

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Нефрология» (I категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/nefrolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Нефрология» (2300 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/nefrologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Патологическая анатомия» (1600 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/patologiya/>

Показаниями к амбулаторной консультации нефролога являются:

Д. верно все

А. протеинурия

Б. гематурия

В. снижение СКФ менее 60 мл/мин, или повышение выше нормы уровне креатинина или мочевины крови

Г. артериальная гипертензия (впервые выявленная в возрасте младше 40 или старше 60 лет или резистентная к лечению)

Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

В. Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин

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

Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.

Б. Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.

Д. ни один из перечисленных факторов

Основной причиной развития нефротического криза у больного с нефротическим синдромом является:

А. Употребление большого количества соли (натрия);

Б. Быстрое (в течение 72ч.) снижение уровня альбумина сыворотки крови менее 20 г/л;

В. Развитие «стероидного» диуреза со снижением ОЦК;

Г. Возникновение артериальной гипотензии;

Д. Снижение сердечного выброса.

Применение расчетных методов СКФ возможно при:

В. Вегетарианской диете;

А. Нестандартной массе тела (истощение, ожирение, ампутация конечностей);

Д. Хронической почечной недостаточности

Б. Беременности;

Г. Нарушении метаболизма в скелетных мышцах (пара- и квадриплегия, миодистрофии).

Нехарактерным для болезни минимальных изменений является следующий признак:

В. Артериальная гипертония

А. Селективная протеинурия

Б. Преимущественное развитие у детей

Г. Внезапное начало

Д. Хороший прогноз

Не является показанием для назначения иммуносупрессивной терапии у больных IgA-нефропатией:

Б. Умеренное снижение функции почек

В. Протеинурия более 3 г/с

А. Морфологические признаки активности болезни

Г. Изолированная гематурия

Д. Все перечисленное

Не характерно для синдрома Фанкони:

Б. Гипофосфатемия

В. Метаболический ацидоз

А. Гипокалиемия

Д. Олигурия

Г. Гиперкальциурия

Не характерно для острого интерстициального нефрита:

Д. Массивная лейкоцитурия

А. Лихорадка

Б. Эозинофилия

В. Гематурия

Г. Острая почечная недостаточность

О нефротическом синдроме у беременных можно говорить при концентрации сывороточного альбумина менее:

Б. 25 г/л

А. 20 г/л

В. 30 г/л

- Г. 35 г/л
- Д. 40 г/л

Тромботическая микроангиопатия представляет собой клинико-морфологический синдром, который проявляется:

- Б. тромбоцитопенией
- В. повышением уровня ЛДГ
- А. микроангиопатической гемолитической анемией
- Д. верно все
- Г. поражением ЦНС и почек

У больных с первичным и вторичным антифосфолипидным синдромом поражение почек может быть представлено:

- А. АФС-ассоциированной нефропатией
- Д. Всем вышеперечисленным
- Б. Тромбозом почечных вен
- В. Стенозом почечных артерий
- Г. Инфарктом почек

Нехарактерным для туберкулеза мочевой системы клиническим признаком являются:

- Г. субфебрилитет
- Д. изменения в моче в виде лейкоцитурии
- ноющие боли в области поясницы и изменения в моче в виде гематурии
- В. острая боль в животе

Отметьте наилучший вид постоянного сосудистого доступа для проведения процедур гемодиализа.

- Г. Одноходовой центральный венозный катетер
- А. Искусственный артериовенозный протез (Gore-tex)
- Б. Артериовенозная фистула
- В. Двухходовой центральный венозный катетер
- Д. Артериовенозный шунт (шунт Скрибнера)

Выделите форму острой почечной недостаточности (ОПН), которая является гиперкатаболической:

- Г. Преренальная
- А. Лекарственная
- В. Краш-синдром
- Б. Постренальная
- Д. Гепато-ренальный синдром

Нехарактерный для острого почечного повреждения симптом:

- А. Острое начало
- В. Уменьшенные размеры почек

- Б. Олигурия
- Г. Гиперкалиемия
- Д. Коллапс

Укажите наиболее частое осложнение острого почечного повреждения:

- В. Острые бактериальные инфекции
- А. Артериальная гипертония
- Б. Гипокалиемия
- Г. Застойная сердечная недостаточность
- Д. Вторичный гиперпаратиреоз

Основной критерий эффективности гемодиализа:

- уровень гемоглобина
- азот мочевины после ГД
- расчет показателя Kt/v
- уровень креатинина после ГД
- достижение «сухого» веса

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

- В. ХГН, обострение
- А. Острый гломерулонефрит
- Б. Острый пиелонефрит
- Г. Апостематозный нефрит
- Д. Амилоидоз почек

В соответствии с Российским законодательством возможен ли забор почек у живых людей:

- В. только у родственников реципиента
- А. возможен
- Б. невозможен
- Г. у знакомых реципиента
- Д. у любого желающего стать донором

Для лечения диабетической нефропатии применяются:

- А. Глюкокортикостероиды
- В. Цитостатики
- Б. Высокобелковая диета
- Г. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- Д. Верно все

При ХПН I стадии для купирования гипертонического криза нецелесообразно:

- Г. комбинация иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации) с индапамидом МВ
- А. комбинация $\alpha_1\beta$ -адреноблокаторов с иАПФ (с преимущественно печеночным

путем элиминации)

В. двойная блокада РААС с помощью комбинации ингибитора ренина алискирена с иАПФ или БРА

Б. комбинация АК II-III поколения с иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации)

Д. комбинация фозиноприла с индапамидом МВ

Установите соответствие между заболеванием печени и наиболее часто встречающимися вариантами поражения почек:

Варианты поражения почек:

А. Проксимальная канальцевая дисфункция;

Б. IgA-нефропатия;

В. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит;

Г. Мембранозная нефропатия.

Заболевание:

1. Хронический гепатит С;

2. Хронический гепатит В;

3. Алкогольная болезнь;

4. Болезнь Вильсона-Коновалова.

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б

1-В; 2-Б; 3-Г; 4-А

А) 1-В; 2-А; 3-Б; 4-Г

Установите соответствие между заболеванием и клиническими проявлениями:

Клинические проявления:

А. Контрактура Дюпюитрена;

Б. Узелковый полиартериит;

В. Гипертрофия околоушных слюнных желез;

Г. Триада Мельцера (прогрессирующая общая слабость, кожная пурпура и артралгии);

Д. Сочетание ХГН с поражением печени, поджелудочной железы, миокардиодистрофией.

Заболевание:

1. Хронический гепатит С;

2. Хронический гепатит В;

3. Алкогольная болезнь.

1-Г,Д; 2-Б; 3-А,В

1-Г; 2-Б, В; 3-А,Д

1-Д; 2-Б; 3-А,В,Г

1-Г; 2-Б; 3-А,В,Д

Установите соответствие между заболеванием и клиническими проявлениями:

Проявления:

А. Положительные маркеры HCV;

Б. Положительные маркеры HBV;

В. Криоглобулинемия;

Г. Кожная пурпура;

Д. Миалгии, миопатия;

Е. Триада Мельтцера (прогрессирующая общая слабость, кожная пурпура и артралгии).

Заболевание:

1. Геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха;

2. Узелковый полиартериит ;

3. Криоглобулинемический гломерулонефрит.

1-В,Г; 2-Б,Д; 3-А,Е

1-А,Г; 2-Б,Д; 3-В,Е

1-Г,Д; 2-Б,Д; 3-А,В,Е

1-Г; 2-Б,Д; 3-А,В,Г,Е

Укажите соответствие между этиологической принадлежностью ОПП и используемым методом лечения: Методы лечения:

А) Инфузионная ощелачивающая терапия;

Б) Гемодиализ;

В) Иммуносупрессивная терапия;

Г) Плазмаферез;

Д) Устранение острой обструкции мочевых путей,

Е) Гемодиализация.

Этиология ОПП:

1. Острая мочекишечная нефропатия,

2. БПГН,

3. Аллергический ОТИН,

4. Миоренальный синдром,

5. Острый миоглобинурийный нефроз,

6. Постренальная ОПП.

1- А, Б; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д

1- А; 2- Г; 3- Б, В; 4- Е; 5- А, Е; 6- Д

1- А, Б; 2- В, Г; 3- Б; 4- Е; 5- А, Е; 6- Д

1- А, Б; 2- В, Д; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Г

Установите соответствие между тактикой лечения и состоянием:

Заболевание:

А. Бессимптомная бактериурия у беременных;

Б. Бессимптомная бактериурия у больных сахарным диабетом;

В. Бессимптомная бактериурия у больных с трансплантацией почек;

Г. Бессимптомная бактериурия у больных перед инструментальными

исследованиями;

Д. Бессимптомная бактериурия у больных с мочевым катетером.

Лечение:

1. Требуется обязательного лечения антибактериальными препаратами;

2. Не требует лечения антибактериальными препаратами (только фитотерапия)

1- Б, В, Г; 2- А, Д

1- А, Г; 2- Б, В, Д

1- А, В, Г; 2- Б, Д

1- В, Г; 2- А, Б, Д

Соотнесите, какие варианты ХГН наиболее вероятны при указанных заболеваниях:

Заболевания:

А. Низкий вес при рождении,

Б. ВИЧ -инфекция,

В. Лимфомы,

Г. Атопия,

Д. Ожирение.

Вариант поражения почек:

1. Минимальные изменения,

2. ФСГС

1- В, Г, Д; 2- А, Б, Д

1-Б, В, Г; 2- А, Д

1- В, Г; 2- А, Б, Д

1- А, В, Г; 2- А, Б, Д

Укажите, какие из перечисленных признаков характеризуют полную и неполную ремиссии при Болезни минимальных изменений.

Признаки:

А. Снижение протеинурии на 50% от исходной и нормализация уровня альбумина крови;

Б. Снижение протеинурии на 50% от исходной и исчезновение отеков;

В. Протеинурия менее 0,3 г/сут;

Г. Протеинурия 0,3 - 3,5 г/сутки.

Тип ремиссии:

1. Неполная ремиссия;

2. Полная ремиссия.

1-А,Г; 2-В

1-А; 2-В,Г

1-Г; 2-А,В

1-А,В; 2-Г

Соотнесите стадию ХПН с необходимыми при ее достижении лечебными

мероприятиями:

Лечебные мероприятия:

- А. Диета с содержанием белка 0,8 г/кг/сут;**
- Б. Диета с содержанием белка 0,6 г/кг/сут;**
- В. Ингибиторы АПФ и/или БРА,**
- Г. Ингибиторы АПФ с преимущественно печеночным путем элиминации изолированно или в сочетании с БКК недигидропиридинового ряда,**
- Д. Монотерапия БКК недигидропиридинового ряда,**
- Е. Энтеросорбенты,**
- Ж. Фосфатсвязывающие препараты,**
- З. Активные метабилиты витамина D;**
- И. Препараты эпоэтина и железа;**
- К. Тиазидоподобные диуретики;**
- Л. Петлевые диуретики;**
- М. Диализные методы лечения.**
- Н. Эссенциальные аминокислоты и их кетоаналоги.**

Стадия ХПН:

1. ХБП 3 А (ХПН I А);

2. ХБП 3Б (ХПН I Б);

3. ХБП 4 (ХПН II);

4. ХБП 5 (ХПН III);

5. ХБП 5Д (терминальная ХПН)

1- А, В, К; 2- Б, Г, Е, Л, Н; 3- Б, Д, Е, Ж, З, И, Л, Н; 4- Б,Д, И, Л, Н; 5- Ж, З, И, М

1- А, В, К; 2- Г, Е, Л, Н; 3- Б, Д, Е, Ж, З, И; 4- Б,Д, И, Н; 5- Ж, З

1- А, В, К; 2- Б, Г, Н; 3- Б, Д, Е, Ж, З, Л, Н; 4- Б,Д, И, Н; 5- З, И, М

1- А, В, К; 2- Б, Г, Е, Л, Н; 3- Д, Е, З, И, Л, Н; 4- Б,Д, И, Л, Н; 5- Ж, И, М

Установите соответствие между состоянием, при котором применение данного препарата нерационально:

Препарат:

А. Эналаприл,

Б. Гипотиазид.

Состояние:

1. Выраженное нарушение функции почек (СКФ менее 30 мл/мин),

2. Двухсторонний стеноз почечных артерий,

3. Гиперкалиемия.

1-А,Б; 2-Б; 3-А

1-А,Б; 2-А; 3-А

1-А,Б; 2-А; 3-Б

1-Б; 2-А; 3-А

Перечислите показания к госпитализации в нефрологический стационар:

А. Олигурия, анурия

- Д. верно все
- Б. Быстро прогрессирующее снижение функции почек
- В. Впервые выявленное нарушение функции почек
- Г. Нефротический синдром

Какие из перечисленных групп антигипертензивных препаратов усугубляют гиперурикемию у пациентов с хронической болезнью почек:

- А. антагонисты кальция;
- Г. диуретики;
- Б. альфа-адреноблокаторы;
- В. ингибиторы АПФ;
- Д. ничего из перечисленного.

На современном этапе выделяют стадий хронической болезни почек (ХБП):

- 3
- 5
- 2
- 1
- 7

Какое из перечисленных ниже заболеваний почек является наиболее частой причиной терминальной почечной недостаточности?

- Г. мочекаменная болезнь;
- А. анальгетическая нефропатия;
- В. диабетическая нефропатия;
- Б. поликистозная болезнь почек;
- Д. волчаночный нефрит.

Одно из утверждений, касающихся ортостатической протеинурии, неверно. Назовите его.

- В. У большинства пациентов развивается почечная недостаточность
- А. Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента
- Б. У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия
- Г. Суточная протеинурия не превышает 1г.
- Д. Справедливы все перечисленные положения

Выделите неверное положение для острого постстрептококкового ГН:

- Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей
- А. Гипертония необычна для дебюта болезни
- В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков
- Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения
- Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

Выделите фактор, не являющийся прогностически неблагоприятным при

быстро прогрессирующем гломерулонефрите.

Д. Олигурия

А. Полулуния более чем в 80% клубочков

Б. Макрогематурия

В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев

Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния

Не относятся к побочным действиям цитостатиков следующие состояния:

В. Инфекционные осложнения

А. Лейкопения

Д. Экзогенный гиперкортицизм

Б. Алоpecia

Г. Гонадотоксичность

Неправильные положения, касающиеся пиелонефрита:

А. Часто развивается в детском возрасте

Г. Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек

Б. Возникает на почве нарушенного пассажа мочи

В. Часто развивается во время беременности

Д. Показана антибактериальная терапия

Больному с подагрической нефропатией рекомендуется:

В. Диета с исключением пуринов

А. Обильное питье

Г. Все перечисленное

Б. Прием ощелачивающих средств

Д. Ни одно из перечисленных мероприятий.

Абсолютным показанием к прерыванию беременности с точки зрения нефролога является:

А. ПУ более 1г/л + сывороточный креатинин 100-150 мкмоль/л

Г. уровень креатинина более 200 мкмоль/л в момент зачатия

Б. эритроцитурия более 2000 в мл при нормальном уровне креатинина

В. ПУ более 2 г/л + АД выше 140/90 мм.рт.ст. при нормальном уровне креатинина

Д. ПУ более 3г/л при нормальном уровне креатинина

Показания к началу заместительной почечной терапии:

Гиперкалиемия

Уремическая прекома

Снижение скорости КФ менее 10 мл/мин

Верно все

Гипергидратация с неконтролируемой гипертензией с признаками хронической сердечной недостаточности, начинающегося отека легких.

Основной механизм развития ренальной анемии, все кроме:

- Г. хроническая кровопотеря на гемодиализе
- Б. влияние уремических токсинов
- А. дефицит витамина В 12
- В. метаболический ацидоз
- Д. дефицит эритропоэтина

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

Наиболее вероятен диагноз:

- Г. Хронический гломерулонефрит
- А. Наследственный нефрит
- Б. Периодическая болезнь, АА амилоидоз
- В. Системная красная волчанка
- Д. Хронический панкреатит

Причины резистентности к эритропоэтину :

- инфекция/воспаление
- злокачественные новообразования:
- дефицит железа
- верно все
- вторичный гиперпаратиреоз

Длительность антибактериального лечения диализного перитонита, вызванного грамположительной флорой, составляет:

- В. 10 дней
- А. 3-4 дня
- Г. 14 дней
- Б. 5-7 дней
- Д. 21 день

При ХПН III стадии с гиперфосфатемией, персистирующей гиперкальциемией и повышением уровня иПТГ более 300 пг/мл нецелесообразно:

- монотерапия альфакальцидолом
- применение несодержащих кальций фосфатсвязывающих препаратов (например, севеламера гидрохлорида)
- комбинации севеламера гидрохлорида и парикальцитолом
- комбинации севеламера гидрохлорида с цинакальцетом
- комбинации севеламера гидрохлорида с парикальцитолом и цинакальцетом

Какая клиническая ситуация соответствует очень высокому комбинированному риску прогрессирования ХПБ и развития сердечно-сосудистых осложнений (KDIGO, 2012)?

Альбуминурия 450 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м²

Верно все

Альбуминурия 5 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м²

Альбуминурия 400 мг/г, СКФ 55 мл/мин/1,73 м²

Альбуминурия 150 мг/г, СКФ 40 мл/мин/1,73 м²

Соотнесите различные виды терапевтического воздействия с показаниями к их применению при ИГ-А нефропатии: Показания к назначению:

А. Протеинурия >1,0 г/сут и СКФ>50 мл/мин на 1,73м²;

Б. Персистирующая протеинурия < 1 г/сут;

В. ИГ-А нефропатия с полулуниями и быстрым снижением функции почек.

Виды терапевтического воздействия:

1. Лечение ингибиторами АПФ или блокаторами рецепторов ангиотензина II без иммуносупрессии;

2. 6-месячный курс монотерапии стероидами;

3. сочетание кортикостероидов с циклофосфамидом или азатиоприном.

1-А; 2-Б; 3-В

1-Б; 2-А; 3-В

1-Б; 2-В; 3-А

А) 1-А; 2-В; 3-Б

Укажите соответствие между клиничко-лабораторным показателем и характером поражения почек:

Показатель:

А. Изостенурия;

Б. Никтурия;

В. Повышение уровня креатинина;

Г. Олигурия, анурия;

Д. Протеинурия и эритроцитурия;

Е. Тромбоцитопения и повышение активности ЛДГ.

Заболевание почек:

1. Острое повреждение почек;

2. Хроническая почечная недостаточность;

3. Тубулоинтерстициальный нефрит и острое повреждение почек;

4. Тромботическая микроангиопатия и острое повреждение почек.

1- А,В, Г; 2- Б, В; 3- В, Д; 4- В, Е

1- В, Г; 2- А, Б; 3- В, Д; 4- Г, Е

1- В, Г; 2- А, Б, В; 3- В, Д; 4- В, Г, Е

1- В, Г; 2- А, Б, В; 3- В, Д; 4- Е

Укажите при каких состояниях выявляются данные осложнения:

Вид осложнений:

А. Тромбозы,

Б. Рецидивирующие инфекции,

- В. Сахарный диабет,**
- Г. Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки,**
- Д. Остеопороз.**

Состояния:

- 1. Нефротический синдром,**
- 2. Терапия глюкокортикостероидами**

1- А, В, Д; 2- А, Б, Г, Д

1- А, Б, Д; 2- Б, В, Г

1- А, В, Д; 2- А, Б, В, Г, Д

1- А, Б, Д; 2- А, Б, В, Г, Д

Установите соответствие между заболеванием почек и характерными для него признаками:

Признаки:

- А) Олигурия, анурия;**
- Б) Полиурия;**
- В) Моча обычного цвета, кровянистая;**
- Г) Моча бесцветная;**
- Д) Периферические отеки часто;**
- Е) Периферические отеки не характерны;**
- Ж) Размер почек (УЗИ) нормальный;**
- З) Размер почек (УЗИ) уменьшен;**
- И) Прирост креатинина крови более 0,5 мг/дл/сут;**
- К) Прирост креатинина крови 0,3-0,5 мг/дл/мес;**
- Л) Почечный анамнез отсутствует;**
- М) Почечный анамнез многолетний.**

Заболевание:

- 1. ОПП;**
- 2. ХПН.**

1- А, В, Д, Ж, И, Л; 2- Б, Г, Е, З, К, М

1- Б, Г, Д, Ж, И, Л; 2- А, В, Е, З, К, М

1- А, В, Д, Ж; 2- Б, Г, Е, З, К, И, Л, М

1- А, В, Д, Ж, И, К, М; 2- Б, Г, Е, З, К, Л, М

Установите соответствие между комбинированным риском развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и клинической ситуацией.

Клиническая ситуация:

- А. Мужчина 61 года, АД 140/90 мм рт.ст., альбуминурия 20 мг/г, показатели общего анализа мочи в норме, СКФ 58 мл/мин/1,73 м²;**
- Б. Женщина 65 лет, АД 135/85 мм рт.ст., протеинурия 0,8 г/л, СКФ 75 мл/мин/1,73 м²;**
- В. Мужчина 41 года, АД 120/80 мм рт.ст., альбуминурия 5 мг/г, показатели общего**

анализа мочи в норме, СКФ 68 мл/мин/1,73 м²;

Г. Женщина 45 лет, АД 140/90 мм рт.ст., протеинурия 1,0 г/л, СКФ 40 мл/мин/1,73 м²;

Д. Юноша 18 лет, АД 120/80 мм рт.ст., протеинурия 0,3 г/л, микрогематурия 35-40 в п/з, СКФ 120 мл/мин/1,73 м²;

Е. Мужчина 68 лет, АД 160/100 мм рт.ст., протеинурия 0,6 г/л, СКФ 34 мл/мин/1,73 м².

Комбинированный риск ТПН и ССО:

1. низкий;
2. умеренный ;
3. высокий;
4. очень высокий.

1 – Б,В; 2 – Д; 3 – А,Б; 4 – Г, Е.

1 – Г, В; 2 – А,Д; 3 – Б,Д; 4 – Г, Е.

1 – А, В; 2 – Д; 3 – Б; 4 – Г, Е.

1 – В; 2 – А,Д; 3 – Б; 4 – Г, Е.

Установите соответствие между медицинским заключением о наличии хронической болезни почек (ХБП) и клинической картиной:

Клиническая картина:

А. Мужчина 36 лет, получает лечение гемодиализом;

Б. Женщина 65 лет, АД 130/80 мм рт.ст., протеинурия 0,8 г/л, СКФ 65 мл/мин/1,73 м²;

В. Мужчина 61 года, АД 150/85 мм рт.ст., альбуминурия 5 мг/г, показатели общего анализа мочи в норме, СКФ 68 мл/мин/1,73 м²;

Г. Женщина 45 лет, АД 140/90 мм рт.ст., протеинурия 1,0 г/л, СКФ 25 мл/мин/1,73 м²;

Д. Юноша 18 лет, АД 150/95 мм рт.ст., протеинурия 2,9 г/л, микрогематурия 35-40 в п/з, СКФ 99 мл/мин/1,73 м²;

Е. Мужчина 69 лет, АД 180/110 мм рт.ст., протеинурия 0,03 г/л, СКФ 34 мл/мин/1,73 м²;

Ж. Женщина 45 лет, АД 120/80 мм рт.ст., альбуминурия 8 мг/г, показатели общего анализа мочи в норме, СКФ 115 мл/мин/1,73 м².

ХБП:

1. ХБП отсутствует;
2. Группа риска ХБП;
3. ХБП С1 А3;
4. ХБП С2 А3;
5. ХБП С3б А2;
6. ХБП С4 А3;
7. ХБП С5Д.

1 – Д; 2 – В; 3 – Ж; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – А.

1 – Ж; 2 – В; 3 – Д; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – А.

1 – Ж; 2 – Г; 3 – Д; 4 – Б; 5 – Е; 6 – В; 7 – А.

1 – Ж; 2 – В; 3 – Д; 4 – А; 5 – Е; 6 – Г; 7 – Б.

Установите соответствие между типичными клиническими проявлениями нефропатии и заболеваниями почек:

Заболевание:

- А. АА-амилоидоз;**
- Б. АL-амилоидоз;**
- В. Диабетическая нефропатия;**
- Г. Острый гломерулонефрит;**
- Д. Мембранозная нефропатия.**

Лабораторный показатель:

- 1. Нефротический синдром;**
- 2. Артериальная гипертония;**
- 3. Сохраняющийся нефротический синдром при развитии ХПН;**
- 4. Скудный мочевой осадок.**

1-А,Б,; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-А,В,Д

1-А,Б,В,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-А,Б,В,Д

1-А,Б,В; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-Б,В,Д

1-А,Б,В,Д; 2-В,Г; 3-Б,В; 4-Б,В,Д

Установите соответствие между вариантом нефротического синдрома и его клиническими проявлениями: Клинические проявления:

- А. Объем циркулирующей крови снижен,**
- Б. Объем циркулирующей крови повышен,**
- В. Артериальная гипертония,**
- Г. Артериальная гипотензия,**
- Д. Индекс активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы менее 60%,**
- Е. Индекс активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы более 60%,**
- Ж. Резкое снижение фракционной экскреции натрия (менее 0,5%).**

Вариант нефротического синдрома:

- 1. Гиповолемический,**
- 2. Гиперводемический.**

1-А, Г, Е, Ж; 2- Б, В, Д

1-Б, Г, Е, Ж; 2- А, В, Д

1-А, Г, Е; 2- Б, В, Д, Ж

1-А, Б, В; 2- Г,Д, Е, Ж

Решение об удалении перитонеального катетера принимают

- Б. При неэффективности антибиотикотерапии;**
- В. При рецидивирующей инфекции места выхода катетера с тем же микроорганизмом**
- А. В случае рецидива перитонита с тем же микроорганизмом;**

- Г. При любом из вышеперечисленных осложнений
- Д. Ни при одном из вышеперечисленных осложнений

Осложнениями острого пиелонефрита являются:

- Б. Эндотоксемический шок
- В. Острая почечная недостаточность
- А. Поражение противоположной почки
- Д. Все вышеперечисленное верно
- Г. Сепсис

Какой уровень альбуминурии по современной международной классификации считают «оптимальным»:

- Б. < 10 мг/сут
- А. < 30 мг/сут
- В. 30-300 мг/сут
- Г. >300 мг/сут
- Д. 300 мг/сут

Выделите из перечисленных вариантов гломерулонефрита (ГН) такой, для которого наименее характерна микрогематурия.

- А. Болезнь минимальных изменений
- Б. Мембранозный нефрит
- В. Мезангиопролиферативный нефрит
- Г. Мембранопролиферативный нефрит
- Д. Волчаночный нефрит

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

- Г. 1 мг
- А. 0,3 - 0,4 мг
- Б. 0,5 - 0,6 мг
- В. 0,7 - 0,8 мг
- Д. 3 мг

К наследственным гломерулярным нефропатиям относится все кроме:

- Б. Синдром Альпорта
- А. Синдром Аспергера
- В. Синдром «нейл-пателла»
- Г. Синдром Пирсона
- Д. Синдром Бартера

Нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом (АФС) – это:

- В. Острый канальцевый некроз, вызванный тромбозом мелких внутриспочечных сосудов
- Г. Инфаркт почки

- Б. Иммунокомплексный нефрит, обусловленный воздействием антител к фосфолипидам
- А. Хроническая ТМА с рецидивами острых тромбозов сосудов микроциркуляторного русла почек (острой ТМА)
- Д. Все вышеперечисленное

Для лечения тромбоза почечных вен, осложнившего нефротический синдром, антикоагулянты нужно применять:

- Г. До купирования нефротического синдрома
- А. 2 недели.
- Б. 4 недели
- В. 3-6 месяцев
- Д. Не применять

Нецелесообразно при гепаторенальном синдроме:

- Б. вводить альбумин
- В. альбуминовый диализ
- А. вводить аналоги вазопрессина
- Г. применять салуретики
- Д. имплантировать TIPS (трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный стент)

У больных ХБП IV стадией прием внутрь кетоаналогов аминокислот вызывает:

- Б. повышение концентрации бикарбонатов плазмы
- В. снижение скорости деградации белка
- А. уменьшение абсорбции фосфатов в желудочно-кишечном тракте и повышение абсорбции кальция
- Д. верно все
- Г. уменьшение частоты и длительности госпитализаций

Для иммуносупрессии при АТП применяют:

- Б. Микофеноловая кислота
- В. Циклоспорин
- А. Такролимус
- Д. все выше перечисленное
- Г. Преднизолон

Осложнения на перитонеальном диализе

- Б. туннельные инфекции
- В. кальцификация брюшины
- А. перитонит
- Д. все выше перечисленное
- Г. сердечнососудистые осложнения

У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого

бокового отдела живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

- В. Тромбофлебит подкожных вен
- Г. Узловатая эритема
- А. Рожеподобная эритема при нефротическом кризе
- Б. Рожистое воспаление кожи
- Д. Опоясывающий лишай

При обследовании пациента 40 лет выявлены следующие показатели: артериальное давление 140/90 мм рт.ст. протеинурия 1,5 г/л, эритроцитурия 4-6 в п/з, удельный вес мочи 1020, скорость клубочковой фильтрации 48 мл/мин/1,73 м², указанные изменения сохраняются по данным повторных обследований не менее 3 месяцев. По данным ультразвукового исследования размеры почек - справа 100 x 50, паренхима 12 мм, слева 105 x 55, паренхима 12 мм; паренхима обеих почек гиперэхогенна, кортико-медуллярная дифференцировка нарушена. О какой стадии ХБП может идти речь?

- Г. 4
- А. 1
- В. 3
- Б. 2
- Д. 5

При обследовании пациента 45 лет выявлены следующие показатели: артериальное давление 140/90 мм рт.ст. протеинурия 0,05 г/л, эритроцитурия 1-2 в п/з, удельный вес мочи 1012, скорость клубочковой фильтрации 85 мл/мин/1,73 м², указанные изменения сохраняются по данным повторных обследований не менее 3 месяцев. По данным ультразвукового исследования размеры почек увеличены, обнаруживаются множественные тонкостенные гипоэхогенные образования с однородным содержимым. О какой стадии хронической болезни почек может идти речь?

- Г. 4
- А. 1
- Б. 2
- В. 3
- Д. 5

Установите соответствие между препаратами и возможностью их применения при беременности:

Препарат:

- А. Ингибиторзащищенные пенициллины (амоксиклав и др.);
- Б. Фторхинолоны;
- В. Тетрациклины;

Г. Цефалоспорины II, III поколения.

1. возможно применение

2. противопоказан

1 – А,В,Г; 2 – Б

1 – А,Б; 2 – В, Г

1 – А,Г; 2 – Б,В

1 – А; 2 – Б,В,Г

Соотнесите клинические проявления с представленными нозологическими формами поражения почек:

Нозологии:

А. Мембранозная нефропатия;

Б. Болезнь минимальных изменений;

В. Мезангиокапиллярный ГН;

Г. Амилоидоз почек;

Д. Острый постстрептококковый ГН;

Е. Мочекаменная болезнь.

Клинические проявления:

1. Изолированный нефротический синдром;

2. Остронефритический синдром;

3. Гематурия.

1-А, Б, Г; 2- В, Д; 3- В, Д, Е

1-А, Б, Г; 2- В; 3- Д, Е

1-А, Г; 2- Б Д; 3- В, Д, Е

1-А, Б,Д; 2- В, Д; 3- В, Е

Укажите клинические признаки, соответствующие острому постстрептококковому гломерулонефриту (ОПСГН) и острому тубулоинтерстициальному нефриту:

Клинические проявления:

А. Протеинурия разной степени выраженности, в том числе нефротического уровня;

Б. Канальцева протеинурия, не превышающая 2 г/сут;

В. Микрогематурия;

Г. Макрогематурия;

Д. Отеки;

Е. Объемзависимая АГ;

Ж. Канальцевые расстройства;

З. Снижение СКФ.

Нозологическая форма поражения почек:

1. Острый постстрептококковый ГН;

2. Острый тубулоинтерстициальный нефрит.

1- А, Г, Д, Е, З; 2-Б,В,Ж

1- А, Г, Д, Е; 2-Б,В,Ж,З

1- А,В, Г, Д, Е, З; 2-Б,В,Ж,З

1- А,В, Д, Е, З; 2-Б,В,Г,Ж,З

Установите соответствие между типом почечного канальцевого ацидоза (ПКА) и характерными клиническими проявлениями: Клинические проявления:

А. Обусловлен дефектом дистальной секреции ионов водорода H⁺;

Б. Обусловлен дефектом реабсорбции канальцами бикарбонатов HCO₃⁻;

В. Щелочная реакция мочи;

Г. Невозможность снижать рН мочи ниже 5,5 после нагрузки хлоридом аммония;

Д. Высокая фракционная экскреция бикарбонатов с мочой (более 15%).

Тип ПКА:

1. ПКА I типа (дистальный);

2. ПКА II типа (проксимальный).

1- Б, В, Г; 2- А, В, Д

1- А, Г; 2- Б, В, Д

1- А, В, Г; 2- Б, В, Д

1- А, В, Д; 2- Б, В, Г

Установите соответствие между столбцами:

Стадиям ХБП от 1 до 5 соответствует скорость клубочковой фильтрации (мл/мин):

Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин:

А. больше 90;

Б. 89-60;

В. 59-30;

Г. 29-15;

Д. меньше 15.

Стадии ХБП:

1. V,

2. IV,

3. III,

4. II,

5. I.

1-Д; 2-Г; 3-В; 4-Б; 5-А

1-Г; 2-Д; 3-В; 4-Б; 5-А

1-Д; 2-Г; 3-Б; 4-В; 5-А

1-Д; 2-Г; 3-В; 4-А; 5-Б

Соотнесите причины поражения почек при инфекционном эндокардите с характерными для них видами поражения почек:

Вид поражения почек:

А. Инфаркт почки;

Б. Абсцессы почек;

- В. Быстропрогрессирующий ГН;**
- Г. Острый интерстициальный нефрит.**

Причина поражения почек:

- 1. Тромбоэмболия из вегетаций;**
- 2. Иммунное воспаление;**
- 3. Лекарственное поражение;**
- 4. Бактериемия с метастатическими очагами в органах.**

1- А; 2- В; 3- Б; 4- Г

1- А; 2- В; 3- Г; 4- Б

1- А; 2- Г; 3-В; 4- Б

1- Г; 2- В; 3- Г; 4- А

Установите соответствие между видами канальцевых дисфункций с гипокалиемией и характерными клиническими проявлениями.

Клинические проявления:

А. Нормальное АД, гипокалиемия, гипомагниемия, гипокальциурия, метаболический алкалоз, гиперурикемия;

Б. Тяжелая АГ, нормальная или сниженная концентрация альдостерона и ренина, гипокалиемия, метаболический алкалоз с одновременной задержкой натрия;

В. Нормальное АД, гипокалиемия, метаболический алкалоз, гиперурикемия, повышение активности ренина и альдостерона.

Тип канальцевой дисфункции:

1. Синдром Бартера;

2. Синдром Гительмана;

3. Синдром Лиддла (псевдогиперальдостеронизм).

1-А; 2-В; 3-Б

1-В; 2-А; 3-Б

1-Б; 2-А; 3-В

1-В; 2-Б; 3-А

Перечислите клинико-лабораторные признаки туберкулеза почек:

Гигантские клетки Пирогова –Лангханса при биопсии слизистой мочевого пузыря

Асептическая лейкоцитурия

Все перечисленные

Стойко кислая реакция мочи

округлые, эхонегативные образования, окруженные плотной капсулой с

неоднороднымсодержимым, кальцификатами

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

ХГН в стадии уремии

Миеломная болезнь

Вторичный амилоидоз с поражением почек
Хронический пиелонефрит
Поликистоз почек

Диагностические критерии хронической болезни почек:

- А. повышение концентрации креатинина или мочевины в крови;
- В. наличие маркеров почечного повреждения и/или снижение скорости клубочковой фильтрации до уровня <60 мл/мин/1,73 м², которые сохраняются не менее 3 месяцев;
- Б. обнаружение альбуминурии ≥ 30 мг/л;
- Г. все перечисленное выше;
- Д. ничего из перечисленного.

Укажите, какой из перечисленных препаратов противопоказан при двухстороннем гемодинамически значимом стенозе почечных артерий:

- Б. лозартан;
- В. капотен;
- А. рамиприл;
- Г. все перечисленные;
- Д. ни один из перечисленных.

Терапии стероидами показана при следующих заболеваниях:

- А. Тромботическая микроангиопатия
- Г. Активный волчаночный нефрит
- Б. ХГН латентного типа
- В. Амилоидоз с поражением почек
- Д. Диабетическая нефропатия

Выделите неверное положение для экстракапиллярного ГН.

- В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на БМК при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
- А. Возможен антительный механизм развития
- Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко
- Б. Возможен иммунокомплексный механизм развития
- Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах ГН

Острая мочекислая нефропатия может развиваться при:

- Г. При всех перечисленных состояниях
- А. Распаде опухолей
- Б. Лечении опухолей цитостатиками
- В. Радиационной терапии
- Д. Ни при одном из перечисленных состояний

Уровень физиологической ПУ у беременных не превышает:

- Г. 1,0г/сут

- А. 0,1г/сут
- Б. 0,3г/сут
- В. 0,5г/сут
- Д. 3,5 г/сут

Нецелесообразно при ОПП вследствие отравления метанолом:

- В. гемосорбция
- А. этиловый спирт
- Б. фолиевая кислота
- Г. гемодиафильтрация
- Д. инфузия гидрокарбоната натрия

Больная 57 лет, получающая лечение программным ГД, утром после пробуждения отметила отсутствие характерного шума над областью АВФ. Назовите наиболее вероятную причину тромбоза АВФ у этой больной.

- Б. Позиционное сдавление фистульной руки во сне
- А. Артериальная гипотония
- В. Артериальная гипертензия
- Г. Вторичный гиперпаратиреоз
- Д. Анемия

Объем шунтового кровотока по АВФ зависит от:

- А. диаметра анастомоза
- Б. диаметра артерии
- В. диаметра вены
- Г. сердечного выброса
- Д. толщины межжелудочковой перегородки

При ХПН II стадии нецелесообразно применение:

- Б. тиазидоподобных диуретиков
- В. петлевых диуретиков
- А. тиазидных диуретиков
- Г. спиронолактонов
- Д. диуретиков растительного происхождения

Назовите современные фарм.препараты для лечения метаболического синдрома

- В. Сибутрамин (меридия)
- А. Диабетологические препараты
- Д. верно все
- Б. Ксеникал
- Г. Блокаторы РААС

При обследовании пациента 60 лет, не менее 10 лет страдающего гипертонической болезнью, выявлены следующие показатели: артериальное давление 150/90 мм рт.ст. протеинурия 0,03 г/л, эритроциты 0-1 в п/з, удельный вес мочи 1018, скорость

клубочковой фильтрации 75 мл/мин/1,73 м², указанные изменения сохраняются по данным повторных обследований не менее 3 месяцев. По данным ультразвукового исследования размеры почек - справа 110 x 55, паренхима 15 мм, слева 111 x 56, паренхима 15 мм. Какое заболевание наиболее вероятно на основании имеющихся данных?

Гипертоническая болезнь с поражением почек (гипертоническая нефропатия)

Хронический пиелонефрит

Хронический гломерулонефрит

Ишемическая болезнь почек

Хронический интерстициальный нефрит

Установите соответствие между заболеванием почек и возможностью пролонгирования беременности:

Заболевание:

А. Тяжелая АГ, резистентная к терапии;

Б. почечная недостаточность (креатинин сыворотки на момент зачатия > 2 мг/дл);

В. Нефротический синдром;

Г. Рецидивирующая мочевиная инфекция.

Беременность:

1. Абсолютно противопоказанна;

2. Относительно противопоказана;

3. Возможна.

1А; 2- Б,В; 3- Г

1А,Б; 2-В; 3- Г

1-Б, В; 2-А; 3- Г

1А,Г; 2-Б,В; 3- Г

При обследовании больных ХПН для уточнения характера и причин анемии необходимо исследовать ряд показателей периферической крови:

Показатели:

А. Гемоглобин,

Б. Эритроцитарные индексы: MCV (средний объем эритроцита), MCH (средняя концентрация Hb),

В. Ретикулоциты,

Г. Процент гипохромных эритроцитов, насыщение трансферрина, гемоглобин, ретикулоциты,

Д. Ферритин.

Цель исследования:

1. Эритропоэтическая активность,

2. Биодоступность железа,

3. Степень анемии,

4. Запасы железа,

5. Тип анемии.

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-Д; 5-А

1-Г; 2-В; 3-А; 4-Д; 5-Б

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Д; 5-Б

1-В; 2-А; 3-Г; 4-Д; 5-Б

Сопоставьте клиническую ситуацию у беременных и наиболее вероятный диагноз:

Клиническая ситуация:

А. Повышение артериального давления, уменьшение количества мочи,

протеинурия более 1,0г/л, отеки, в отсутствие заболеваний почек в анамнезе;

Б. Резкое повышение артериального давления, внезапное ухудшение зрения, судороги, головные боли.

В. Щелочная реакция мочи, протеинурия 0,165г/л, лейкоцитурия, бактериурия, субфебрилитет;

Г. Дилатация чашечек, лоханок, мочеточника, люмбалгии

Диагноз:

1. Пиелонефрит беременных;

2. Нефропатия беременных;

3. Пиелозктазия/гидроуретеронефроз беременных;

4. Эклампсия беременных.

1-Г; 2-А; 3-В; 4-Б

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б

1-А; 2-В; 3-Г; 4-Б

1-В; 2-А; 3-Г; 4-Б

Скорость кровотока через нормально функционирующую нативную артериовенозную фистулу составляет:

600 мл/мин

250 мл/мин

300 мл/мин

1000 мл/мин

1500 мл/мин

Соотнесите представленные нозологические формы поражения почек с характеристикой встречающейся при них гематурии:

Характеристика гематурии:

А. Измененные эритроциты при фазово-контрастной микроскопии осадка мочи,

Б. Неизмененные эритроциты при фазово-контрастной микроскопии осадка мочи,

В. Тотальная гематурия по данным двух-или трехстаканной пробы,

Г. Инициальная гематурия по данным двух-или трехстаканной пробы,

Д. Безболевая гематурия в сочетании с протеинурией менее 1 г/л, кристаллурией, снижением относительной плотности мочи, гиперурикозурией,

Е. Болевая односторонняя гематурия, сопровождающаяся лихорадкой, анемией, ускорением СОЭ.

Заболевание:

- 1. Рак паренхимы одной из почек,**
- 2. Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит.**

1-Б, Е; 2-А, В, Д

1-Б, В, Е; 2-А,Б, В, Д

1-Б, В,Д; 2-А, В, Е

1-А,Б, В, Е; 2-Б, Д

Укажите, что является фактором риска развития хронической болезни почек:

- Б. злоупотребление анальгетиками;
- В. низкая масса тела при рождении (гипотрофия);
- А. заболевания почек у прямых родственников обследуемого;
- Д. все перечисленное выше.
- Г. артериальная гипертония;

Укажите, в каком случае при одном и том же уровне сывороточного креатинина скорость клубочковой фильтрации самая низкая:

- Б. у пожилой женщины
- А. у молодого мужчины;
- В. у пожилого мужчины
- Г. У молодой девушки
- Д. во всех случаях скорость клубочковой фильтрации будет одинаковой

Главное патофизиологическое звено нефротического криза:

- Г. Надпочечниковая недостаточность
- А. Гиперкалиемия
- В. Гиповолемия, снижение ОЦК
- Б. Гипернатриемия
- Д. Гипокальциемия

Самым ранним признаком поражения почек при ожирении является:

- А. появление микроальбуминурии
- Г. развитие гиперfiltrации
- Б. формирование нефротического синдрома
- В. увеличение размеров почек
- Д. Верно все

При камне нижней трети мочеточника, нарушающем уродинамику, характерной локализацией и иррадиацией боли является:

- А. поясничная область без иррадиации
- Д. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы.
- Б. подреберье с иррадиацией под лопатку
- В. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область

Г. паховая область с иррадиацией в бедро

Гломерулонефрит может манифестировать:

Д. Всеми перечисленными синдромами

А. Остронефритическим синдромом

Б. Нефротическим синдромом

В. Изолированной микрогематурией

Г. Персистирующей бессимптомной протеинурией с или без гематурии

Не является показанием к назначению преднизолона:

А. Давность нефрита менее 2-х лет

Д. Нефрит в стадии ХПН

Б. Наличие нефротического синдрома

В. Лекарственный нефрит

Г. Нефрит с минимальными изменениями

Назовите заболевание почек, при котором артериальная гипертония встречается редко:

В. IgA-нефропатия

Г. Волчаночный нефрит

А. Диабетическая нефропатия

Б. Амилоидоз почек

Д. Склеродермическая нефропатия

Выделите одно из перечисленных состояний, при котором показана изолированная ультрафильтрация:

Б. Неконтролируемая гиперкалиемия

Г. Гиперкальциемия

А. ОПП

В. Некупируемый отек легких

Д. Выраженная уремическая интоксикация

Показания к диализной терапии при острой почечной недостаточности:

Б. Концентрация креатинина крови более 8 мг/дл

В. Анурия с гипергидратацией

А. Ренальная ОПН с гиперкатаболизмом

Д. верно все

Г. Уремическая энцефалопатия

Признаки анальгетической нефропатии:

А. Гипостенурия

Д. Верно все

Б. Никтурия

В. Полиурия

Г. Умеренная протеинурия

Корректируемые факторы риска прогрессирования ХПН - это:

- В. ожирение
- А. неконтролируемая гипертензия
- Д. верно все
- Б. курение
- Г. анемия

Установите соответствие между режимом терапии и заболеванием:

Заболевание:

- А. Атипичный гемолитико-уремический синдром;
- Б. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура;
- В. Системная красная волчанка, Волчаночный нефрит IV класса;
- Г. БПГН в рамках АНЦА-васкулита;
- Д. Идиопатический БПГН.

Терапия:

1. Сочетанная «пульс»-терапия ПЗ+ЦФА;
2. Экулизумаб;
3. Ритуксимаб;
4. Препараты микофеноловой кислоты;
5. Плазмаобмен.

А) 1 – В,Г,Д; 2 – А; 3 – Б; 4 – В; 5 – А,Г

1 – В,Г; 2 – А; 3 – В,Г; 4 – В; 5 – А,Б

1 – Д; 2 – А; 3 – Б,В,Г; 4 – В; 5 – А,Б,Г

1 – В,Г,Д; 2 – А; 3 – Б,В,Г; 4 – В; 5 – А,Б,Г

Установите соответствие между локализацией дефекта, приводящего к тубулопатии, и клиническим синдромом. Синдром:

- А. Синдром Фанкони;
- Б. Почечная глюкозурия;
- В. Фосфат-диабет (витамин D-резистентный рахит);
- Г. Почечный несахарный диабет;
- Д. Аминоацидурия.

Тип нарушения:

1. Нарушение функции дистальных канальцев;
2. Нарушение функции проксимальных канальцев.

1-Г,Д; 2-А,Б, В

1-А,Г; 2-Б, В, Д

1-Г; 2-А,Б, В, Д

1-Б, Г; 2-А,В, Д

Соотнесите представленные нозологические формы поражения почек с характеристикой встречающейся при них гематурии:

Характеристика гематурии:

- А. Измененные эритроциты при фазово-контрастной микроскопии осадка мочи;**
- Б. Неизмененные эритроциты при фазово-контрастной микроскопии осадка мочи;**
- В. Сочетание гематурии с протеинурией более 1 г/л, выявление эритроцитарных цилиндров в осадке мочи, наличие артериальной гипертонии;**
- Г. Сочетание гематурии с кристаллурией, приступообразными односторонними болями в пояснице;**
- Д. Тотальная гематурия по данным двух-или трехстаканной пробы;**
- Е. Терминальная гематурия по данным двух-или трехстаканной пробы.**

Заболевание:

- 1. ХГН;**
 - 2. Камни в ЧЛС одной из почек**
- 1-А, В, Д; 2-Б, Г, Д
1-А, В; 2-Б, Г, Д
1-А, Б, В, Д; 2- Г, Д
1-Б, В, Д; 2-А, Г, Д

Какие перечисленные варианты терапии рекомендованы к назначению при указанных вариантах течения Болезни минимальных изменений.

Вид терапии

- А. Преднизолон 1 мг/кг/сут**
- Б. Преднизолон 0,5 мг/кг/сут + цитостатики**
- В. Преднизолон 1,5 мг/кг/сут**
- Г. Ингибиторы АПФ**
- Д. Только цитостатики**

Вариант течения: Болезни минимальных изменений:

- 1. Дебют;**
 - 2. Редкие рецидивы;**
 - 3. Частые рецидивы;**
 - 4.Стероидная резистентность;**
 - 5. Стероидная зависимость**
- 1-А; 2-А; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б,Д
1-А; 2-Б; 3-Д; 4-Б,В; 5-Б,Д
1-В; 2-А; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б,Д
1-А; 2-В; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б,Д

Соотнесите формы Болезни минимальных изменений и заболевания, при которых она развивается:

Заболевания:

- А. Лимфопролиферативные заболевания,**
- Б. Солидные опухоли,**
- В. Вирусные и бактериальные инфекции,**
- Г. Реакция "трансплантат против хозяина" при трансплантации гематопозитических**

- стволовых клеток,
Д. Лекарственные препараты,
Е. Соответствия нет

Форма болезни минимальных изменений:

1. Первичная БМИ,

2. Вторичная БМИ

1-Е; 2-А,Б,В,Г,Д

1-А,Е; 2-Б,В,Г,Д

1-А,Б,Е; 2-В,Г,Д

1-Г,Д,Е; 2-А,Б,В

1-Б,В,Е; 2-А,Б,В,Г,Д

Установите соответствие между тактикой лечения и состоянием:

Состояние:

А. Острый подагрический артрит;

Б. Гиперурикемия ≤ 480 мкмоль/л (8 мг/дл);

В. Гиперурикозурия ≥ 1100 при отягощенной наследственности;

Г. Хронический рецидивирующий подагрический артрит.

Тактика лечения:

1. Аллопуринол;

2. Гипопуриновая диета;

3. НПВП.

1- В, Г; 2- Б; 3 -А

1- В; 2- Б; 3 -А,Г

1- Б, Г; 2- В; 3 -А

1- В, Г; 2- А; 3 -Б

Укажите соответствие между формой ОПП и основными механизмами ее развития:

Механизмы развития:

А) Увеличение продукции эндотелина 1

Б) Увеличение продукции тромбоксана А₂,

В) Снижение продукции релаксирующих вазоактивных веществ (оксида азота, простагландинов, простациклинов), Г) Повышение тонуса приводящей артериолы клубочка,

Д) Прямое токсическое поражение эпителия проксимальных канальцев почек,

Е) Гиперурикозурия,

Ж) Гипероксалурия,

З) Повышение продукции АДГ, ренина и альдостерона.

Форма ОПП:

1. Острая циклоспориновая нефротоксичность

2. Рентгеноконтрастная нефропатия,

3. ОПП, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами,

4. Аминогликозидная нефротоксичность

1- А, Б, Г; 2- Е, Ж, З; 3- В; 4- Д

1- А, Б, В, Г; 2- Д, Е, Ж, З; 3- В; 4- Д

1- Б, В, Г; 2- Д, Е, З; 3- В; 4- Д, Ж

1- А, Б, Г; 2- Е, Ж, З; 3- А, В; 4- Д

Гиперфльтрация представляет собой:

Б. независимый фактор прогрессирования нефропатии

В. истощение почечного функционального резерва

А. адаптационный механизм в условиях снижения количества функционирующих нефронов

Г. все выше перечисленное

Д. ничего из выше перечисленного

Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов повышает экскрецию мочевой кислоты:

Г. моноприл;

Б. валсартан;

А. лозартан;

В. каптоприл;

Д. ничего из перечисленного.

Основным клиническим признаком поражения почек при преэклампсии является:

А. Гематурия

Б. Протеинурия и АГ

В. Гиперпротеинемия

Г. Лейкоцитурия

Д. Отеки

Признаки анальгетической нефропатии:

Д. Верно все

А. Гипостенурия

Б. Никтурия

В. Полиурия

Г. Умеренная протеинурия

Поражение почек при подагре может быть представлено следующими вариантами, кроме:

Б. Острая мочекислая блокада

В. Мочекаменная болезнь

А. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (уратная нефропатия)

Д. Экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями

Г. IgA - нефропатия

Какое заболевание может развиваться в трансплантате как возвратная патология

- Д. Все вышеперечисленное
- А. ФСГС
- Б. IgA-нефропатия
- В. Мембранопролиферативный гломерулонефрит
- Г. Гемолитико-уремический синдром

Не входят в группу риска статин-индуцированных миопатий при применении статинов следующие категории:

- Б. пациенты после хирургических вмешательств
- В. больные с истощением
- А. пожилые больные с сахарным диабетом
- Д. больные СКВ
- Г. больные с гипотиреозом

Нецелесообразно при гиперводемической гипергидратации у пациентов с ОПП:

- В. лечение перитонеальным диализом
- А. применение раствора сернокислой магнезии внутрь с целью вызвать диарею
- Д. продолжение инфузионной терапии
- Б. введение лазикса
- Г. лечение гемофильтрацией

При лечении ОПН при тромботической микроангиопатии вследствие типичного ГУС и ТТП противопоказаны:

- В. ритуксимаб
- А. инфузия свежзамороженной плазмы
- Г. антибиотики
- Б. плазмаферез
- Д. нейтрализующие антитела к тромбину

Какова типичная клиническая картина дебюта Болезни минимальных изменений?

- А. Быстрое развитие нефротического синдрома с генерализованными отеками и селективным характером протеинурии
- Б. Длительное течение протеинурии с постепенным ее нарастанием и развитием нефротического синдрома
- В. Сочетание нефротического синдрома и артериальной гипертензии
- Г. Появление макрогематурии на фоне инфекции дыхательных путей
- Д. Сочетание нефротического синдрома с эпизодами макрогематурии

Необходимое суточное потребление белка больного на ГД - это:

- В. $\geq 6,0$ г/сут
- Г. $\geq 10,0$ г/сут
- А. $\geq 1,0$ г/кг/сут
- Б. $\geq 1,2$ г/кг/сут
- Д. 12,0 г/сут

Пациент 9 лет госпитализирован в отделение нефрологии после эпизода болей в животе и диареи в связи с повышением креатинина крови до 3,0 мг/дл, снижением диуреза и появлением геморрагических высыпаний на коже голени. В анализе крови Нв 53 г/л, шизоциты 2,5%, тромбоциты 12 тыс. в 1 мкл. В анализе мочи белок 0,7 г/л, эритроциты 0-1 в п/зр, лейкоциты 0-1 в п/зр. Ваш предварительный диагноз:

- Б. Типичный ГУС (Д+ГУС)
- А. Пурпура Шенлейна-Геноха. Быстро прогрессирующий ГН
- В. Атипичный ГУС
- Г. ТТП
- Д. Острый панкреатит. ДВС-синдром

Основной причиной развития нефротического криза у больного с нефротическим синдромом является:

- Г. Возникновение артериальной гипотензии;
- А. Употребление большого количества соли (натрия);
- Б. Быстрое (в течение 72 ч.) снижение уровня альбумина сыворотки крови менее 20 г/л;
- В. Развитие «стероидного» диуреза со снижением ОЦК;
- Д. Снижение сердечного выброса.

Инфицированный сосудистый протез подлежит:

- Г. удалению
- А. местному лечению
- Б. антибактериальной терапии
- В. лигированию
- Д. противовоспалительной терапии.

Установите соответствие между типом поражения почек и их проявлениями:

Проявления:

- А. Инфаркт почки;
- Б. Абсцесс почки;
- В. Острый постстрептококковый гломерулонефрит;
- Г. Кортикальный некроз почки;
- Д. Хронический гломерулонефрит;
- Е. Острый канальцевый некроз.

Поражение почек:

- 1. Эмбологенные;
- 2. Иммуновоспалительные;
- 3. Токсические и гемодинамические.

1-А,Б; 2-В; 3-Г,Д,Е

1-А,В; 2-Б,Д; 3-Г,Е

1-А,Б; 2-В,Д; 3-Г,Е

1-А,Д; 2-Б,В,Д; 3-Г,Е

Соотнесите клиническими проявления поражения почек с механизмами их развития:

Механизмы:

- А. гипоальбуминемия, снижение онкотического давления плазмы;**
- Б. Задержка натрия;**
- В. Повышение периферического сопротивления сосудов;**
- Г. Системное повышение сосудистой проницаемости;**
- Д. Увеличение сердечного выброса;**
- Е. Гиповолемия.**

Клинические проявления:

- 1. Нефротические отеки;**
- 2. Артериальная гипертензия;**
- 3. Нефротический криз.**

1- А, Б, Г; 2- В, Д; 3- А, Е

1- А, Б; 2- В, Д; 3- А, Г, Е

1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д; 3- А, Г, Е

1- Б, Г; 2- Б, В, Д; 3- А, Е

Установите соответствие между видом ТМА и основным его патогенетическим механизмом:

Заболевание:

- А. STEC-ГУС;**
- Б. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура;**
- В. Атипичный ГУС;**
- Г. Преэклампсия;**
- Д. Катастрофический антифосфолипидный синдром.**

Лабораторный показатель:

- 1. Активация альтернативного пути комплемента;**
- 2. Воздействие антител к фосфолипидам;**
- 3. Дефицит ADAMTS-13;**
- 4. Блокада эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF).**
- 5. Воздействие шига-токсина**
- 6. Воздействие антител к фактору Н комплемента.**

1-Г; 2-Д; 3-Б; 4-В; 5-А; 6-В

1-В; 2-Д; 3-Б; 4-Г; 5-В; 6-А

1-В; 2-Д; 3-Б; 4-Г; 5-А; 6-В

1-В; 2-Б; 3-Д; 4-Г; 5-А; 6-В

Соотнесите вид гематурии с различными вариантами поражения почек:

Вариант поражения почек:

- А. Инфаркт почки;**
- Б. ИГ-А нефропатия;**
- В. Синдром Альпорта;**

- Г. Некроз почечных сосочков;
- Д. Острый постстрептококковый нефрит;
- Е. Геморрагический цистит ;
- Ж. Туберкулез мочевых путей.

Вид гематурии:

- 1. Почечная клубочковая;
- 2. Почечная неклубочковая;
- 3. Непочечная

1 – В, Д; 2-А,Б, Г; 3-Е,Ж

1 – Б, В, Д; 2-А, Г; 3-Е,Ж

1 – Б, В; 2-А, Г,Д; 3- Б, Е,Ж

1 –А, В, Д; 2-А,Б, Г; 3-Е,Ж

У диализного пациента с терминальной ХПН и гипоальбуминемией (альбумин сыворотки крови 23 г/л), сохраняющейся анемией (гемоглобин 8,6 г/дл) с гипохромией (ферритин 100 г/л, трансферрин 180 мг/дл, насыщение трансферрина железом 16%), эпизодами интрадиализной гипотензии для оптимизации лечения анемии нецелесообразно:

коррекция гипоальбуминемии и режима диализной терапии (применение гемодиализа) в сочетании с увеличением дозы эпоэтина и железа

увеличить дозу эпоэтина и железа с коррекцией гипоальбуминемии

увеличить дозу эпоэтина и железа без коррекции гипоальбуминемии

коррекция гипоальбуминемии с увеличением дозы железа

коррекция гипоальбуминемии и режима диализной терапии (применение гемодиализа) в сочетании с увеличением дозы железа

Средством выбора для лечения гипертонии при остром гломерулонефрите (ОГН) является:

- А. Ингибиторы АПФ
- Б. Диуретики
- В. Допегит
- Г. Коринфар
- Д. β-блокаторы

Не характерно для идиопатического мембранозного ГН:

- Б. Преобладание мужчин
- В. Незаметное начало
- А. Возраст старше 40 лет
- Д. Часто встречается макрогематурия
- Г. Нормальный уровень комплемента

Для лечения АА амилоидоза при периодической болезни колхицин назначают в дозе:

- А. 20 - 30 мг в сутки

- В. 2 мг в сутки
- Б. 10 мг в сутки
- Г. 0,5 - 1 мг в сутки
- Д. 500 мг в сутки

Больным с нарушенной функцией почек рекомендуемое суточное потребление белка (г/кг массы тела) составляет:

- Б. 0.3-0.5г
- Г. 0.8-1.1
- А. 0,2-0,3
- В. 0.6-0.8
- Д. 1.1-1.2

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

- В. Увеличение дозы преднизолона до 80 мг в сутки и сохранение беременности
- А. Увеличение дозы преднизолона до 30 - 40 мг в сутки и сохранение беременности
- Г. Прерывание беременности на фоне высокой дозы преднизолона с последующей пульс-терапией глюкокортикоидами и цитостатиками
- Б. Увеличение дозы преднизолона до 80 мг в сутки с последующим прерыванием беременности
- Д. Назначение нефропротективной терапии

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

- Б. Декомпенсированный цирроз печени
- В. Гепаторенальный синдром
- А. Постинфекционный гломерулонефрит
- Г. Вторичный амилоидоз с поражением почек
- Д. Миелопролиферативный синдром

Не относятся к побочным действиям цитостатиков

- Б. Агранулоцитоз
- В. Инфекционные осложнения
- А. Лейкопения
- Г. Тромбоцитоз
- Д. Верно все

Абсолютное противопоказание для лечения больных с терминальной ХПН методом ПАПД - это:

- А. тяжелая гипертония

- Б. спаечная болезнь
- В. сахарный диабет
- Г. ожирение
- Д. коагулопатии

При приступе стенокардии с падением систолического АД пациенту во время гемодиализа нецелесообразно:

- Г. инфузия кристаллоидных растворов
- Б. ингаляция кислорода
- А. применение нитроглицерина до нормализации АД
- В. экстренное прекращение ультрафильтрации и остановка кровотока
- Д. применение нитроглицерина после нормализации АД

Клинические варианты поражения почек при HCV

- Б. Нефротический синдром
- В. Остронефритический синдром
- А. Умеренный мочевои синдром (протеинурия более 0,5 г/сут, микрогематурия)
- Д. верно все
- Г. Артериальная гипертензия

Установите соответствие между заболеванием и группой васкулитов в соответствии с классификацией (по размеру пораженных сосудов):

Заболевание:

- А. Височный артериит (болезнь Хортона);
- Б. Узелковый полиартериит;
- В. Артериит Такаясу;
- Г. Микроскопический полиангиит (МПА);
- Д. Гранулематоз с полиангиитом (Гранулематоз Вегенера).

Размер сосуда:

- 1. Крупные: аорта, артерия;
- 2. Средние: артерия, артериола;
- 3. Малые: артериола, капилляр, венула.

1- А,Б; 2-В; 3-Г,Д

1- А,В; 2-Б; 3-Г,Д

1- А,В; 2-Б,Г ; 3- Д

1- А,Г; 2-Б; 3-В,Г,Д

Установить соответствие между типом амилоидоза и основными клиническими проявлениями: Клинические симптомы:

- А. Поражение опорно-двигательного аппарата;
- Б. Поражения сердца;
- В. Нефротический синдром;
- Г. Периферическая нейропатия;

Д. Макроглоссия.

Заболевания:

1. AL – амилоидоз;

2. Диализ ассоциированный амилоидоз(β_2 – МГ – амилоидоз);

3. AA – амилоидоз

1 – Г, Д; 2 – А; 3 – Б, В.

1 – Б, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

1 – Б, В, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

А) 1 – Б, В; 2 – А, Г, Д; 3 – В.

Установите соответствие между вариантами лекарственного поражения почек и характерными клиническими проявлениями.

Клинические проявления:

А. Боли в поясничной области, неолигурическая ОПН, протеинурия канальцевого или смешанного типа, абактериальная лейкоцитурия, микрогематурия;

Б. Артериальная гипотония с ортостатическим коллапсом, симптомы дегидратации, метаболический ацидоз, резкая мышечная слабость;

В. Потеря с мочой фосфатов, глюкозы, аминокислот;

Г. Макрогематурия с вторичной почечной коликой и обструктивной ОПН.

Варианты лекарственного поражения почек:

1. Синдром сольтеряющей почки;

2. Некротический папиллит;

3. Синдром Фанкони;

4. Острый интерстициальный нефрит.

1-А; 2-Г; 3-В; 4-Б

1-Б; 2-Г; 3-В; 4-А

1-Г; 2-Б; 3-В; 4-А

1-Б; 2-В; 3-Г; 4-А

Укажите соответствие между этиологической принадлежностью ОПП и используемым методом лечения:

Методы лечения:

А) Инфузионная ощелачивающая терапия;

Б) Гемодиализ;

В) Иммуносупрессивная терапия;

Г) Плазмаферез;

Д) Устранение острой обструкции мочевых путей;

Е) Гемодиафильтрация.

Этиология ОПП:

1. Острая мочекислая нефропатия;

2. БПГН ;

3. Аллергический ОТИН;

4. Миоренальный синдром;

5. Острый миоглобинурийный нефроз;

6. Постренальная ОПП.

1- Б; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д

1- А, Б; 2- Б, В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Д; 6- Д, Е

1- А, Б; 2- Б, В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д

1- А, Б; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д

Установите соответствие между проявлениями ОПП и оптимальным методом диализной терапии:

Метод диализной терапии:

А) Артериовенозная постоянная, гемофильтрация,

Б) Интермиттирующая гемофильтрация,

В) Веновенозная постоянная гемофильтрация,

Г) Интермиттирующий гемодиализ,

Д) Ежедневный пролангированный гемодиализ,

Е) Интермиттирующая ультрафильтрация,

Ж) Веновенозный постоянный гемодиализ.

Проявления ОПП:

1. Ранняя гиперкалиемия (рабдомиолиз, гемолиз) со стабильной гемодинамикой,

2. Ранняя гиперкалиемия с нестабильной гемодинамикой,

3. Гиперволемическая гипергидратация (диабетическая нефропатия), креатинин < 300 мкмоль/л, мочевины < 16 ммоль/л,

4. Гиперволемическая гипергидратация (диабетическая нефропатия), креатинин > 600 мкмоль/л, мочевины > 24 ммоль/л,

5. Декомпенсированный ацидоз с нестабильной гемодинамикой,

6. Декомпенсированный ацидоз со стабильной гемодинамикой.

1- А, Б; 2- А, В; 3- Е; 4- Г; 5- Ж; 6- Д

1- А, Б; 2- В; 3- Е; 4- Г; 5- Ж; 6- Г, Д

1- А, Б; 2- В; 3- Е; 4- Г, Д; 5- А, Ж; 6- Г, Д

1- А, Б; 2- В; 3- Е, Ж; 4- А, Г; 5- Ж; 6- Г, Д

Сопоставьте клинический вариант течения болезни минимальных изменений и его описание:

Описание

А. Развитие двух и более рецидивов стабильной протеинурии больше 300 мг/сут или нефротического синдрома, возникающих во время снижения дозы преднизолона или в течение двух недель после его отмены;

Б. Развитие нефротического синдрома или изолированной протеинурии более 300 мг/сут. после достигнутой ранее полной ремиссии;

В. Отсутствие ремиссии нефротического синдрома при лечении преднизолоном в дозе 1 мг/кг/сут в течение 16 недель.

Название:

1. Рецидив;

2. Стероидная зависимость;

3. Стероидная резистентность.

1-Б; 2-А; 3-В

1-А; 2-Б; 3-В

1-В; 2-А; 3-Б

1-В; 2-Б; 3-А

Какой метод оценки функции почек рекомендован экспертами Научного общества нефрологов России для диагностики хронической болезни почек в широкой амбулаторной практике:

А. проба Реберга-Тареева;

Д. определение уровня креатинина сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по уравнениям СКД-EPI;

Б. радиоизотопное исследование (по клиренсу диэтилентриамин пентауксусной кислоты, меченой ^{99m}Tc и др.);

В. определение уровня креатинина сыворотки крови;

Г. определение уровня креатинина сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта;

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит (БПГН) не встречается при:

Г. Болезни минимальных изменений

А. СКВ

Б. Эссенциальной криоглобулинемии

В. Инфекционном эндокардите

Д. Пурпуре Шенлейн-Геноха

Осложнениями поликистоза почек являются:

А. Кровотечение в кисты или ретроперитонеальное пространство

Д. Все перечисленное верно

Б. Инфицирование кист

В. Образование камней в почках

Г. Эритроцитоз

Нецелесообразно при гипохлоремическом алкалозе у пациентов с ОПП:

А. отмена салуретиков

Д. принимать слабительные, энтеросорбенты

Б. применять внутрь или вводить в/в 1-2% раствор калия хлорида

В. применять внутрь или вводить в/в 0,05-0,1 N раствор соляной кислоты

Г. вводить в/в 0,9% раствора хлорида натрия

В дебюте постренальной ОПН вследствие двустороннего нефролитиаза противопоказаны:

Г. стентирование мочеточников

- А. спазмолитики
- Б. антибиотики
- В. экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
- Д. нефростомия

Если выбран перитонеальный диализ в качестве метода замещения функции почек, вакцинация против гепатита (HBV)

- А. противопоказана
- В. показана
- Б. не имеет смысла
- Г. не проводится
- Д. проводится выборочно

Установите соответствие между лабораторными показателями и заболеванием:

Заболевание:

- А. Системная красная волчанка;
- Б. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура;
- В. Первичный антифосфолипидный синдром;
- Г. Атипичный гемолитико-уремический синдром;
- Д. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Лабораторный показатель:

- 1. ADAMTS 13 < 5%;
- 2. Антитела к ДНК в высоком титре;
- 3. Положительный волчаночный антикоагулянт;
- 4. Антитела к кардиолипину в высоком титре;
- 5. Низкий уровень С3 компонента комплемента.

1 – Б; 2 – А; 3 – А,В;Г. 4 – А,В; 5 –Г,Д

1 – В; 2 – А; 3 – А,Б;Г. 4 – А; 5 –Г,Д

1 – Б; 2 – А; 3 – А; Г. 4 – А,В; 5 –Д

1 – Б; 2 – А; 3 – В;Г. 4 – В; 5 –Г,Д

Укажите при каких состояниях выявляются данные осложнения:

Вид осложнений:

- А. Нефротический криз;
- Б. Рецидивирующие инфекции;
- В. Лейкопения;
- Г. Тромбозы;
- Д. Повышение риска развития опухолей.

Состояния:

- 1. Нефротический синдром;
- 2. Терапия цитостатиками.

1- А,Г; 2- Б, В, Д.

1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д.

1- А, Б, Г; 2- В, Г,Д.

1- А, Б, В; 2- В, Г,Д.

Препарат выбора для снижения АД у беременных:

Б. Метопролол

А. Допегит

В. Моноприл

Г. Фуросемид

Д. Лизиноприл

Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

Г. Полностью фильтруется только глюкоза

Б. Частично

А. Полностью

В. Не фильтруются

Д. Полностью фильтруется только креатинин

Причиной остронефритического синдрома могут быть:

Д. Все перечисленные варианты верны

А. Острый гломерулонефрит (постстрептококковый, сывороточный)

Б. Другие инфекционные гломерулонефриты

В. Хронический гломерулонефрит

Г. Системные заболевания (СВК, системные васкулиты, синдром Гудпасчера)

Нецелесообразно при гиповолемической дегидратации у пациентов с ОПП:

Д. применять салуретики

А. вводить кристаллоидные растворы

Б. вводить эритроцитарную массу для коррекции острой кровопотери

В. вводить изотонический раствор натрия хлорида

Г. вводить кортикостероиды при сочетании дегидратации с шоком

Больным с рецидивирующим течением аГУС или аГУС, резистентным к лечению свежемороженой плазмы, показано лечение:

А. Циклофосфамидом в сверхвысоких дозах внутривенно

Г. Экулизумабом

Б. Ритуксимабом

В. Препаратами микофеноловой кислоты

Д. Метотрексатом

Индукционная терапия цитостатиками при III и IV классе волчаночного нефрита может осуществляться:

Б. Высокими дозами циклофосфамида (пульсы ЦФА по 1000мг раз в мес. на протяжении 6 мес)

В. Мофетила микофенолатом в стартовой дозе 2,0-3,0г/сут

А. Низкими дозами циклофосфамида (пульсы ЦФА по 500мг раз в 2 нед. в течение 3

мес)

Г. Любым из перечисленных режимов

Д. Ни одним из перечисленных режимов

Для достоверной оценки уровня протеинурии во время беременности используется:

Б. определение ПУ в утренней порции мочи

Г. Проба Реберга

А. определение МАУ

В. определение суточной ПУ

Д. все ответы верны

У больного с дизурией, лихорадкой до 38 °С, острой задержкой мочи, быстро нарастающей азотемией диагностирована постренальная ОПН. Какое из перечисленных мероприятий необходимо выполнить в первую очередь?

Б. Устранение обструкции мочевых путей

А. Назначение антибиотиков

В. Проведение гемодиализа

Г. Трансфузионная терапия

Д. Фитотерапия

Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:

Г. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)

А. Мембранозный нефрит

Б. Мембранопролиферативный нефрит

В. Формирование полулуний

Д. Ни одна из перечисленных морфологических форм

В нефрологии, как правило, цитостатические препараты НЕ применяются при:

В. ХГН нефротического типа

А. Нефрите при ANCA-ассоциированных васкулитах

Д. ХГН латентного течения

Б. Активном волчаночном нефрите

Г. Быстро прогрессирующем нефрите

Выделите наиболее редко встречающиеся этиологические факторы острого интерстициального нефрита.

Г. Паразитарные

А. Лекарственные

Б. Травматические

В. Вирусные

Д. Иммунные

Какая группа антигипертензивных лекарственных средств абсолютно противопоказана при беременности:

Диуретики
Блокаторы медленных кальцевых каналов
Бета-адреноблокаторы
Ингибиторы АПФ
Все перечисленные группы

Острый тромбоз почечных вен проявляется:

Д. Верно все
А. Болями в поясничной области
Б. Олигурией
В. Нарушением функции почек
Г. Гематурией

Для поддержания белкового баланса на фоне ограничения потребления белка назначают:

А. диуретики
Б. незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги
В. антигипертензивные препараты Г. статины
Д. энтеросорбенты

Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

А. Острый вирусный гепатит
В. Сердечно-сосудистые заболевания
Б. Острая бактериальная пневмония
Г. Онкологические заболевания
Д. Диализный амилоидоз

Больная 51 года наблюдается поликлиникой с диагнозом: хронический пиелонефрит (вне обострения), умеренная ХПН. Лекарственного лечения не получает. Укажите, какой из полученных при диспансеризации показателей не соответствует диагнозу:

Креатинин крови 1.6 мг%
Колебания удельного веса в анализе мочи по Зимницкому в пределах 1014-1021
Минимальная протеинурия (0.066 ‰)
Расширение чашечно-лоханочной системы при УЗИ
Неровные контуры почек по данным УЗИ

Соотнесите различные виды терапевтического воздействия при ОПСГН (острый постстрептококковый гломерулонефрит) с показаниями к их применению:

Показания к назначению:

А. Жизнеугрожающие отеки (мозга, легких и др.);
Б. Тяжелая объёмзависимая АГ;
В. ОПН с неконтролируемой консервативно, жизненно опасной гиперкалиемией и гипергидратацией;
Г. Присоединившийся и сохраняющийся нефротический синдром;

Д. Быстропрогрессирующая почечная недостаточность, обусловленная наличием в биоптате почки полулуний;

Е. Сохраняющиеся проявления фарингита, тонзиллита, кожного поражения.

Высокие титры антистрептококковых антител в крови.

Виды терапевтического воздействия:

1. Назначение антибиотиков;

2. Активная диуретическая терапия (петлевые диуретики);

3. Назначение преднизолона;

4. Острый диализ.

1- Е; 2- Б; 3- Г,Д; 4-А,В

1-А, Е; 2- Б; 3- Г,Д; 4-В

1- Е; 2- А,Б; 3- Г,Д; 4-В

1- Е; 2- А,Б; 3- Г; 4-В,Д

Установите соответствие между типом «уратного» поражения почек и их проявлениями:

Проявления:

А. Никтурия, снижение относительной плотности мочи, артериальная гипертензия, гиперурикемия, гиперурикозурия;

Б. Гиперурикемии, кислая реакция мочи, кристаллы мочевой кислоты в моче, при УЗИ обнаружение гиперэхогенных структур с акустической тенью, отсутствие тени камня на обзорном снимке;

В. Острое ухудшение функции почек с олиго- или анурией, АГ. Гиперурикемия, резкое снижение ранее повышенного уровня экскреции мочевой кислоты.

Поражение почек:

1. Острая мочекислая нефропатия (ОМН);

2. Уратный нефролитиаз;

3. Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит.

1-А; 2-Б; 3-В

1-В; 2-Б; 3-А

1-А,В; 2-Б,В; 3-А

1-Б; 2-В; 3-А

В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

Б. Активном волчаночном нефрите

В. ХГН нефротического типа

А. АНЦА - васкулите

Д. При всех перечисленных заболеваниях

Г. Быстропрогрессирующем нефрите

К побочным эффектам ингибиторов кальцинейрина относится:

Артериальная гипертония

Гиперлипидемия

Нефротоксичность
Все выше перечисленное
Сахарный диабет

Установите соответствие между нозологической формой и ее клиническими проявлениями:

Клинические проявления:

- А. Рентгенонегативные конкременты почек, нарушение пуринового обмена;**
- Б. Гиперурикемия, олигурия, нарушение функции почек, гематурия, артериальная гипертензия;**
- В. Синфарингитная гематурия, протеинурия;**
- Г. Нефротический синдром, снижение скорости клубочковой фильтрации, артериальная гипертензия.**

Нозологическая форма:

- 1. Диабетическая нефропатия;**
- 2. ИГ-А нефропатия;**
- 3. Острая мочекишечная нефропатия ;**
- 4. Уратный нефролитиаз .**

1-Г; 2-В; 3-Б; 4-А

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А

1-А; 2-В; 3-Б; 4-Г

1-Г; 2-Б; 3-В; 4-А

Безопасная прибавка в весе между процедурами ГД составляет:

Б. 4-5% от сухого веса больного

А. в пределах 3 литров

В. 8-10% от сухого веса больного

Г. в пределах 5 литров

Д. любая, не вызывающая одышки перед процедурой

Нормальные значения креатинина во время беременности не превышают:

А. 80 мкмоль/л

Б. 90 мкмоль/л

В. 100 мкмоль/л

Г. 110 мкмоль/л

Д. 140 мкмоль/л

Какой метод диализа применяют при печеночно-почечной недостаточности:

Б. Гемодиафильтрацию

В. Перитонеальный диализ

А. Интермитирующую гемодиафильтрацию

Г. Альбуминовый диализ

Д. Гемодиализ

Установите соответствие между клиническим проявлением и его характеристикой:

Характеристика:

А. повышение суточного количества мочи ≥ 3 литров/сут;

Б. Относительная плотность мочи во всех порциях - 1010-1011 (равна осмотической концентрации плазмы крови); В. Относительная плотность мочи во всех порциях выше 1010;

Г. относительная плотность мочи во всех порциях ниже 1012

Клиническое проявление:

1. полиурия;

2. изостенурия;

3. гипостенурия;

4. гиперстенурия.

1- Б; 2-А; 3-Г; 4-В

1-А; 2-Б; 3-Г; 4-В

1-В; 2-Б; 3-Г; 4-А

1-А; 2-Г; 3-Б; 4-В

Определите соответствие между процедурой (процессом) и количественным значением:

А. 1000;

Б. 2;

В. 0,87-1,45;

Г. 3;

Д. 1,4

1. Рекомендуемое целевое значение eKT/V на процедуре гемодиализа равно;

2. Целевое значение уровня фосфатов у пациента на хроническом диализе должно быть равно;

3. Максимальное суточное потребление калия с пищей (в граммах) у пациента на хроническом гемодиализе не должно превышать;

4. Минимальное рекомендуемое число гемодиализов в неделю равно;

5. Объемный кровоток по а-в фистуле может считаться относительно безопасным пока не превышает уровень (в мл/мин).

1- В; 2 -Д; 3- Б; 4 -Г; 5- А

1- Д; 2 -В; 3- Б; 4 -Г; 5- А

1- Д; 2 -Б; 3- В; 4 -Г; 5- А

1- А; 2 -В; 3- Б; 4 -Г; 5- Д

Важнейшим для диагностики нефротического синдрома является следующий показатель:

Б. Альбумин сыворотки ниже 30 г/л

А. Отеки

В. Гиперхолестеринемия

- Г. Гиперкоагуляция
- Д. Анемия

Ранние осложнения постоянного сосудистого доступа включают все, кроме:

- А. тромбоз
- Г. Стеноз
- Б. кровотечение
- В. инфицирование сосудистого доступа
- Д. отек конечности

Определите наиболее оптимальную для каждой клинической ситуации тактику ведения пациентов с атеросклеротическим стенозом почечных артерий:

Клиническая ситуация:

А. Мужчина 75 лет, АД 150/80 мм рт.ст., СКФ 40 мл/мин/1,73 м², выраженный двусторонний стеноз почечных артерий, почки значительно уменьшены в размерах, паренхима истончена;

Б. Женщина 70 лет, выраженный односторонний стеноз почечной артерии, АД 145/85 мм рт.ст. на фоне терапии, СКФ 55 мл/мин/1,73 м², не снижается в течение последних 3 лет;

В. Мужчина 56 лет, АД 180/110 мм рт.ст. на фоне приема 4 антигипертензивных препаратов, выраженный односторонний стеноз почечной артерии, СКФ 68 мл/мин/1,73 м²;

Г. Женщина 62 лет, АД 160/95 мм рт.ст., СКФ 60 мл/мин/1,73 м², после назначения эналаприла снизилась до 35 мл/мин/1,73 м², при УЗДГ выявлен двусторонний стеноз почечных артерий (справа – незначительный, слева выраженный).

Тактика ведения:

- 1. хирургическое лечение;**
- 2. консервативное лечение**

1 – А, В; 2 – Г, Б.

1 – А, Г, В; 2 – А, Б.

1 – Г, В; 2 – А, Б.

1 – Г, Б; 2 – А, В.

Соотнесите клинический эффект комплекса малобелковая диета (МБД) + эссенциальные аминокислоты и кетоаналоги аминокислот с механизмом их действия:

Клинический эффект МБД:

А. Уменьшение уремической интоксикации,

Б. Снижение азотемии,

В. Снижение протеинурии,

Г. Снижение гипертонии,

Д. Ингибирование гиперпаратиреоза,

Е. Ингибирование сосудистого кальциноза, атеросклероза,

Ж. Коррекция метаболического ацидоза.

Механизм действия МБД:

- 1. Снижение белковой нагрузки до уровня, адекватного остаточной функции почек,**
- 2. Торможение гипертрофии клубочков и внутриклубочковой гипертензии,**
- 3. Снижение транспортной нагрузки на канальцы,**
- 4. Ингибирование синтеза цитокинов и уремических токсинов,**
- 5. Частичная коррекция дислипидемии,**
- 6. Снижение в крови уровня фосфатов и иПТГ**

1- А, Ж; 2- В, Г; 3- Ж; 4- А, Б; 5- Е; 6- Д, Е

1- А; 2- В, Г; 3- В, Ж; 4- А, Б; 5- Е; 6- Д, Е

1- А, Б; 2- В, Г; 3- В, Ж; 4- А, Б; 5- Е; 6- Д

1- А, Б, Ж; 2- В, Г; 3- В, Ж; 4- А, Б; 5- Е; 6- Д, Е

Соотнесите, какие варианты поражения почек наиболее вероятны при указанных заболеваниях:

Заболевания:

А. Системная красная волчанка,

Б. Остеомиелит,

В. НВУ-инфекция,

Г. Солидные опухоли (карцинома желудка, легких и др.),

Д. Лекарства (золото, пеницилламины и др.).

Вариант поражения почек:

1. Мембранозная нефропатия,

2. АА-амилоидоз почки

1- А, В, Г, Д; 2- Б, Г

1- А, Г, Д; 2- Б, В, Г

1- А, В, Д; 2- Б, Г

1- В, Г, Д; 2- А, Б, Г

Препараты, используемые для лечения МКГН при HCV-ассоциированной криоглобулинемии:

В. Пегилированные интерфероны

А. Глюкокортикоиды

Д. Верно все

Б. Циклофосфамид

Г. Ритуксимаб

Не относится к побочным эффектам кортикостероидов:

Повышенная склонности к инфекциям

Нефротоксичность

Артериальная гипертензия

Сахарный диабет

Все вышеперечисленное

Соотнесите нефрологические синдромы с их характерными клинико-лабораторными проявлениями:

Клинико-лабораторные проявления:

- А. Протеинурия свыше 3,5 г/сут;**
- Б. Протеинурия, гематурия;**
- В. Постепенно развивающиеся отеки;**
- Г. Внезапно развившиеся и нарастающие отеки;**
- Д. Гипоальбуминемия.**
- Е. Гиперлипидемия;**
- Ж. Артериальная гипертензия;**
- З. Олигурия.**

Синдромы :

- 1. Нефротический;**
 - 2. Остронефритический.**
- 1-А, В, Д, Е; 2- Б, Г, Ж, З
1-А, Б, Д, Е; 2- В, Г, Ж, З
1-А, В, Д, Ж; 2- Б, Г, Е, З
1-А, Б, В, Д; 2- Б, Г, Ж, З, Е

Укажите одно из вышеперечисленных заболеваний, которое является наименее вероятной причиной нефротического синдрома.

- Б. Поликистоз почек**
- А. Гломерулонефрит**
- В. Тромбоз почечных вен**
- Г. Волчаночный нефрит**
- Д. Диабетическая нефропатия**

При ХПН II стадии недиабетической этиологии нецелесообразно:

- Г. ограничение соли в еде < 5 г/сутки**
- Б. использование диеты с содержанием белка 0,6 г/кг/сутки**
- А. использование стандартной диеты с содержанием белка 1,1-1.2 г/кг/сутки**
- В. дополнение рациона эссенциальными аминокислотами**
- Д. применение энтеросорбентов**

Укажите соответствие между этиологией ОПП и характерными клинико-лабораторными проявлениями:

Клинико-лабораторные проявления:

- А. Лихорадка с интоксикацией;**
- Б. Люмбалгии;**
- В. Вегетации на сердечных клапанах;**
- Г. Нарастание в крови антител к хантавирусу;**
- Д. Тромбоцитопения;**
- Е. Сочетание критической гиперурикемии и гиперурикозурией;**
- Ж. Миоглобинурия.**

Этиология ОПП:

1. Инфекция мочевых путей ;
2. Инфекционный эндокардит;
3. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом;
4. Острая мочекишечная нефропатия;
5. Нетравматический рабдомиолиз.

1- А; 2- В; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Б,Ж

1- А, Б; 2- В; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Ж

1- А; 2- Б,В; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Ж

1- А, В; 2- Б; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Ж

Установите соответствие между заболеванием и лабораторными показателями:

Лабораторные показатели:

А. Высокий уровень IgA;

Б. Криоглобулинемия;

В. Повышение РФ;

Г. Сниженного уровня компонентов комплемента (СН50, С3, С4).

Д. HBs Ag+.

Заболевание:

1. Хронический гепатит С;

2. Хронический гепатит В;

3. Алкогольная болезнь.

1-Б,В,Г; 2-Д; 3-А,Б

1-Б,В; 2-Д; 3-А,Г

1-Б,В,Г; 2-Д; 3-А

1-Б,В; 2-Д, Г; 3-А

Укажите наиболее частые осложнения при указанных формах острого поражения почек:

Осложнения:

А.Энцефалопатия;

Б.Отек легких;

В.Гиперкалиемия;

Г. ОПН;

Д. Гипокалиемия.

Нозологическая форма поражения почек:

1 . Острый постстрептококковый ГН;

2. Острый лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит.

1- А,Б,В,Г; 2-Г,Д

1- А,Б,В; 2-Г,Д

1- А,В,Г; 2-Б,Г,Д

1- А,Г; 2-Б,В,Г,Д

Острым поражением почек, согласно критериям классификации RIFLE, является:

Г. Диурез менее 3 мл/кг в час в течение 24 часов или анурия в течение 12 часов.

А. Увеличение креатинина сыворотки в 1,5 раза или снижение СКФ более чем на 25 % за 24 часа

Б. Увеличение креатинина сыворотки в 2 раза или снижение СКФ более чем на 50 % за 24 часа

В. Увеличение креатинина сыворотки в 3 раза или снижение СКФ более чем на 75 %; или увеличение креатинина на 0,5 мг/дл (44мкмоль/л) за 24 часа

Какие признаки относятся к факторам благоприятного, а какие к факторам неблагоприятного прогноза при ИГ-А нефропатии:

Признаки:

А. Пожилой возраст в начале болезни;

Б. Протеинурия >1,0 г/сут;

В. Уровень креатинина сыворотки более 150 мкмоль/л;

Г. Наличие АГ;

Д. Отсутствие склеротических изменений в интерстиции и клубочках;

Е. Мужской пол;

Ж. Протеинурия <1,0 г/сут.

Прогноз ИГ-А нефропатии:

1. Благоприятный;

2. Неблагоприятный.

1- Д, Ж; 2- А,Б,В, Г, Е

1- А,Д, Ж; 2- Б,В, Г, Е

1- А,Б,Д, Ж; 2- В, Г, Е

1- Д, Ж,Е; 2- А,Б,В, Г