этиологической точки зрения, гломерулярные нефропатии включают:
	1. острые гломерулярные нефропатии
	2. быстропрогрессирующие гломерулярные нефропатии
	3. вторичные гломерулярные нефропатии
	4. хронические гломерулярные нефропатии
	5. идиопатические гломерулярные нефропатии
93. Возможные пути течения острого постстрептококкового гломерулонефрита:
	1. выздоровление
	2. хронизация
	3. быстропрогрессирующее течение
	4. развитие септицемии
	5. развитие постстрептококкового эндокардита
94. Какие антигипертензивные препараты обладают также и антипротеинурическим эффектом, полезным при лечении хронического гломерулонефрита?
	1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	2. петлевые диуретики
	3. центральные антигипертензивные средства
	4. антагонисты рецепторов ангиотензина
	5. бета-блокаторы