

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Нефрология» (Высшая 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/>

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

Виды терапевтического воздействия :

- 1. Назначение антибиотиков;**
- 2. Активная диуретическая терапия (петлевые диуретики);**
- 3. Назначение преднизолона;**
- 4. Острый диализ.**

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. Быстро прогрессирующая почечная недостаточность, обусловленная наличием в биоптате почки полулуний;

Е. Сохраняющиеся проявления фарингита, тонзиллита, кожного поражения.

Высокие титры антистрептококковых антител в крови.

1- А,Е; 2- Б; 3- Г,Д; 4-В.

1-Б,Е; 2- А,Б; 3- Д; 4-Г,В.

1- Е; 2- А,Б; 3- Г,Д; 4-В.

1- Е; 2- А,Г; 3- Б,Д; 4-В.

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

Цель исследования:

1. Эритропоэтическая активность;
2. Биодоступность железа;
3. Степень анемии;
4. Запасы железа;
5. Тип анемии.

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.

1-В; 2-А; 3-Г; 4-Д; 5-Б

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б; 5-Д

1-Г; 2-В; 3-А; 4-Д; 5-Б

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Д; 5-Б

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

Б. поликистозная болезнь почек;

Г. мочекаменная болезнь;

А. анальгетическая нефропатия;

В. диабетическая нефропатия;

Д. волчаночный нефрит.

Действие диуретиков основано на:

Г. на уменьшении реабсорбции Na в канальцах почки

А. увеличении СКФ

Б. увеличении выведения «свободной» воды

В. на уменьшении реабсорбции мочевины и увеличении ее экскреции

Одно из утверждений, касающихся ортостатической протеинурии, неверно.

Назовите его.

А. Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента

В. У большинства пациентов развивается почечная недостаточность

Б. У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия

Г. Суточная протеинурия не превышает 1г.

Д. Справедливы все перечисленные положения

Выделите из перечисленных вариантов гломерулонефрита (ГН) такой, для которого

наименее характерна микрогематурия.

- Г. Мембранопротролиферативный нефрит
- Б. Мембранозный нефрит
- А. Болезнь минимальных изменений
- В. Мезангиопротролиферативный нефрит
- Д. Волчаночный нефрит

Гломерулонефрит может манифестировать:

- Б. Нефротическим синдромом
- В. Изолированной микрогематурией
- А. Остронефритическим синдромом
- Д. Всеми перечисленными синдромами
- Г. Персистирующей бессимптомной протеинурией с или без гематурии

В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

- Д. При всех перечисленных заболеваниях
- А. Нефрите при ANCA-ассоциированных васкулитах
- Б. Активном волчаночном нефрите
- В. ХГН нефротического типа
- Г. Быстро прогрессирующем нефрите

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

Острым поражением почек, согласно критериям классификации RIFLE, является:

- 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
- 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

Неправильные положения, касающиеся пиелонефрита:

- Г. Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек
- А. Часто развивается в детском возрасте
- Б. Возникает на почве нарушенного пассажа мочи
- В. Часто развивается во время беременности
- Д. Показана антибактериальная терапия

Острый тромбоз почечных вен проявляется:

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

Перечислите клинико-лабораторные признаки туберкулеза почек:

- Б. Стойко кислая реакция мочи
- В. Гигантские клетки Пирогова –Ланганса при биопсии слизистой мочевого пузыря
- А. Асептическая лейкоцитурия
- Д. Все перечисленные.
- Г. округлые, экзонегативные образования, окруженные плотной капсулой с неоднородным содержимым, кальцификатами

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

- Д. Экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями
- А. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (уратная нефропатия)
- Б. Острая мочекишечная блокада
- В. Мочекаменная болезнь
- Г. IgA - нефропатия
- Д. Экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями
- Г. IgA - нефропатия

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

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

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

- Б. невозможен
- Г. у знакомых реципиента
- А. возможен
- В. только у родственников реципиента

Д. у любого желающего стать донором

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 хронической болезни почек может идти речь?

- В. 3
- А. 1
- Б. 2
- Г. 4
- 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

Б-ная 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:

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

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

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, эритроцитурия 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?

- А. Хронический пиелонефрит
- В. Гипертоническая болезнь с поражением почек (гипертоническая нефропатия)
- Б. Хронический гломерулонефрит
- Г. Ишемическая болезнь почек
- Д. Хронический интерстициальный нефрит

Соотнесите клинические проявления с представленными нозологическими формами поражения почек:

Клинические проявления:

1. Изолированный нефротический синдром;
2. Остронефритический синдром;
3. Гематурия.

Нозологии:

- А. Мембранозная нефропатия;
- Б. Болезнь минимальных изменений;
- В. Мезангиокапиллярный ГН;
- Г. Амилоидоз почек;
- Д. Острый постстрептококковый ГН;
- Е. Мочекаменная болезнь.

1-А, Б, Г; 2- В, Д; 3- В, Д, Е

1-А,Г; 2- Б, В, Д; 3- В, Д, Е

1-Б, Г; 2- А, В, Д; 3- Д, Е

1-А, Б, Г; 2- В, Е; 3- А, В, Е

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

1. Выраженное нарушение функции почек (СКФ менее 30 мл/мин),
2. Двухсторонний стеноз почечных артерий,
3. Гиперкалиемия.

Препарат:

- А. Эналаприл;
- Б. Гипотиазид.

1-А,Б; 2-А; 3-А

1-А,Б; 2-А,Б; 3-А

1-Б; 2-А,Б; 3-А

А) 1-А,Б; 2-А; 3-А,Б

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

Заболевание почек:

- 1. Острое повреждение почек;**
- 2. Хроническая почечная недостаточность;**
- 3. Тубулоинтерстициальный нефрит и острое повреждение почек;**
- 4. Тромботическая микроангиопатия и острое повреждение почек.**

Показатель:

А. Изостенурия;

Б. Никтурия;

В. Повышение уровня креатинина;

Г. Олигурия, анурия;

Д. Протеинурия и эритроцитурия;

Е. Тромбоцитопения и повышение активности ЛДГ.

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

1- Г; 2- А, Б, В; 3- В, Д; 4- В, Е.

1- В; 2- А, Б, В; 3- В, Д; 4- Г, Е.

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

Установите соответствие между типичными клиническими проявлениями нефропатии и заболеваниями почек:

Лабораторный показатель:

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

Заболевание:

А. АА-амилоидоз;

Б. АL-амилоидоз;

В. Диабетическая нефропатия;

Г. Острый гломерулонефрит;

Д. Мембранозная нефропатия.

1-А,Б,В; 2-В,Г; 3-А,Б; 4-А,Б,В,Д.

1-А,Б,В,Д; 2-А,В,Г; 3-А,Б,В; 4-Б,В,Д.

1-А,Б,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-А,Д.

1-А,Б,В,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-А,Б,В,Д.

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

Тип нарушения:

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

Синдром:

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

1-А,Г; 2-А,Б, В, Д

1-Г; 2-А,Б, В, Д

А) 1- Д; 2-А,Б, В, Г

1-Б; 2-А, В,Г, Д

Установите соответствие между вариантом нефротического синдрома и его клиническими проявлениями:

Вариант нефротического синдрома:

1. Гиповолемический,
2. Гиперволемический.

Клинические проявления:

- А. Объем циркулирующей крови снижен;
- Б. Объем циркулирующей крови повышен;
- В. Артериальная гипертензия;
- 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%).

1-А, Г, Ж; 2- Б, В, Д, Е

1-А, Е, Ж; 2- А,Б, В, Д

1-А, Г, Е; 2- Б, В, Д, Ж

1-А, Г, Е, Ж; 2- Б, В, Д

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

Вариант течения Болезни минимальных изменений:

1. Дебют;
2. Редкие рецидивы;
3. Частые рецидивы;
4. Стероидная резистентность;
5. Стероидная зависимость.

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

1-А; 2-В; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б, Д.

1-А; 2-А; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б, Д.

1-В; 2-А; 3-Б,Д; 4-Б,Д; 5-Б, Д.

1-А; 2-А; 3-В,Д; 4-Б,Д; 5-Б, Д.

К побочным эффектам ингибиторов кальциейрина относится:

Г. Гиперплазия десен

А. Нефротоксичность

В. Артериальная гипертония

Б. Нейротоксичность

Д. Все вышеперечисленное

При ХПН II стадии нецелесообразно применение:

Б. тиазидоподобных диуретиков

В. петлевых диуретиков

А. тиазидных диуретиков

Г. спиронолактонов

Д. диуретиков растительного происхождения

Определите соответствие между процедурой (процессом) и количественным значением:

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).

А. 1000;

Б. 2;

В. 0,87-1,45;

Г. 3;

Д. 1,4

1-Д;2-В; 3-А; 4-Г; 5-Б

1-А; 2-В; 3-Б; 4-Г; 5-Д

1-Д; 2-В; 3-Б; 4-Г; 5- А

1-В; 2-Д; 3-Б;4-Г; 5- А

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

- А. Альбуминурия 450 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м²
- Д. Верно все
- Б. Альбуминурия 5 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м²
- В. Альбуминурия 400 мг/г, СКФ 55 мл/мин/1,73 м²
- Г. Альбуминурия 150 мг/г, СКФ 40 мл/мин/1,73 м²

Установите соответствие между проявлениями ОПП и оптимальным методом диализной терапии:

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.

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.

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

1- А, Б; 2- В; 3- Е; 4- Г; 5- Ж; 6- Д

1- А, Б; 2- В; 3- Е; 4- Г; 5- Ж; 6- Г

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

Назовите важнейшие осложнения (побочные эффекты) петлевых диуретиков:

- Д. верно все
- А. гиперурикемия
- Б. гипокалиемия
- В. снижение ОЦК
- Г. гиперкальциурия

Назовите показания к применению диуретиков:

- Д. верно все
- А. отечный синдром
- Б. артериальная гипертензия
- В. несахарный диабет
- Г. нарушения метаболизма кальция

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

- Б. Активном волчаночном нефрите
- В. ХГН нефротического типа
- А. АНЦА - васкулите
- Д. ХГН латентного течения
- Г. Быстро прогрессирующем нефрите

Причиной остронефритического синдрома могут быть:

- В. Хронический гломерулонефрит
- А. Острый гломерулонефрит (постстрептококковый, сывороточный)
- Д. Все перечисленные варианты верны
- Б. Другие инфекционные гломерулонефриты
- Г. Системные заболевания (СВК, системные васкулиты, синдром Гудпасчера)

Назовите варианты поражения почек при инфекционном эндокардите.

- В. Инфаркт почки.
- А. Иммунокомплексный гломерулонефрит, ассоциированный с бактериальной инфекцией.
- Д. Все выше перечисленное.
- Б. Лекарственная нефропатия.
- Г. Амилоидоз.

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

Наиболее частым возбудителем неосложненных инфекций мочевых путей у беременных является:

- В. *Proteus mirabilis*
- А. *Staphylococcus saprophyticus*
- Г. *Escherichia coli*
- Б. *Klebsiella spp.*
- Д. *Proteus vulgaris*

Снижение активности ADAMTS13 ниже 5% отмечается:

- В. При аГУС,
- Г. При катастрофическом АФС
- А. При STEC-ГУС
- Б. При ТТП,
- Д. При Сепсисе.

Выделите форму острой почечной недостаточности (ОПН), которая является

гиперкатаболической:

- Преренальная
- Лекарственная
- Краш-синдром
- Постренальная
- Гепато-ренальный синдром

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 железа 16%), эпизодами интрадиализной гипотензии для оптимизации лечения анемии нецелесообразно:

- А. увеличить дозу эпоэтина и железа без коррекции гипоальбуминемии
- Б. увеличить дозу эпоэтина и железа с коррекцией гипоальбуминемии
- В. коррекция гипоальбуминемии с увеличением дозы железа
- Г. коррекция гипоальбуминемии и режима диализной терапии (применение гемодиализа) в сочетании с увеличением дозы эпоэтина и железа
- Д. коррекция гипоальбуминемии и режима диализной терапии (применение гемодиализа) в сочетании с увеличением дозы железа

Решение об удалении перитонеального катетера принимают

- А. В случае рецидива перитонита с тем же микроорганизмом;
- Б. При любом из вышеперечисленных осложнений
- В. При рецидивирующей инфекции места выхода катетера с тем же микроорганизмом
- Д. Ни при одном из вышеперечисленных осложнений

Показания к диализной терапии при острой почечной недостаточности:

- А. Ренальная ОПН с гиперкатаболизмом
- Б. верно все
- В. Концентрация креатинина крови более 8 мг/дл
- Г. Анурия с гипергидратацией
- Д. Уремическая энцефалопатия

Основной механизм развития ренальной анемии, все кроме

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

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

- А. 0,2-0,3

- В. 0.6-0.8
- Б. 0.3-0.5г
- Г. 0.8-1.1
- Д. 1.1-1.2

Признаки анальгетической нефропатии:

- А. Гипостенурия
- Д. Верно все
- Б. Никтурия
- В. Полиурия
- Г. Умеренная протеинурия

Скорость кровотока через нормально функционирующую нативную артериовенозную фистулу составляет:

- Г. 1000 мл/мин
- А. 250 мл/мин
- В. 600 мл/мин
- Б. 300 мл/мин
- Д. 1500 мл/мин

Установите соответствие между столбцами:

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

Стадии ХБП:

- 1. V;
- 2. IV;
- 3. III;
- 4. II;
- 5. I.

Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин.

- А. больше 90;
- Б. 89-60;
- В. 59-30;
- Г. 29-15;
- Д. меньше 15.

1-Д; 2-Г; 3-А; 4-Б; 5-В

1-Б; 2-Г; 3-В; 4-Д; 5-А

1-Г; 2-Д; 3-В; 4-Б; 5-А

1-Д; 2-Г; 3-В; 4-Б; 5-А

Установите соответствие между заболеванием почек и возможностью пролонгирования беременности:

Беременность:

- 1. Абсолютно противопоказана;
- 2. Относительно противопоказана;

3. Возможна.

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.

1-Б; 2-Б,В; 3- Г

1-А; 2- Б,В; 3- Г

1-А,Б; 2-В; 3- Г

1-А,В; 2-Б; 3- Г

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

Размер сосуда:

1. Крупные: аорта, артерия;

2. Средние: артерия, артериола;

3. Малые: артериола, капилляр, венула.

Заболевание:

А. Височный артериит

(болезнь Хортона);

Б. Узелковый полиартериит;

В. Артериит Такаясу;

Г. Микроскопический полиангиит (МПА);

Д. Гранулематоз с полиангиитом (Гранулематоз Вегенера).

1- А,В; 2-Б; 3-Г,Д.

1- А,Б; 2-В; 3-Г,Д.

1- В; 2-А,Б; 3-Г,Д.

1- Б; 2-АВ; 3-Г,Д.

Соотнесите, какие варианты ХГН наиболее вероятны при указанных заболеваниях:

Вариант поражения почек:

1. Минимальные изменения;

2. ФСГС.

Заболевания:

А. Низкий вес при рождении;

Б. ВИЧ -инфекция;

В. Лимфомы;

Г. Атопия;

Д. Ожирение.

1- В, Г; 2- А, Б, Д

1- А,В, Г; 2- А, Б, Д

Б) 1- В, Г, Д; 2- А, Б, Д

1- Б, В, Г; 2- А, Б, Д

Соотнесите нефрологические синдромы с их характерными клинико-лабораторными проявлениями:

Синдромы :

- 1. Нефротический;**
- 2. Остронефритический.**

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 гипертония;**
- 3. Олигурия.**

1-А, В, Д, Е; 2- Б, Г, Ж, З

1-Б, В, Д, Е; 2-А, Б, Г, Ж, З

1-А, В, Д; 2- Б, Г, Ж, З, Е

1-А, В, Д,З; 2- Б, Г, Ж, Е

Укажите соответствие между этиологической принадлежностью ОПП и используемым методом лечения:

Этиология ОПП:

- 1. Острая мочекишечная нефропатия,**
- 2. БПГН,**
- 3. Аллергический ОТИН,**
- 4. Миоренальный синдром,**
- 5. Острый миоглобинурийный нефроз,**
- 6. Постренальная ОПП.**

Методы лечения:

- А. Инфузионная ощелачивающая терапия;**
- Б. Гемодиализ;**
- В. Иммуносупрессивная терапия;**
- Г. Плазмаферез;**
- Д. Устранение острой обструкции мочевых путей,**
- Е. Гемодиализация.**

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

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

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

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

Наибольшей эффективностью обладают:

- Б. ингибиторы карбоангидразы
- В. блокаторы альдостерона
- А. тиазидные диуретики
- Г. петлевые диуретики

Терапии стероидами показана при следующих заболеваниях:

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

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

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

Дифференциальный диагноз при акушерской ТМА необходимо проводить с:

- А. преэклампсия/HELLP-синдром
- Д. все перечисленное верно
- Б. сепсис
- В. Системные заболевания
- Г. ПАФС

Какое из перечисленных заболеваний не входит в круг дифференциальной диагностики IgA-нефропатии?

- Б. Геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха
- В. Рак почки
- А. Синдром Альпорта
- Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Не характерно для синдрома Фанкони:

- А. Гипокалиемия
- Д. Олигурия
- Б. Гипофосфатемия
- В. Метаболический ацидоз
- Г. Гиперкальциурия

Для поддержания белкового баланса на фоне ограничения потребления белка назначают:

- Б. незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги
- А. диуретики

- В. антигипертензивные препараты
- Г. статины
- Д. энтеросорбенты

У больных ХБП IV стадией прием внутрь кетоаналогов аминокислот вызывает:

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

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

- Г. Гиперкальциемия
- А. ОПП
- В. Некупируемый отек легких
- Б. Неконтролируемая гиперкалиемия
- Д. Выраженная уремическая интоксикация

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

- В. Препаратами микофеноловой кислоты
- А. Циклофосфамидом в сверхвысоких дозах внутривенно
- Г. Экулизумабом
- Б. Ритуксимабом
- Д. Метотрексатом

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

Инфицированный сосудистый протез подлежит:

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

Д. противовоспалительной терапии.

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

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

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:

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

Какое заболевание может развиваться в трансплантате как возвратная патология

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

При ХПН I стадии для купирования гипертонического криза нецелесообразно:

- В. двойная блокада РААС с помощью комбинации ингибитора ренина алискирена с иАПФ или БРА
- А. комбинация $\alpha 1\beta$ -адреноблокаторов с иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации)
- Б. комбинация АК II-III поколения с иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации)
- Г. комбинация иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации) с индапамидом МВ
- Д. комбинация фозиноприла с индапамидом МВ

Установите соответствие между клиническим проявлением и его характеристикой:

Клиническое проявление:

1. полиурия;
2. изостенурия;
3. гипостенурия;
4. гиперстенурия.

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

А) 1-А; 2-Г; 3-Б; 4-В

1-Б; 2-А; 3-Г; 4-В

1-А; 2-Б; 3-Г; 4-В

1-А; 2-Б; 3-В; 4-Г

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

Причина поражения почек:

1. Тромбоэмболия из вегетаций;

2. Иммунное воспаление;

3. Лекарственное поражение;

4. Бактериемия с метастатическими очагами в органах.

Вид поражения почек:

А. Инфаркт почки;

Б. Абсцессы почек;

В. Быстро прогрессирующий ГН;

Г. Острый интерстициальный нефрит.

1- А; 2- В; 3- Б; 4- Г.

1- А; 2- Г; 3- В; 4- Б.

1- А; 2- В; 3- Г; 4- Б.

1- А; 2- Б; 3- Г; 4- В.

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

1. Острый постстрептококковый ГН;

2. Острый тубулоинтерстициальный нефрит.

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;

3. Снижение СКФ. Нозологическая форма поражения почек:

1- А,В,Д, Е, З; 2-Б,В,Г,Ж,З

1- А,Б, Г, Д, Е, З; 2- А, Б,В,Ж,З

1- А,В, Г, Д, Е, З; 2-Б,В,Ж,З

1- А,В, Г, Д, Е; 2-А,Б,В,Ж,З

Соотнесите вид гематурии с различными вариантами поражения почек:

Вид гематурии:

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

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.**

1 – Б, В, Д; 2-А, Г; 3-Е,Ж.

1 – Б, В; 2-А, Г,Д; 3-Е,Ж.

1 – Б, В, Ж; 2-А, Г; 3-Е,Д.

1 – Б, Г, Д; 2-А,В; 3-Е,Ж.

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

Осложнениями острого пиелонефрита являются:

А. Поражение противоположной почки

Д. Все вышеперечисленное верно

Б. Эндотоксемический шок

В. Острая почечная недостаточность

Г. Сепсис

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.

Назовите группы риска развития ХБП

Б. Больные сахарным диабетом

В. Лица, перенесшие нефрэктомию

А. Больные артериальной гипертонией

Д. Верно все

Г. Лица, имеющие прямых родственников, страдающих ХБП

На современном этапе выделяют стадий ХБП:

Б. 5

А. 3

В. 2

Г. 1

Д. 7

Какой метод / методы оценки функции почек должен / должны использоваться согласно Российским рекомендациям по скринингу, диагностике и лечению ХБП при обследовании амбулаторных больных?

Г. Расчёт СКФ по формуле СКD-EPI для креатинина

А. Сравнение уровня креатинина сыворотки обследуемого с референсными значениями

Б. Расчёт СКФ по формуле MDRD

В. Определение клиренса креатинина в пробе Реберга

Показаниями к амбулаторной консультации нефролога являются:

А. протеинурия

Д. верно все

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)

Выберите определение БПГН.

Б. Наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более трех месяцев вне зависимости от нозологического диагноза.

Г. Синдром стадийного нарастающего острого поражения почек от минимальных изменений почечной функции до ее полной утраты.

А. Патология второй половины беременности, характеризующаяся артериальной гипертензией, протеинурией, которая может обладать прогрессирующим течением с развитием критических состояний у матери и плода.

В. Остронефритический синдром с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью (удвоение креатинина в срок 3 мес.), морфологически – наличием в более чем в 50% клубочков экстракапиллярных клеточных или фиброзно-клеточных полулуний.

Острая мочекислая нефропатия может развиваться при:

А. Распаде опухолей

Г. При всех перечисленных состояниях

Б. Лечение опухолей цитостатиками

В. Радиационной терапии

Д. Ни при одном из перечисленных состояний

Больному с подагрической нефропатией рекомендуется:

Б. Прием ощелачивающих средств

В. Диета с исключением пуринов

А. Обильное питье

Г. Все перечисленное

Д. Ни одно из перечисленных мероприятий.

Абсолютным показанием к прерыванию беременности с точки зрения нефролога является:

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

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

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

Б. эритроцитурия более 2000 в мл при нормальном уровне креатинина

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

Механизм действия экулизумаба связан с:

- В. Блокадой C5 компонента комплемента
- А. Блокадой проксимальных компонентов комплемента
- Б. Блокадой C3-конвертазы альтернативного пути активации комплемента
- Г. Повреждением мембрано-атакующего комплекса
- Д. Блокадой C3-конвертазы классического пути комплемента

Поражение почек в дебюте аГУС может быть представлено:

- В. Минимальной протеинурией без изменения мочевого осадка в сочетании с начальными признаками ХПН
- А. ОПП
- Д. Всем перечисленным.
- Б. Мочевым синдромом с умеренной артериальной гипертензией
- Г. Злокачественной артериальной гипертензией

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

- А. Хроническая ТМА с рецидивами острых тромбозов сосудов микроциркуляторного русла почек (острой ТМА)
- Б. Иммунокомплексный нефрит, обусловленный воздействием антител к фосфолипидам
- В. Острый канальцевый некроз, вызванный тромбозом мелких внутрпочечных сосудов
- Г. Инфаркт почки
- Д. Все вышеперечисленное

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

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:

- Б. Увеличение дозы преднизолона до 80 мг в сутки с последующим прерыванием беременности
- 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
- Д. Назначение нефропротективной терапии

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

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

Установите соответствие между заболеванием почек и характерными для него признаками:

Заболевание:

1. ОПП;
2. ХПН.

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.

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

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

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

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

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

Этиология ОПП:

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

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.**

1- А, Б; 2- В; 3- Г; 4-Д, Е; 5- Ж

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

1- А; 2-Б, В; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Ж

1- А, Б; 2- В; 3- Г, Д; 4- Е; 5- Ж

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

Варианты лекарственного поражения почек:

- 1. Синдром сольтеряющей почки;**
- 2. Некротический папиллит;**
- 3. Синдром Фанкони;**
- 4. Острый интерстициальный нефрит.**

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.

1-А; 2-Г; 3-В; 4-Б.

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А.

1-Б; 2-Г; 3-В; 4-А.

1-Б; 2-Г; 3-А; 4-В

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

- 1. ПКА I типа (дистальный);**
- 2. ПКА II типа (проксимальный).**

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%).

1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д

1- А, В, Г; 2- Б, В, Д

1- Б, В, Г; 2- А, В, Д

1- А, В, Г,Д; 2- А, Б, В, Д

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

Поражение почек:

- 1. Острая мочекишная нефропатия (ОМН);**
- 2. Уратный нефролитиаз;**
- 3. Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит.**

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.

1-Б; 2-В; 3-А.

1-В; 2-Б; 3-А.

1-А; 2-Б; 3-В.

1-В; 2-А; 3-В

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

Г. Волчаночный нефрит

А. Гломерулонефрит

Б. Поликистоз почек

В. Тромбоз почечных вен

Д. Диабетическая нефропатия

Самым ранним признаком поражения почек при ожирении является:

Г. развитие гиперфльтрации

А. появление микроальбуминурии

Б. формирование нефротического синдрома

В. увеличение размеров почек

Д. Верно все

Не характерно для острого интерстициального нефрита:

Д. Массивная лейкоцитурия

А. Лихорадка

Б. Эозинофилия

В. Гематурия

Г. Острая почечная недостаточность

Уровень физиологической ПУ у беременных не превышает:

В. 0,5г/сут

Г. 1,0г/сут

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

Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:

- Б. Мембранопролиферативный нефрит
- В. Формирование полулуний
- А. Мембранозный нефрит
- Г. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)
- Д. Ни одна из перечисленных морфологических форм

Нехарактерным для туберкулеза мочевой системы клиническим признаком являются:

- А. а) ноющие боли в области поясницы
- В. в) острая боль в животе
- Б. б) изменения в моче в виде гематурии
- Г. г) субфебрилитет
- Д. изменения в моче в виде лейкоцитурии

Нецелесообразно при гепаторенальном синдроме:

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

Укажите наиболее частые осложнения при указанных формах острого поражения почек:

Нозологическая форма поражения почек:

1. Острый постстрептококковый ГН;
2. Острый лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит.

Осложнения:

- А.Энцефалопатия;
- Б.Отек легких;
- В.Гиперкалиемия;
- Г. ОПН;
- Д. Гипокалиемия.

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,Б,Г; 2-В, Г,Д.

Объем шунтового кровотока по АВФ зависит от:

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

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

Тип ремиссии:

1. Неполная ремиссия;
2. Полная ремиссия.

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.

1-А,Г; 2-В

1-А; 2-В

1-А,Г; 2-Б,В

1-Б,Г; 2-В,А

Установите соответствие между тактикой лечения и состоянием:

Лечение:

1. Требуется обязательного лечения антибактериальными препаратами;
2. Не требует лечения антибактериальными препаратами (только фитотерапия)

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.

1- В, Г; 2- А,Б, Д.

А) 1- А, Г; 2- Б, В, Д.

1- А,Б, В, Г; 2- Д.

1- А, В, Г; 2- Б, Д.

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

Комбинированный риск ТПН и ССО:

1. низкий;

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

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.

1 – В, Е; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Г.

1 – В; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Г, Е.

1 – В, Г; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Е.

1 – В, Д; 2 – А; 3 – Б; 4 – Г, Е.

Главное патофизиологическое звено нефротического криза:

В. Гиповолемия, снижение ОЦК

А. Гиперкалиемия

Б. Гипернатриемия

Г. Надпочечниковая недостаточность

Д. Гипокальциемия

Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

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

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

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

В. Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин

Д. ни один из перечисленных факторов

Важнейшим для диагностики нефротического синдрома является следующий показатель:

Б. Альбумин сыворотки ниже 30 г/л

А. Отеки

В. Гиперхолестеринемия

Г. Гиперкоагуляция

Д. Анемия

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

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 72ч.) снижение уровня альбумина сыворотки крови менее 20 г/л;
- В. Развитие «стероидного» диуреза со снижением ОЦК;
- Д. Снижение сердечного выброса.

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

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

В дебюте постренальной ОПН вследствие двустороннего нефролитиаза противопоказаны:

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

Отметьте наилучший вид постоянного сосудистого доступа для проведения процедур гемодиализа.

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

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.

- А. Артериальная гипотония
- Б. Позиционное сдавление фистульной руки во сне
- В. Артериальная гипертония

- Г. Вторичный гиперпаратиреоз
- Д. Анемия

Установите соответствие между видом ТМА и основным его патогенетическим механизмом:

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

Заболевание:

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

1-В; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-А; 6-В

1-Б; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-А; 6-В

1-А; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-Б; 6-В

1-В; 2-Д;. 3-В; 4-Г; Д. 5-А; 6-Б

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

Заболевание:

1. Рак паренхимы одной из почек;
2. Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит.

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

1-А,Б, В, Е; 2-Б, В, Д.

1-Б, В, Е; 2-Б, В, Д.

1- В, Е; 2-Б, В, Д.

1-Б, В, Е; 2-А,Б, В, Д.

Установите соответствие между заболеванием и лабораторными показателями:

Заболевание:

1. Хронический гепатит С;
2. Хронический гепатит В;
3. Алкогольная болезнь.

Лабораторные показатели:

- А. Высокий уровень IgA;
- Б. Криоглобулинемия;
- В. Повышение РФ;
- Г. Сниженного уровня компонентов комплемента (СН50, С3, С4).
- Д. HBs Ag+.

1-Б,В,Г; 2-Д; 3-А

1-Б,Г; 2-Д; 3-А,В

1-А,В,Г; 2-Д; 3-Б

1-В,ГД; 2-Б; 3-А

Установите соответствие между тактикой лечения и состоянием:

Тактика лечения:

1. Аллопуринол;
2. Гипопуриновая диета;
3. НПВП.

Состояние:

- А. Острый подагрический артрит;
- Б. Гиперурикемия ≤ 480 мкмоль/л (8 мг/дл);
- В. Гиперурикозурия ≥ 1100 при отягощенной наследственности;
- Г. Хронический рецидивирующий подагрический артрит.

1- В; 2- Б,Г; 3- А.

1- В, Г; 2- Б; 3- А.

1- В; 2- Б; 3- А, Г.

1- А, Г; 2- Б; 3- В.

Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов повышает экскрецию мочевой кислоты:

- В. каптоприл;
- Г. моноприл;
- Б. валсартан;
- А. лозартан;
- Д. ничего из перечисленного.

Перечислите показания к госпитализации в нефрологический стационар.

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

Не относятся к побочным действиям цитостатиков следующие состояния:

- В. Инфекционные осложнения
- А. Лейкопения
- Д. Экзогенный гиперкортицизм
- Б. Алопеция
- Г. Гонадотоксичность

Выделите наиболее редко встречающиеся этиологические факторы острого интерстициального нефрита.

- В. Паразитарные
- А. Лекарственные
- Г. Травматические
- Б. Вирусные
- Д. Иммунные

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

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

Нецелесообразно при гиповолемической дегидратации у пациентов с ОПП:

- В. вводить изотонический раствор натрия хлорида
- А. вводить кристаллоидные растворы
- Д. применять салуретики
- Б. вводить эритроцитарную массу для коррекции острой кровопотери
- Г. вводить кортикостероиды при сочетании дегидратации с шоком

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

1. Хронический гепатит С;
2. Хронический гепатит В;
3. Алкогольная болезнь;
4. Болезнь Вильсона-Коновалова.

Варианты поражения почек:

- А. Проксимальная канальцевая дисфункция;
- Б. IgA-нефропатия;
- В. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит;
- Г. Мембранозная нефропатия.

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А

1-А; 2-Г; 3-Б; 4-В

1-Г; 2-В; 3-Б; 4-А

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б

Укажите при каких состояниях выявляются данные осложнения:

Состояния:

1. Нефротический синдром;
2. Терапия цитостатиками.

Вид осложнений:

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

1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д.

1- А, Г; 2- Б, В, Д.

1- А, Б, В, Г; 2- Б, Д.

1- Б, Г; 2- А, В, Д.

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

Тактика ведения:

1. хирургическое лечение;
2. консервативное лечение.

Клиническая ситуация:

А. Мужчина 75лет, 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 56лет, 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 энalapрила снизилась до 35 мл/мин/1,73 м², при УЗДГ выявлен двусторонний стеноз почечных артерий (справа – незначительный, слева выраженный).

1 – А,Г; 2 – Б, В.

1 – А,Б; 2 – В,Г.

1 – А, В; 2 – Г, Б.

1 – Г, В; 2 – А, Б.

Что включает в себя понятие полная ремиссия ФГС?

А. Увеличение ПУ > 3,5 г/сут или > 3500 мг/г (> 350 мг/ммоль) к креатинину мочи

после того, как была достигнута полная ремиссия

В. Снижение ПУ до уровня $< 0,3$ г/сут или < 300 мг/г (< 30 мг/ммоль) к креатинину, нормальный уровень креатинина в сыворотке крови, уровень альбумина в сыворотке крови > 35 г/л.

Б. Персистирование ПУ, несмотря на лечение ПЗ в дозе 1 мг/кг/сут или 2 мг/кг через день, проводимое > 4 месяцев

Укажите соответствие между этиологической принадлежностью ОПП и используемым методом лечения:

Этиология ОПП:

1. Острая мочекишечная нефропатия;
2. БПГН ;
3. Аллергический ОТИН;
4. Миоренальный синдром;
5. Острый миоглобинурийный нефроз;
6. Постренальная ОПП.

Методы лечения:

А. Инфузионная ощелачивающая терапия;

Б. Гемодиализ;

В. Иммуносупрессивная терапия;

Г. Плазмаферез;

Д. Устранение острой обструкции мочевых путей;

Е. Гемодиализация.

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

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

1- А; 2- Б, 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

Диагностические критерии хронической болезни почек:

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;

А. повышение концентрации креатинина или мочевины в крови;

Б. обнаружение альбуминурии ≥ 30 мг/л;

Г. все перечисленное выше;

Д. ничего из перечисленного.

Основной критерий эффективности гемодиализе:

Б. уровень креатинина после ГД

Г. уровень гемоглобина

А. азот мочевины после ГД

В. расчет показателя Kt/v

Д. достижение «сухого» веса

Что из ниже перечисленного не рассматривается в качестве этиологического фактора БПГН?

- Б. Травма почки.
- А. Инфекции.
- В. Системные заболевания.
- Г. Экзогенные факторы (лекарственные средства и токсины).

Какая группа антигипертензивных лекарственных средств абсолютно противопоказана при беременности:

- А. Бета-адреноблокаторы
- Б. Ингибиторы АПФ
- В. Диуретики
- Г. Блокаторы медленных кальцевых каналов
- Д. Все перечисленные группы

Причины резистентности к эритропоэтину - это:

- Д. верно все
- А. дефицит железа
- Б. инфекция/воспаление
- В. злокачественные новообразования:
- Г. вторичный гиперпаратиреоз

Укажите наиболее частое осложнение острого почечного повреждения:

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

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

Какой метод диализа применяют при печеночно-почечной недостаточности:

- В. Альбуминовый диализ
- А. Интермитирующую гемодиафильтрацию
- Б. Гемодиафильтрацию
- Г. Перитонеальный диализ
- Д. Гемодиализ

Установите соответствие между нозологической формой и ее клиническими

проявлениями:

Нозологическая форма:

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

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.**

1-Г; 2-В; 3-Б; 4-А

1-А; 2-В; 3-Б; 4-Г

1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А

А) 1-Г; 2-Б; 3-В; 4-А

Установить соответствие между типом амилоидоза и основными клиническими проявлениями:

Заболевания:

- 1. AL – амилоидоз;**
- 2. Диализ ассоциированный амилоидоз (β_2 – МГ – амилоидоз);**
- 3. AA – амилоидоз**

Клинические симптомы:

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

1 – Б, В, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

1 – Б, В, Г; 2 – А; 3 – В, Д

1 – Б, В, Д; 2 – А; 3 – В, Г.

А) 1 – Б, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

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

ХБП:

- 1. ХБП отсутствует;**
- 2. Группа риска ХБП;**
- 3. ХБП С1 А3;**
- 4. ХБП С2 А3;**
- 5. ХБП С3Б А2;**

6. ХБП С4 АЗ;

7. ХБП С5Д.

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.

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

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

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

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

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.

Назовите патогенетический механизм развития первичной IgA-нефропатии.

В. Образование антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)

Г. Образование иммунных комплексов, в составе которых выявляются аутоантитела к ядерным и цитоплазматическим белкам.

А. Образование антител к базальной мембране клубочка

Б. Образование иммунных комплексов, в состав которых входит аномально гликозилированный IgA

Нецелесообразно при гиперволемической гипергидратации у пациентов с ОПП:

А. применение раствора сернокислой магнезии внутрь с целью вызвать диарею

Д. продолжение инфузионной терапии

Б. введение лазикса

В. лечение перитонеальным диализом

Г. лечение гемофильтрацией

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

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

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

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:

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

Установите соответствие между режимом терапии и заболеванием:

Терапия:

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

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.

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

1 – В; 2 – А; 3 – Б; 4 – Д; 5 – Г

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

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

Установите соответствие между причинами первичной и вторичной форм Болезни минимальных изменений:

Вариант болезни минимальных изменений:

- 1. Первичная БМИ;**
- 2. Вторичная БМИ.**

Возможные причины:

- 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.**

1-Д, Е; 2-А,Б,В,Г,Д

1-А,Е; 2-Б,В,Г,Д

1-Е; 2-А,Б,В,Г,Д

1-Б,Е; 2-А,В,Г,Д

Установите соответствие между заболеванием и клиническими проявлениями:

Заболевания:

- 1. Геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха;**
- 2. Узелковый полиартериит;**
- 3. Криоглобулинемический гломерулонефрит**

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)**

1-Б; 2-Г,Д; 3-А,В,Г,Е

1-Г; 2-Б,Д; 3-А,В,Г,Е

1-В; 2-А,Д; 3-А,В,Г,Е

1-А; 2-Г,Д; 3-А,В,Г,Е

Препарат выбора для снижения АД у беременных:

- В. Моноприл**
- Г. Фуросемид**
- Б. Метопролол**
- А. Допегит**
- Д. Лизиноприл**

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

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

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

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.

Показания к назначению:

- А. Протеинурия $>1,0$ г/сут и СКФ >50 мл/мин на $1,73\text{м}^2$;
- Б. Персистирующая протеинурия < 1 г/сут;
- В. ИГ-А нефропатия с полулуниями и быстрым снижением функции почек.

А) 1-А; 2-Б; 3-В.

1-Б; 2-А; 3-В.

А) 1-В; 2-А; 3-Б.

А) 1-Б; 2-В; 3-А.

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

Вариант поражения почек:

1. Мембранозная нефропатия;
2. АА-амилоидоз почек.

Заболевания:

- А. Системная красная волчанка;
- Б. Остеомиелит;
- В. НВУ-инфекция;
- Г. Солидные опухоли (карцинома желудка, легких и др.);
- Д. Лекарства (золото, пеницилламины и др.).

1- А, В, Г, Д; 2- Б, Г

1- А, В, Д; 2- Б, Г

1- А, В, Г; 2- Б, Г, Д

1- В, Г, Д; 2- А, Б, Г

Не характерно для идиопатического мембранозного ГН:

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

Г. Нормальный уровень комплемента

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

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

Ранние осложнения постоянного сосудистого доступа включают все, кроме:

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

При ХПН II стадии недиабетической этиологии нецелесообразно:

- 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
- Г. ограничение соли в еде < 5 г/сутки
- Д. применение энтеросорбентов

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

- Г. комбинации севеламера гидрохлорида с цинакальцетом
- А. применение несодержащих кальций фосфатсвязывающих препаратов (например, севеламера гидрохлорида)
- Б. монотерапия альфакальцидолом
- В. комбинации севеламера гидрохлорида и парикальцитолом
- Д. комбинации севеламера гидрохлорида с парикальцитолом и цинакальцетом

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

Прогноз ИГ-А нефропатии:

1. Благоприятный;
2. Неблагоприятный.

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.

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- Г, Е, Д, Ж; 2- А,Б,В,

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).

Показания к началу заместительной почечной терапии:

В. Уремическая прекома

А. Снижение скорости КФ менее 10 мл/мин

Д. Верно все

Б. Гиперкалиемия

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

Признаками микроангиопатического гемолиза являются:

А. снижение гемоглобина, шизоцитоз

Д. все перечисленное верно

Б. низкая концентрация гаптоглобина

В. Повышение ЛДГ

Г. реакция Кумбса отрицательная

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?

В. Проведение гемодиализа

Г. Трансфузионная терапия

А. Назначение антибиотиков

Б. Устранение обструкции мочевых путей

Д. Фитотерапия

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

В. Вторичный амилоидоз с поражением почек

Г. Хронический пиелонефрит

А. ХГН в стадии уремии

- Б. Миеломная болезнь
- Д. Поликистоз почек

Установите соответствие между типом поражения почек и их проявлениями:

Поражение почек:

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

Проявления:

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

1-А,Б; 2-В,Е; 3-Г,Д

1-А,В; 2-Б,Д; 3-Г,Е

1-А,Б; 2-В,Д; 3-Г,Е

1-А,Б; 2-В,Г; 3-Д,Е

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

Нецелесообразно при ОПП вследствие отравления метанолом:

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

Сопоставьте клиническую ситуацию у беременных и наиболее вероятный диагноз:

Диагноз:

1. Пиелонефрит беременных;
2. Нефропатия беременных;
3. Пиелозктазия/гидроуретеронефроз беременных
4. Эклампсия беременных.

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

1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б

1-Б; 2-А; 3-Г; 4-В

1-А; 2-В; 3-Г; 4-Б

1-В; 2-А; 3-Г; 4-Б

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. всех случаях скорость клубочковой фильтрации будет одинаковой

Гиперфильтрация представляет собой:

Г. все выше перечисленное

А. адаптационный механизм в условиях снижения количества функционирующих нефронов

Б. независимый фактор прогрессирования нефропатии

В. истощение почечного функционального резерва

Д. ничего из выше перечисленного

Средством выбора для лечения гипертонии при ОГН является:

Б. Диуретики

А. Ингибиторы АПФ

В. Допегит

Г. Коринфар

Д. β-блокаторы

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

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

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.**

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

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

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

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

Подберите для представленных в правой колонке клинических вариантов течения болезни минимальных изменений его описание из левой колонки:

Название:

- 1. Рецидив;**
- 2. Стероидная зависимость;**
- 3. Стероидная резистентность.**

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.

1-А; 2-Б; 3-В

1-Б; 2-А; 3-В

1-Б; 2-В; 3-А

1-В; 2-А; 3-Б

Соотнесите клинические проявления поражения почек с механизмами их развития:

Клинические проявления:

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

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.

1- А, Б, В; 2- Б, В, Д; 3- А, Г, Е

А) 1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д; 3- А, Г, Е

1- А, Б, Г; 2- А, В, Д; 3- А, Г, Е

А) 1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д; 3- А, Д, Е

Нехарактерным для болезни минимальных изменений является следующий признак:

Г. Внезапное начало

А. Селективная протеинурия

В. Артериальная гипертония

Б. Преимущественное развитие у детей

Д. Хороший прогноз

Укажите при каких состояниях выявляются данные осложнения:

Состояния:

1. Нефротический синдром;

2. Терапия глюкокортикостероидами.

Вид осложнений:

А. Тромбозы;

Б. Рецидивирующие инфекции;

В. Сахарный диабет;

Г. Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки;

Д. Остеопороз.

1- А, Б, Д; 2- А, Б, В, Г,

1- А, Б, Д; 2- Б, В, Г, Д

1- А, Б, Д; 2- А, Б, В, Г, Д

1- А, Б, Д; 2- А, В, Г, Д

Установите соответствие между препаратами и возможностью их применения при беременности:

1. возможно применение

2. противопоказан

Препарат:

А. Ингибиторзащищенные пенициллины (амоксиклав и др.);

Б. Фторхинолоны;

В. Тетрациклины;

Г. Цефалоспорины II, III поколения.

1 – А,Г; 2 – Б,В

1 – Б,В; 2 – А,Г

1 – А,Б; 2 – В,Г

Д) 1 – Б,Г; 2 – А,В

К наследственным гломерулярным нефропатиям относится все кроме:

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

Нехарактерный для острого почечного повреждения симптом:

- Б. Олигурия
- Г. Гиперкалиемия
- А. Острое начало
- В. Уменьшенные размеры почек
- Д. Коллапс

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

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

Установите соответствие между лабораторными показателями и заболеванием:

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.

Заболевание:

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

1-В; 2-Д; 3-Б; 4-Г; 5- А

1 – АБ; 2 – А; 3 – В; 4 – А,В; 5 – Д

1 – Б; 2 – А; 3 – В; 4 – Г; 5 – Д

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

У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение

2 недели состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Наиболее вероятный диагноз:

- В. Синдром Гудпасчера
- А. Постинфекционный гломерулонефрит
- Б. Гранулематоз Вегенера
- Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

Не относятся к побочным действиям цитостатиков

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

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

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

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

- Б. 10 мг в сутки
- Г. 0,5 - 1 мг в сутки
- А. 20 - 30 мг в сутки
- В. 2 мг в сутки
- Д. 500 мг в сутки

Для иммуносупрессии при АТП применяют:

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

Индукционная терапия цитостатиками при III и IV классе ВН может осуществляться:

- В. Мофетила микофенолатом в стартовой дозе 2,0-3,0г/сут
- А. Низкими дозами циклофосамида (пульсы ЦФА по 500мг раз в 2 нед. в течение 3 мес.
- Г. Любым из перечисленных режимов
- Б. Высокими дозами циклофосамида (пульсы ЦФА по 1000мг раз в мес. на

протяжении 6 мес.

Д. Ни одним из перечисленных режимов

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

Заболевание:

1. ХГН;
2. Камни в ЧЛС одной из почек.

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

1-А, В; 2-Б, Г, Д

1-А, В, Д; 2- А,Б, Г, Д

1-А, В, Д; 2-Б

1-А, В, Д; 2-Б, Г, Д

Осложнения на перитонеальном диализе

А. перитонит

Д. все выше перечисленное

Б. туннельные инфекции

В. кальцификация брюшины

Г. сердечнососудистые осложнения

Укажите соответствие между формой ОПП и основными механизмами ее развития:

Форма ОПП:

1. Рентгеноконтрастная нефропатия;
2. ОПП, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами;
3. Аминогликозидная нефротоксичность.

Механизмы развития:

А) Увеличение продукции эндотелина 1;

Б. Увеличение продукции тромбоксана А2;

В. Снижение продукции релаксирующих вазоактивных веществ (оксида азота, простагландинов, простаглицлинов); 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.

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

1- А, Б, Г; 2- Д, Е, Ж, З; 3- В; 4- Д

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

1- А, Б, В, Г; 2- Е, Ж, З; 3- В; 4- Д

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

Тип канальцевой дисфункции:

1. Синдром Бартера;

2. Синдром Гительмана;

3. Синдром Лиддла (псевдогиперальдостеронизм).

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.

1-Б; 2-А; 3-В

1-В; 2-А; 3-Б

1-В; 2-Б; 3-А

1-А; 2-В; 3-Б

Целевой уровень Hb у больных на гемодиализе:

Г. 120-130

А. 100-110

В. 110-120

Б. 90-100

Д. 130-140

Не относится к побочным эффектам кортикостероидов:

В. Артериальная гипертония

Г. Сахарного диабета

Б. Повышенной склонности к инфекциям

А. Нефротоксичность

Д. Все вышеперечисленное

Терапию глюкокортикостероидами (ГКС) у больных ОПСГН назначают в следующих ситуациях:

В. При сохраняющемся более 2-х недель нефротическом синдроме в случае невозможности проведения биопсии почки.

А. При быстро прогрессирующей почечной недостаточности.

Г. Во всех перечисленных случаях.

Б. При выявлении более 30% полулуний в биоптате почки.

Установите соответствие между заболеванием и клиническими проявлениями:

Заболевание:

- 1. Хронический гепатит С;**
- 2. Хронический гепатит В;**
- 3. Алкогольная болезнь.**

Клинические проявления:

- А. Контрактура Дюпюитрена;**
- Б. Узелковый полиартериит;**
- В. Гипертрофия околоушных слюнных желез;**
- Г. Триада Мельтцера (прогрессирующая общая слабость, кожная пурпура и артралгии);**
- Д. Сочетание ХГН с поражением печени, поджелудочной железы, миокардиодистрофией.**

1-Г; 2-Б; 3-А,В,Д

1-А; 2-Б; 3-В,Г,Д

А) 1-Д; 2-Б; 3-А,В,Г

А) 1-Б; 2-Г; 3-А,В,Д