

# Тесты с вопросами по специальности «Нефрология» для аттестации высшая категория

Купить базу с ответами можно здесь:

→ [medik-otvet.ru/product/nefrolog/](https://medik-otvet.ru/product/nefrolog/) ←

## Полезные ссылки

1) Тесты по "нефрологии" для аккредитации и других экзаменов (2500 вопросов)

→ [medik-otvet.ru/product/nefrologiya/](https://medik-otvet.ru/product/nefrologiya/)

2) Нефрология — ситуационные задачи

→ [medik-otvet.ru/product/nefrologu/](https://medik-otvet.ru/product/nefrologu/)

**Обратите внимание:** вопросы могут перемещаться между категориями и повторяться в разных разделах. Для полноценной подготовки рекомендуем изучить все категории.

**Быстрый поиск:** нажмите **Ctrl** + **F** и введите несколько первых слов вопроса подряд. Не копируйте вопрос целиком — переносы строк, лишние пробелы или скрытые символы могут помешать поиску. Если вопрос не находится, попробуйте ввести часть варианта ответа, а затем сравните найденный вопрос с исходным.

## высшая категория

[Вернуться в начало](#)

**Скорость кровотока через нормально функционирующую нативную артериовенозную фистулу составляет:**

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

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

1. Острая мочекишечная нефропатия;
  2. БПН ;
  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. Гемодиафильтрация.
- А. 1- А; 2- Б,Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6 - Д  
Б. 1- А; 2- Б, В, Е; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6 - Д  
В. 1- А, Б; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6 - Д  
Г. 1- А, Б; 2- Б, В, Г,Е; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А; 6 - Д

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

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

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

**Признаки анальгетической нефропатии:**

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

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

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

**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).
- А. 1- А,В; 2-Б; 3-Г,Д.
  - Б. 1- А,Б; 2-В; 3-Г,Д.
  - В. 1- В; 2-А,Б; 3-Г,Д.
  - Г. 1- Б; 2-АВ; 3-Г,Д.

**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

**Решение об удалении перитонеального катетера принимают**

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

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

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

**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.

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

**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:**

- А. ХГН в стадии уремии
- Б. Миеломная болезнь
- В. Вторичный амилоидоз с поражением почек
- Г. Хронический пиелонефрит
- Д. Поликистоз почек

**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 Мельцера(прогрессирующая общая слабость, кожная пурпура и артралгии)

А. 1-Г; 2-Б,Д; 3-А,В,Г,Е

Б. 1-Б; 2-Г,Д; 3-А,В,Г,Е

В. 1-В; 2-А,Д; 3-А,В,Г,Е

Г. 1-А; 2-Г,Д; 3-А,В,Г,Е

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

А. Сравнение уровня креатинина сыворотки обследуемого с референсными значениями

Б. Расчёт СКФ по формуле MDRD

В. Определение клиренса креатинина в пробе Реберга

Г. Расчёт СКФ по формуле CKD-EPI для креатинина

**Укажите наиболее частое осложнение острого почечного повреждения:**

А. Артериальная гипертония

Б. Гипокалиемия

В. Острые бактериальные инфекции

Г. Застойная сердечная недостаточность

Д. Вторичный гиперпаратиреоз

**Механизм действия экулизумаба связан с:**

А. Блокадой проксимальных компонентов комплемента

Б. Блокадой C3-конвертазы альтернативного пути активации комплемента

В. Блокадой C5 компонента комплемента

Г. Повреждением мембрано-атакующего комплекса

Д. Блокадой C3-конвертазы классического пути комплемента

**При ХПН II стадии нецелесообразно применение:**

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

**Нехарактерным для болезни минимальных изменений является следующий признак:**

- А. Селективная протеинурия
- Б. Преимущественное развитие у детей
- В. Артериальная гипертензия
- Г. Внезапное начало
- Д. Хороший прогноз

**Соотнесите клинические проявления поражения почек с механизмами их развития:**

**Клинические проявления:**

- 1. Нефротические отеки;
- 2. Артериальная гипертензия;
- 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.

А. 1- А, Б, В; 2- Б, В, Д; 3- А, Г, Е

Б. 1- А, Б, Г; 2- А, В, Д; 3- А, Г, Е

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

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

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

- 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
- Д. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы.

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

- А. Альбуминурия 450 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- Б. Альбуминурия 5 мг/г, СКФ 25 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- В. Альбуминурия 400 мг/г, СКФ 55 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- Г. Альбуминурия 150 мг/г, СКФ 40 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- Д. Верно все

**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 гематopoэтических стволовых клеток;**

**Д. Лекарственные препараты;**

**Е. Соответствия нет.**

А. 1-А,Е; 2-Б,В,Г,Д

Б. 1-Б,Е; 2-А,В,Г,Д

В. 1-Е; 2-А,Б,В,Г,Д

Г. 1-Д, Е; 2-А,Б,В,Г,Д

**К наследственным гломерулярным нефропатиям относится все кроме:**

А. Синдром Альпорта

Б. Синдром «нейл-пателла»

В. Синдром Пирсона

Г. Синдром Аспергера

Д. Синдром Бартера

**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%).

А. 1-А, Г, Е; 2- Б, В, Д, Ж

Б. 1-А, Г, Ж; 2- Б, В, Д, Е

В. 1-А, Г, Е, Ж; 2- Б, В, Д

Г. 1-А, Е, Ж; 2- А,Б, В, Д

**Нехарактерный для острого почечного повреждения симптом:**

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

**Неправильные положения, касающиеся пиелонефрита:**

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

**Показаниями к амбулаторной консультации нефролога являются:**

- 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)
- Д. верно все

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

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

**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.

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

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

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

**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. HBV-инфекция;
- Г. Сolidные опухоли (карцинома желудка, легких и др.);
- Д. Лекарства (золото, пеницилламины и др.).

- А. 1- А, В, Г, Д; 2- Б, Г
- Б. 1- А, В, Д; 2- Б, Г
- В. 1- А, В, Г; 2- Б, Г, Д
- Г. 1- В, Г, Д; 2- А,Б, Г

**Абсолютным показанием к прерыванию беременности с точки зрения нефролога является:**

- А. ПУ более 1г/л + сывороточный креатинин 100-150 мкмоль/л
- Б. эритроцитурия более 2000 в мл при нормальном уровне креатинина
- В. ПУ более 2 г/л + АД выше 140/90мм.рт.ст. при нормальном уровне креатинина
- Г. уровень креатинина более 200мкмоль/л в момент зачатия
- Д. ПУ более 3г/л при нормальном уровне креатинина

**Установить соответствие между типом амилоидоза и основными клиническими проявлениями: Заболевания:**

- 1. AL – амилоидоз;
- 2. Диализ ассоциированный амилоидоз (β2 – МГ – амилоидоз);
- 3. AA – амилоидоз Клинические симптомы:

А. Поражение опорно-двигательного аппарата;

Б. Поражения сердца;

В. Нефротический синдром;

Г. Периферическая нейропатия;

Д. Макроглоссия.

А. 1 – Б, В, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

Б. 1 – Б, В, Г; 2 – А; 3 – В, Д

В. 1 – Б, В, Д; 2 – А; 3 – В, Г.

Г. А) 1 – Б, Г, Д; 2 – А; 3 – В.

**Какой метод диализа применяют при печеночно-почечной недостаточности:**

- А. Интермиттирующую гемодиализацию
- Б. Гемодиализацию
- В. Альбуминовый диализ
- Г. Перитонеальный диализ
- Д. Гемодиализ

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

- А. Болезнь минимальных изменений
- Б. Мембранный нефрит
- В. Мезангиопролиферативный нефрит
- Г. Мембранопротролиферативный нефрит
- Д. Волчаночный нефрит

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

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

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

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

**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

**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.

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

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 АЗ;
  4. ХБП С2 АЗ;
  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 м<sup>2</sup>;
    - 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 м<sup>2</sup>;
    - Г. Женщина 45 лет, АД 140/90 мм рт.ст., протеинурия 1,0 г/л, СКФ 25 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
    - 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 м<sup>2</sup>;
    - Е. Мужчина 69 лет, АД 180/110 мм рт.ст., протеинурия 0,03 г/л, СКФ 34 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
    - 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 м<sup>2</sup>.
- А. 1 – А; 2 – В; 3 – Д; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – Ж.  
Б. 1 – Ж; 2 – В; 3 – А; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – Д.  
В. 1 – Ж; 2 – В; 3 – Д; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – А.  
Г. 1 – Ж; 2 – Д; 3 – В; 4 – Б; 5 – Е; 6 – Г; 7 – А.

Нехарактерным для туберкулеза мочевой системы клиническим признаком являются:

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

Нецелесообразно при гиповолемической дегидратации у пациентов с ОПП:

- 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
- Д. применять салуретики

К побочным эффектам ингибиторов кальцинейрина относится:

- А. Нефротоксичность
- Б. Нейротоксичность
- В. Артериальная гипертензия
- Г. Гиперплазия десен
- Д. Все вышеперечисленное

**Показания к диализной терапии при острой почечной недостаточности:**

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

**Самым ранним признаком поражения почек при ожирении является:**

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

**Причиной остронефритического синдрома могут быть:**

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

**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.

А. 1-А; 2-Б; 3-В

Б. 1-Б; 2-В; 3-А

В. 1-В; 2-А; 3-Б

Г. 1-Б; 2-А; 3-В

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 метаболиты 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)

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

Б. 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

В. 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

Г. 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

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.

А. 1- В, Г; 2- А, Б, Д

Б. 1- А,В, Г; 2- А, Б, Д

В. Б) 1- В, Г, Д; 2- А, Б, Д

Г. 1- Б, В, Г; 2- А, Б, Д

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

**Назовите патогенетический механизм развития первичной IgA-нефропатии.**

- А. Образование антител к базальной мембране клубочка
- Б. Образование иммунных комплексов, в состав которых входит аномально гликозилированный IgA
- В. Образование антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)
- Г. Образование иммунных комплексов, в составе которых выявляются аутоантитела к ядерным и цитоплазматическим белкам.

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

- А. При быстро прогрессирующей почечной недостаточности.
- Б. При выявлении более 30% полулуний в биоптате почки.
- В. При сохраняющемся более 2-х недель нефротическом синдроме в случае невозможности проведения биопсии почки.
- Г. Во всех перечисленных случаях.

**У больных ХБП IV стадией прием внутрь кетоаналогов аминокислот вызывает:**

- 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
- Д. верно все

**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?**

- А. Назначение антибиотиков
- Б. Устранение обструкции мочевых путей
- В. Проведение гемодиализа
- Г. Трансфузионная терапия
- Д. Фитотерапия

**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:**

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

**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 гипертензии;
  - Д. Ингибирование гиперпаратиреоза;
  - Е. Ингибирование сосудистого кальциноза, атеросклероза;
  - Ж. Коррекция метаболического ацидоза.

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

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 мочекишечная 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.

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

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).

Уровень физиологической ПУ у беременных не превышает:

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

Выберите определение БПГН.

- А. Патология второй половины беременности, характеризующаяся артериальной гипертензией, протеинурией, которая может обладать прогрессирующим течением с развитием критических состояний у матери и плода.  
Б. Наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более трех месяцев вне зависимости от нозологического диагноза.  
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.  
Г. Синдром стадийного нарастающего острого поражения почек от минимальных изменений почечной функции до ее полной утраты.

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. AL-амилоидоз;

В. Диабетическая нефропатия;

Г. Острый гломерулонефрит;

Д. Мембранозная нефропатия.

А. 1-А,Б,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В; 4-А,Д.

Б. 1-А,Б,В; 2-В,Г; 3-А,Б; 4-А,Б,В,Д.

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

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

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 м<sup>2</sup>, 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?

А. 1

Б. 2

В. 3

Г. 4

Д. 5

**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**

**А. 1-А; 2-В; 3-Г; 4-Б**

**Б. 1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б**

**В. 1-В; 2-А; 3-Г; 4-Б**

**Г. 1-Б; 2-А; 3-Г; 4-В**

**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**

**А. 1-А, В, Д; 2-Б**

**Б. 1-А, В; 2-Б, Г, Д**

**В. 1-А, В, Д; 2- А,Б, Г, Д**

**Г. 1-А, В, Д; 2-Б, Г, Д**

**Основной механизм развития ренальной анемии, все кроме**

**А. дефицит эритропоэтина**

**Б. влияние уремических токсинов**

**В. метаболический ацидоз**

**Г. хроническая кровопотеря на гемодиализе**

**Д. дефицит витамина В-12**

**Нецелесообразно при ОПП вследствие отравления метанолом:**

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

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

- А. Низкими дозами циклофосфида (пульсы ЦФА по 500мг раз в 2 нед. в течение 3 мес.
- Б. Высокими дозами циклофосфида (пульсы ЦФА по 1000мг раз в мес. на протяжении 6 мес.
- В. Мофетила микофенолатом в стартовой дозе 2,0-3,0г/сут
- Г. Любым из перечисленных режимов
- Д. Ни одним из перечисленных режимов

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

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

**Острым поражением почек, согласно критериям классификации RIFLE, является:**

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

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

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

**Острая мочекишная нефропатия может развиваться при:**

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

**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 м<sup>2</sup>;
- Б. Женщина 65 лет, АД 135/85 мм рт.ст., протеинурия 0,8 г/л, СКФ 75 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
- 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 м<sup>2</sup>;
- Г. Женщина 45 лет, АД 140/90 мм рт.ст., протеинурия 1,0 г/л, СКФ 40 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
- 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 м<sup>2</sup>;
- Е. Мужчина 68 лет, АД 160/100 мм рт.ст., протеинурия 0,6 г/л, СКФ 34 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.
- А. 1 – В, Е; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Г.
- Б. 1 – В, Г; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Е.
- В. 1 – В, Д; 2 – А; 3 – Б; 4 – Г, Е.
- Г. 1 – В; 2 – А, Д; 3 – Б; 4 – Г, Е.

**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. Гиперурикемия, 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.
- А. 1-Б; 2-В; 3-А.
- Б. 1-В; 2-Б; 3-А.
- В. 1-А; 2-Б; 3-В.
- Г. 1-В; 2-А; 3-В

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

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

**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 гипертензия;
- 3. Олигурия.

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

**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.

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

**Назовите группы риска развития ХБП**

- А. Больные артериальной гипертонией
- Б. Больные сахарным диабетом
- В. Лица, перенесшие нефрэктомию
- Г. Лица, имеющие прямых родственников, страдающих ХБП
- Д. Верно все

**Не характерно для острого интерстициального нефрита:**

- А. Лихорадка
- Б. Эозинофилия
- В. Гематурия
- Г. Острая почечная недостаточность
- Д. Массивная лейкоцитурия

**При ХПН I стадии для купирования гипертонического криза нецелесообразно:**

- 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)
- В. двойная блокада РААС с помощью комбинации ингибитора ренина алискирена с иАПФ или БРА
- Г. комбинация иАПФ (с преимущественно печеночным путем элиминации) с индапамидом МВ
- Д. комбинация фозиноприла с индапамидом МВ

**Не относятся к побочным действиям цитостатиков следующие состояния:**

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

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.

А. 1- А, Б, Д; 2- Б, В, Г, Д

Б. 1- А, Б, Д; 2- А, В, Г, Д

В. 1- А, Б, Д; 2- А, Б, В, Г,

Г. 1- А, Б, Д; 2- А, Б, В, Г, Д

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

А. 0,3 - 0,4 мг

Б. 0,5 - 0,6 мг

В. 0,7 - 0,8 мг

Г. 1 мг

Д. 3 мг

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.

А. 1-Г; 2-Д; 3-В; 4-Б; 5-А

Б. 1-Д; 2-Г; 3-А; 4-Б; 5-В

В. 1-Д; 2-Г; 3-В; 4-Б; 5-А

Г. 1-Б; 2-Г; 3-В; 4-Д; 5-А

**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+.**

А. 1-Б,Г; 2-Д; 3-А,В

Б. 1-А,В,Г; 2-Д; 3-Б

В. 1-В,ГД; 2-Б; 3-А

Г. 1-Б,В,Г; 2-Д; 3-А

**Перечислите показания к госпитализации в нефрологический стационар.**

А. Олигурия, анурия

Б. Быстро прогрессирующее снижение функции почек

В. Впервые выявленное нарушение функции почек

Г. Нефротический синдром

Д. верно все

**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.**

А. 1- А,Б,В; 2-Г,Д.

Б. 1- А,В,Г; 2-Б,Г,Д.

В. 1- А,Б,Г; 2-В, Г,Д.

Г. 1- А,Б,В,Г; 2-Г,Д.

**Что включает в себя понятие полная ремиссия ФСГС?**

А. Увеличение ПУ > 3,5 г/сут или > 3500 мг/г (> 350 мг/ммоль) к креатинину мочи после того, как была достигнута полная ремиссия

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

В. Снижение ПУ до уровня 35 г/л.

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

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

**Объем шунтового кровотока по АВФ зависит от:**

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

**Осложнения на перитонеальном диализе**

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

**Установите соответствие между нозологической формой и ее клиническими проявлениями: Нозологическая форма:**

1. Диабетическая нефропатия;
  2. ИГ-А нефропатия;
  3. Острая мочекишечная нефропатия;
  4. Уратный нефролитиаз . Клинические проявления:
    - А. Рентгеногемативные 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.
- А. 1-Г; 2-В; 3-Б; 4-А
  - Б. 1-А; 2-В; 3-Б; 4-Г
  - В. 1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А
  - Г. А) 1-Г; 2-Б; 3-В; 4-А

**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<sup>+</sup>;**

**Б. Обусловлен дефектом реабсорбции канальцами бикарбонатов HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>;**

**В. Щелочная реакция мочи;**

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

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

**А. 1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д**

**Б. 1- А, В, Г; 2- Б, В, Д**

**В. 1- Б, В, Г; 2- А, В, Д**

**Г. 1- А, В, Г,Д; 2- А, Б, В, Д**

**Снижение активности ADAMTS13 ниже 5% отмечается:**

**А. При STEC-ГУС**

**Б. При ТТП,**

**В. При аГУС,**

**Г. При катастрофическом АФС**

**Д. При Сепсисе.**

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

**А. Постинфекционный гломерулонефрит**

**Б. Гранулематоз Вегенера**

**В. Синдром Гудпасчера**

**Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите**

**Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке**

**Назовите важнейшие осложнения (побочные эффекты) петлевых диуретиков:**

**А. гиперурикемия**

**Б. гипокалиемия**

**В. снижение ОЦК**

**Г. гиперкальцийурия**

**Д. верно все**

**При ХПН II стадии недиабетической этиологии нецелесообразно:**

- А. использование стандартной диеты с содержанием белка 1,1-1,2 г/кг/сутки
- Б. использование диеты с содержанием белка 0,6 г/кг/сутки
- В. дополнение рациона эссенциальными аминокислотами
- Г. ограничение соли в еде < 5 г/сутки
- Д. применение энтеросорбентов

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

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

**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. Канальцевая 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:
  - А. 1- А,Б, Г, Д, Е, З; 2- А, Б,В,Ж,З
  - Б. 1- А,В, Г, Д, Е, З; 2-Б,В,Ж,З
  - В. 1- А,В, Г, Д, Е; 2-А,Б,В,Ж,З
  - Г. 1- А,В,Д, Е, З; 2-Б,В,Г,Ж,З

**Гиперфльтрация представляет собой:**

- А. адаптационный механизм в условиях снижения количества функционирующих нефронов
- Б. независимый фактор прогрессирования нефропатии
- В. истощение почечного функционального резерва
- Г. все выше перечисленное
- Д. ничего из выше перечисленного

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 м<sup>2</sup>, 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?

- А. 1
- Б. 2
- В. 3
- Г. 4
- Д. 5

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

Определите соответствие между процедурой (процессом) и количественным значением:

1. Рекомендуемое целевое значение  $\text{eKT/V}$  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
- А. 1-Д; 2-В; 3-Б; 4-Г; 5- А  
Б. 1-А; 2-В; 3-Б; 4-Г; 5-Д  
В. 1-В; 2-Д; 3-Б; 4-Г; 5- А  
Г. 1-Д; 2-В; 3-А; 4-Г; 5-Б

Нецелесообразно при гепаторенальном синдроме:

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

**Не характерно для синдрома Фанкони:**

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

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

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

**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 м<sup>2</sup>, 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
- Б. Хронический гломерулонефрит
- В. Гипертоническая болезнь с поражением почек (гипертоническая нефропатия)
- Г. Ишемическая болезнь почек
- Д. Хронический интерстициальный нефрит
- Е. Поликистозная болезнь почек

**Перечислите клинико-лабораторные признаки туберкулеза почек:**

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

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 тромбосана 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;
3. Повышение продукции АДГ, ренина и альдостерона.
  - А. 1- А, Б, В, Г; 2- Д, Е, Ж, З; 3- В; 4- Д
  - Б. 1- А, Б, Г; 2- Д, Е, Ж, З; 3- В; 4- Д
  - В. 1- А, Б, В, Г; 2- Е, Ж, З; 3- В; 4- Д
  - Г. 1- А, Б, В, Г; 2- Д, Е, Ж, З; 3- В; 4- Г,Д

На современном этапе выделяют стадий ХБП:

- А. 3
- Б. 5
- В. 2
- Г. 1
- Д. 7

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:

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

Дифференциальный диагноз при акушерской ТМА необходимо проводить с:

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

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:

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

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.

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

Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

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

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

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

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

**Не относится к побочным эффектам кортикостероидов:**

- А. Нефротоксичность
- Б. Повышенная склонности к инфекциям
- В. Артериальная гипертония
- Г. Сахарного диабета
- Д. Все вышеперечисленное

**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 мочевого инфекция.
- А. 1-А; 2- Б,В; 3- Г
  - Б. 1-А,В; 2-Б; 3- Г
  - В. 1-Б; 2-Б,В; 3- Г
  - Г. 1-А,Б; 2-В; 3- 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.

А. 1- А; 2- Г; 3- В; 4- Б.

Б. 1- А; 2- В; 3- Г; 4- Б.

В. 1- А; 2- Б; 3- Г; 4- В.

Г. 1- А; 2- В; 3- Б; 4- Г.

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

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

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 75 лет, АД 150/80 мм рт.ст., СКФ 40 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, 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 м<sup>2</sup>, 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 м<sup>2</sup>;

Г. Женщина 62 лет, АД 160/95 мм рт.ст., СКФ 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, после назначения эналаприла снизилась до 35 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при УЗИ выявлен двусторонний стеноз почечных артерий (справа – незначительный, слева выраженный).

А. 1 – Г, В; 2 – А, Б.

Б. 1 – А, В; 2 – Г, Б.

В. 1 – А, Г; 2 – Б, В.

Г. 1 – А, Б; 2 – В, Г.

**Главное патофизиологическое звено нефротического криза:**

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

**Назовите показания к применению диуретиков:**

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

**Укажите соответствие между этиологической принадлежностью ОПП и используемым методом лечения: Этиология ОПП:**

1. Острая мочекишечная некропатия,
  2. БПН,
  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. Гемодиафильтрация.
- А. 1- А; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Г,Е; 6- Д  
Б. 1- А, Б; 2- В, Г; 3- Б,В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д  
В. 1- Б; 2- В, Г; 3- Б, В; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- А,Д  
Г. 1- А, Б; 2- Е, Г; 3- В,Д; 4- А, Е; 5- А, Е; 6- Д

**Наиболее частым возбудителем неосложненных инфекций мочевых путей у беременных является:**

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

**Установите соответствие между тактикой лечения и состоянием: Тактика лечения:**

1. Аллопуринол;
  2. Гипопуриновая диета;
  3. НПВП. Состояние:
    - А. Острый подагрический артрит;
    - Б. Гиперурикемия  $\leq 480$  мкмоль/л (8 мг/дл);
    - В. Гиперурикозурия  $\geq 1100$  при отягощенной наследственности;
    - Г. Хронический рецидивирующий подагрический артрит.
- А. 1- В; 2- Б,Г; 3- А.  
Б. 1- В; 2- Б; 3- А, Г.  
В. 1- А, Г; 2- Б; 3- В.  
Г. 1- В, Г; 2- Б; 3- А.

**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.
- А. 1-В; 2-Г; 3-Б; 4-А  
Б. 1-А; 2-Г; 3-Б; 4-В  
В. 1-Г; 2-В; 3-Б; 4-А  
Г. 1-В; 2-Г; 3-А; 4-Б

**Ранние осложнения постоянного сосудистого доступа включают все, кроме:**

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

**Тромботическая микроангиопатия представляет собой клинко-морфологический синдром, который проявляется:**

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

**Больному с подагрической нефропатией рекомендуется:**

- А. Обильное питье
- Б. Прием ощелачивающих средств
- В. Диета с исключением пуринов
- Г. Все перечисленное
- Д. Ни одно из перечисленных мероприятий.

**Какое заболевание может развиваться в трансплантате как возвратная патология**

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

**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.
- А. 1-В; 2-А; 3-Б
  - Б. 1-Б; 2-А; 3-В
  - В. 1-В; 2-Б; 3-А
  - Г. 1-А; 2-В; 3-Б

**Диагностические критерии хронической болезни почек:**

- А. повышение концентрации креатинина или мочевины в крови;
- Б. обнаружение альбуминурии  $\geq 30$  мг/л;
- В. наличие маркеров почечного повреждения и/или снижение скорости клубочковой фильтрации до уровня  $<60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, которые сохраняются не менее 3 месяцев;
- Г. все перечисленное выше;
- Д. ничего из перечисленного.

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

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

**Осложнениями поликистоза почек являются:**

- А. Кровотечение в кисты или ретроперитонеальное пространство
- Б. Инфицирование кист
- В. Образование камней в почках
- Г. Эритроцитоз
- Д. Все перечисленное верно

**В дебюте постренальной ОПН вследствие двустороннего нефролитиаза противопоказаны:**

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

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

**Не относятся к побочным действиям цитостатиков**

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

**Средством выбора для лечения гипертонии при ОГН является:**

- А. Ингибиторы АПФ
- Б. Диуретики
- В. Допегит
- Г. Коринфар
- Д.  $\beta$ -блокаторы

**Гломерулонефрит может манифестировать:**

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

**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

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

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

**Признаками микроангиопатического гемолиза являются:**

- А. снижение гемоглобина, шизоцитоз
- Б. низкая концентрация гаптоглобина
- В. Повышение ЛДГ
- Г. реакция Кумбса отрицательная
- Д. все перечисленное верно

**Причины резистентности к эритропоэтину - это:**

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

**Выделите наиболее редко встречающиеся этиологические факторы острого интерстициального нефрита.**

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

**Назовите варианты поражения почек при инфекционном эндокардите.**

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

**Для иммуносупрессии при АТП применяют:**

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

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

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

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.

А. 1-Б,Е; 2- А,Б; 3- Д; 4-Г,В.

Б. 1- Е; 2- А,Г; 3- Б,Д; 4-В.

В. 1- Е; 2- А,Б; 3- Г,Д; 4-В.

Г. 1- А,Е; 2- Б; 3- Г,Д; 4-В.

**Острый тромбоз почечных вен проявляется:**

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

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

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

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

Безопасная прибавка в весе между процедурами ГД составляет:

- А. в пределах 3 литров  
Б. 4-5% от сухого веса больного  
В. 8-10% от сухого веса больного  
Г. в пределах 5 литров  
Д. любая, не вызывающая одышки перед процедурой

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.
- А. 1- А, Г; 2- Б, В, Д.  
Б. 1- А, Б, В, Г; 2- Б, Д.  
В. 1- А, Б, Г; 2- Б, В, Д.  
Г. 1- Б, Г; 2- А, В, Д.

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

- А. 20 г/л  
Б. 25 г/л  
В. 30 г/л  
Г. 35 г/л  
Д. 40 г/л

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

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

**Целевой уровень Нв у больных на гемодиализе:**

- А. 100-110
- Б. 90-100
- В. 110-120
- Г. 120-130
- Д. 130-140

**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.

**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

**Поражение почек в дебюте аГУС может быть представлено:**

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

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.

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

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

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

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

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

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

Необходимое суточное потребление белка больного на ГД - это:

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

Основной критерий эффективности гемодиализа:

- А. азот мочевины после ГД  
Б. уровень креатинина после ГД  
В. расчет показателя Kt/v  
Г. уровень гемоглобина  
Д. достижение «сухого» веса

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.

А. 1-А,Г; 2-В

Б. 1-А; 2-В

В. 1-А,Г; 2-Б,В

Г. 1-Б,Г; 2-В,А

Терапии стероидами показана при следующих заболеваниях:

А. Тромботическая микроангиопатия

Б. ХГН латентного типа

В. Амилоидоз с поражением почек

Г. Активный волчаночный нефрит

Д. Диабетическая нефропатия

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.

А. 1 – Б,В; 2 – А,Г

Б. 1 – А,Г; 2 – Б,В

В. 1 – А,Б; 2 – В,Г

Г. Д) 1 – Б,Г; 2 – А,В

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

А. Острый гломерулонефрит

Б. Острый пиелонефрит

В. ХГН, обострение

Г. Апостематозный нефрит

Д. Амилоидоз почек

**Показания к началу заместительной почечной терапии:**

- А. Снижение скорости КФ менее 10 мл/мин
- Б. Гиперкалиемия
- В. Уремическая прекома
- Г. Гипергидратация с неконтролируемой гипертензией с признаками хронической сердечной недостаточности, начинающегося отека легких.
- Д. Верно все

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

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

**Нецелесообразно при гиперволемической гипергидратации у пациентов с ОПП:**

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

**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. Прееклампсия;
- Д. Катастрофический антифосфолипидный синдром.

А. 1-Б; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-А; 6-В

Б. 1-А; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-Б; 6-В

В. 1-В; 2-Д;. 3-В; 4-Г; Д. 5-А; 6-Б

Г. 1-В; 2-Д;. 3-Б; 4-Г; Д. 5-А; 6-В

**Инфицированный сосудистый протез подлежит:**

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

**Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:**

- 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
- Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.
- Д. ни один из перечисленных факторов

**Действие диуретиков основано на:**

- А. увеличении СКФ
- Б. увеличении выведения «свободной» воды
- В. на уменьшении реабсорбции мочевины и увеличении ее экскреции
- Г. на уменьшении реабсорбции Na в канальцах почки

**Применение расчетных методов СКФ возможно при:**

- А. Нестандартной массе тела (истощение, ожирение, ампутация конечностей);
- Б. Беременности;
- В. Вегетарианской диете;
- Г. Нарушении метаболизма в скелетных мышцах (пара- и квадриплегия, миодистрофии).
- Д. Хронической почечной недостаточности

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

**Важнейшим для диагностики нефротического синдрома является следующий показатель:**

- А. Отеки
- Б. Альбумин сыворотки ниже 30 г/л
- В. Гиперхолестеринемия
- Г. Гиперкоагуляция
- Д. Анемия

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

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

**Препарат выбора для снижения АД у беременных:**

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

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

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

**Установите соответствие между клиническим проявлением и его характеристикой:**

**Клиническое проявление:**

- 1. полиурия;**
- 2. изостенурия;**
- 3. гипостенурия;**
- 4. гиперстенурия. Характеристика:**

**А. повышение суточного количества мочи  $\geq 3$  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-Б; 3-Г; 4-В**

**Б. 1-Б; 2-А; 3-Г; 4-В**

**В. 1-А; 2-Б; 3-В; 4-Г**

**Г. А) 1-А; 2-Г; 3-Б; 4-В**

**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:**

**А. Увеличение дозы преднизолона до 30 - 40 мг в сутки и сохранение беременности**

**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**

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

**Д. Назначение нефропротективной терапии**

**Соотнесите вид гематурии с различными вариантами поражения почек: Вид гематурии:**

**1. Почечная клубочковая;**

**2. Почечная не клубочковая;**

**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.**

**А. 1 – Б, В; 2-А, Г,Д; 3-Е,Ж.**

**Б. 1 – Б, В, Д; 2-А, Г; 3-Е,Ж.**

**В. 1 – Б, В, Ж; 2-А, Г; 3-Е,Д.**

**Г. 1 – Б, Г, Д; 2-А,В; 3-Е,Ж.**

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 Мельцера (прогрессирующая общая слабость, кожная пурпура и артралгии);
    - Д. Сочетание ХГН с поражением печени, поджелудочной железы, миокардиодистрофией.
- А. 1-А; 2-Б; 3-В,Г,Д  
Б. 1-Г; 2-Б; 3-А,В,Д  
В. А) 1-Д; 2-Б; 3-А,В,Г  
Г. А) 1-Б; 2-Г; 3-А,В,Д

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

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

**Нецелесообразно при гипохлоремическом алкалозе у пациентов с ОПП:**

- А. отмена салуретиков
- 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
- Д. принимать слабительные, энтеросорбенты

**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.

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

**Не характерно для идиопатического мембранозного ГН:**

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

**Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов повышает экскрецию мочевой кислоты:**

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

**Осложнениями острого пиелонефрита являются:**

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

**Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:**

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

**Не является показанием к назначению преднизолона:**

- А. Давность нефрита менее 2-х лет
- Б. Наличие нефротического синдрома
- В. Лекарственный нефрит
- Г. Нефрит с минимальными изменениями
- Д. Нефрит в стадии ХПН

**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.

А. 1- А,Б, В, Г; 2- Д.

Б. 1- А, В, Г; 2- Б, Д.

В. 1- В, Г; 2- А,Б, Д.

Г. А) 1- А, Г; 2- Б, В, Д.

**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-Б; 2-А; 3-В.

Б. А) 1-А; 2-Б; 3-В.

В. А) 1-В; 2-А; 3-Б.

Г. А) 1-Б; 2-В; 3-А.

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

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

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

Сегментарный или глобальный эндокапиллярный или экстракапиллярный гломерулонефрит с поражением более 50% клубочков характерен для \_\_\_\_\_ волчаночного нефрита

- А. Очагового  
Б. Минимального мезангиального  
В. Диффузного  
Г. Мезангиопролиферативного

К начальной форме туберкулёза почки относят

- А. Паренхиматозную  
Б. Кавернозную  
В. Фиброзно-кавернозную  
Г. Папиллит

**Внезапное быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек является проявлением**

- А. Синдрома острой почечной недостаточности
- Б. Нефротического синдрома
- В. Синдрома хронической почечной недостаточности
- Г. Мочевого синдрома

**Протеинурия бенс-джонса характерна для**

- А. Рака паренхимы почек
- Б. Множественной миеломы
- В. Хронического гломерулонефрита
- Г. Хронического пиелонефрита

**Исследование относительной плотности мочи позволяет оценить \_\_\_\_\_ функцию почек**

- А. Секреторную
- Б. Осморегулирующую
- В. Концентрационную
- Г. Фильтрационную

**Морфологические изменения в виде неравномерной толщины базальной мембраны, сужения просветов капилляров (на светооптическом уровне), резкого утолщения базальной мембраны, наличия полостей с остатками бывших там ранее отложений электронно-плотного материала (при электронной микроскопии) характерны для \_\_\_\_\_ стадии мембраноной нефропатии**

- А. 2
- Б. 1
- В. 4
- Г. 3

**Гемоглобинурия свидетельствует о**

- А. Нефротическом синдроме
- Б. Поражении печени
- В. Внутрисосудистом гемолизе
- Г. Миодистрофии

**Фактором риска прогрессирования хронической почечной недостаточности является высокий уровень**

- А. Лейкоцитов в разовой порции мочи
- Б. Неизмененных эритроцитов в разовой порции мочи
- В. Белка в моче
- Г. Дисморфных эритроцитов в разовой порции мочи

**В моче в норме встречается \_\_\_\_\_ эпителий**

- А. Мерцательный
- Б. Плоский
- В. Базальный
- Г. Атипический

**Отечный синдром при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов связан с**

- А. Задержкой натрия и воды
- Б. Развитием нефротического синдрома
- В. Гепато-ренальным синдромом
- Г. Острым почечным повреждением

**У пациента 65 лет с отягощенным по поликистозной болезни почек наследственным анамнезом ультразвуковым критерием аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек следует считать наличие \_\_\_\_\_ кист в \_\_\_\_\_**

- А. 4; Каждой почке
- Б. 4; Одной или обеих почках
- В. 2; Одной или обеих почках
- Г. 2; Каждой почке

**В план амбулаторного наблюдения за пациентом с хронической почечной недостаточностью включается консультация**

- А. Физиотерапевта
- Б. Колопроктолога
- В. Рентгенорадиолога
- Г. Кардиолога

**Ранним лабораторным признаком диабетической нефропатии является**

- А. Микроальбуминурия
- Б. Кетонурия
- В. Глюкозурия
- Г. Протеинурия

**Основным проявлением почечного несахарного диабета является**

- А. Диарея
- Б. Полиурия
- В. Гиперволемия
- Г. Олигурия

**Характерным клиническим проявлением криоглобулинемического мембранопролиферативного гломерулонефрита является**

- А. Развитие на фоне хронического вирусного гепатита С
- Б. Изолированный нефротический синдром, отсутствие гематурии
- В. Отсутствие кожных высыпаний
- Г. Безрецидивное течение

**Некроз почечных сосочков с острым повреждением почек на фоне атаки пиелонефрита часто развивается при одновременном наличии**

- А. Сахарного диабета
- Б. Реноваскулярной гипертензии
- В. Беременности
- Г. Артериальной гипертензии

**Диагноз диализного перитонита при цитологическом исследовании диализата подтверждается при содержании лейкоцитов более \_\_\_\_\_ в 1 мкл, \_\_\_\_\_ более 50%**

- А. 50; Нейтрофилов
- Б. 50; Эозинофилов
- В. 100; Нейтрофилов
- Г. 100; Эозинофилов

**К гистологическим признакам нефропатии, ассоциированной с антифосфолипидным синдромом, относят**

- А. Обнаружение клеточных полулуний
- Б. Утолщение и расщепление базальной мембраны
- В. Тромботическую микроангиопатию артериол и капилляров
- Г. Прлиферацию клеток эндотелия и мезангия

**Повышение биосовместимости диализных мембран достигается за счет**

- А. Максимального снижения площади поверхности мембран в диализаторах
- Б. Разработки альтернативных методов стерилизации диализаторов
- В. Разработки современных полимеров, интактных по отношению к компонентам крови
- Г. Максимального увеличения пористости мембран, что снижает площадь контакта полимера с кровью

**К особенностям синдрома запястного канала при диализном амилоидозе относят**

- А. Отсутствие болей, нарушений чувствительности и ограниченности в движениях руки
- Б. Более частое развитие на руке с фистулой, усиление болей во время гемодиализа
- В. Развитие на обеих руках, независимость характера болей от процедуры гемодиализа
- Г. Более частое развитие у женщин в период менопаузы или принимающих контрацептивы

**Применение мочегонных препаратов нежелательно при**

- А. Выраженном нефротическом синдроме
- Б. Идиопатических отеках у женщин
- В. Артериальной гипертонии
- Г. Гиперкалиемии

**К фактору риска гипотонии при назначении ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента относят**

- А. Сердечную недостаточность
- Б. Склеродермическую почку
- В. Нарушение ритма сердца
- Г. Амилоидную нефропатию

**Перитонеальный диализ рекомендуется начинать не ранее чем через \_\_\_\_\_ после имплантации катетера**

- А. 14 Дней
- Б. 7 Дней
- В. Сутки
- Г. Месяц

**Диализ проводится пациентам с хронической болезнью почек \_\_\_\_\_ стадии**

- А. 4
- Б. 5
- В. 1
- Г. 3

**К модифицируемым дополнительным факторам риска развития тромбозов при антифосфолипидном синдроме относят**

- А. Генетические формы тромбофилии
- Б. Лейденскую мутацию фактора V
- В. Возраст
- Г. Курение

**При радиационном поражении почек в первую очередь страдают**

- А. Клетки эндотелия
- Б. Мезангиальные клетки
- В. Подоциты
- Г. Тубулярные клетки

**Назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента требует осторожности при**

- А. Почечной недостаточности
- Б. Язвенном колите
- В. Циррозе печени
- Г. Почечно-каменной болезни

**Для гемодиализации используют**

- А. Супервысокопоточные мембранные массообменные устройства
- Б. Низкопоточные мембранные массообменные устройства
- В. Высокопоточные мембранные массообменные устройства
- Г. Гемосорбенты

**Острый гломерулонефрит чаще всего развивается при \_\_\_\_\_ инфекции**

- А. Стафилококковой
- Б. Грибковой
- В. Вирусной
- Г. Стрептококковой

**Целевой показатель индекса urr (urea reduction rate) при адекватном гемодиализе  $\geq$**

- А. 60
- Б. 70
- В. 65
- Г. 75

**Осложнением терапии препаратами эритропоэтина выступает**

- А. Тромбоцитопения
- Б. Гиперкалиемия
- В. Артериальная гипертензия
- Г. Снижение скорости клубочковой фильтрации

**Для определения плотности мочи и концентрационной функции почек проводится анализ мочи**

- А. На суточную протеинурию
- Б. По Зимницкому
- В. На суточную глюкозурию
- Г. По Нечипоренко

**При гломерулонефрите поражаются**

- А. Клубочки
- Б. Лоханки
- В. Канальцы и интерстиций
- Г. Почечные артерии

**У пациентов с волчаночным нефритом, длительно получающих глюкокортикоиды, одним из характерных осложнений является развитие**

- А. Агранулоцитоза
- Б. Остеопороза
- В. Нейротоксичности
- Г. Нефротоксичности

**Для верификации нозологической формы хронической болезни почек используют**

- А. Определение концентрации электролитов в сыворотке крови
- Б. Пробу Зимницкого
- В. Морфологическое исследование ткани почки
- Г. Пробу Нечипоренко

**При минимальной, начальной бездеструктивной форме нефротуберкулеза (1 стадия)**

- А. Возможно формирование стриктуры мочеточника
- Б. Развивается «четкообразная» деформация мочеточника
- В. Осложнения развиваются крайне редко
- Г. Осложнения развиваются во всех случаях

**При системном амилоидозе поражение нервной системы представлено**

- А. Симптомами периферической нейропатии и вегетативной дисфункции
- Б. Экстрапирамидными расстройствами
- В. Очаговой симптоматикой со стороны центральной нервной системы
- Г. Когнитивными нарушениями

**О правильно сформированной артерио-венозной фистуле для гемодиализа свидетельствует**

- А. Появление отека оперированной конечности
- Б. Наличие шума над областью фистулы
- В. Отсутствие шума над областью фистулы
- Г. Отсутствие пульса на оперированной конечности

**Почечный несахарный диабет обусловлен отсутствием чувствительности эпителиоцитов дистальных канальцев к**

- А. Инсулину
- Б. Антидиуретическому гормону
- В. Глюкозе
- Г. Соматотропному гормону

**Профилактическое лечение после выздоровления при остром нефрите**

- А. Проводится низкими дозами преднизолона длительно
- Б. Включает курсы антибиотиков перорально
- В. Не проводится
- Г. Проводится циклоспорином в течение полугода

**Поражение почек по типу гломерулонефрита типично при**

- А. Микроскопическом полиангиите
- Б. Болезни Такаясу
- В. Гигантоклеточном артериите
- Г. Узелковом полиартериите

**Инфицированный сосудистый протез артерио-венозной фистулы подлежит**

- А. Противовоспалительной терапии
- Б. Удалению
- В. Антибактериальной терапии
- Г. Лигированию

**Характерным морфологическим признаком всех заболеваний, сопровождающихся нефротическим синдромом, является**

- А. Кортикальный некроз
- Б. Наличие мезангиальных депозитов
- В. Утрата малых отростков подоцитов
- Г. Сегментарный склероз капиллярных петель

**Выписка из стационара пациента с сахарным диабетом и острым пиелонефритом возможна при**

- А. Восстановлении уродинамики, но сохраняющихся субфебрилитете, стойкой лейкоцитурии и бактериурии
- Б. Улучшении, но неполном восстановлении уродинамики, необходимости сохранения стента в мочевых путях, уменьшении, но не полной нормализации анализов крови и мочи
- В. Уменьшении выраженности температуры, лейкоцитоза, СОЭ, но сохраняющейся лейкоцитурии, отсутствии декомпенсации сахарного диабета
- Г. Нормализации температуры, анализов крови, мочи, восстановлении уродинамики мочевыводящих путей

**AI-амилоидоз с поражением почек проявляется**

- А. Мочевым синдромом
- Б. Нефротическим синдромом
- В. Остронефритическим синдромом
- Г. Острым почечным повреждением

**Препаратом, при применении которого возможно развитие почечного несахарного диабета, является**

- А. Цилнидипин
- Б. Амфотерицин В
- В. Хлорпромазин
- Г. Энтекавир

**К эндогенным причинам оксалатного нефролитиаза относят**

- А. Алкоголизм
- Б. Инфекции мочевых путей, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, синдром Кушинга
- В. Малое употребление жидкости
- Г. Подагру, гипотиреоз, синдром мальабсорбции, свинцовую интоксикацию, псориаз

**Гипотония у больного амилоидозом свидетельствует чаще всего о**

- А. Развитию почечной недостаточности
- Б. Поражении надпочечников
- В. Поражении почек
- Г. Недостатке натрия в диете

**Больным с нарушенной функцией почек (ХБП с3б-с5 без проявлений белково-энергетической недостаточности) рекомендуемое суточное потребление белка составляет \_\_\_\_\_ г/кг массы тела**

- А. 0,2-0,3
- Б. 0,6-0,8
- В. 0,3-0,5
- Г. 1,1-1,2

**Метаболическим нарушением, при котором возможно развитие гематурии, является**

- А. Гиперлипидемия
- Б. Гиперинсулинемия
- В. Гипероксалурия
- Г. Гипергликемия

**При нефротической форме гломерулонефрита отеки обычно**

- А. Распространенные, вплоть до анасарки
- Б. Умеренные
- В. Ограничиваются пастозностью век и голеней
- Г. Скрытые

**Основными жалобами пациента с острым пиелонефритом являются**

- А. Повышение температуры тела, сопровождающееся ознобом, боли в поясничной области
- Б. Отеки, повышение артериального давления, уменьшение количества выделяемой мочи
- В. Увеличение количества мочи, судороги
- Г. Артралгии, повышение температуры тела

**Ишемическая болезнь почек является следствием**

- А. Фибромускулярной дисплазии
- Б. Подагрической нефропатии
- В. Застойной сердечной недостаточности
- Г. Часто рецидивирующего пиелонефрита

**Почечный несахарный диабет может развиваться при длительном приеме**

- А. Эуфиллина
- Б. Препаратов лития
- В. Рыбьего жира
- Г. Ингибиторов АПФ

**Уратами называют соли \_\_\_\_\_ кислоты**

- А. Янтарной
- Б. Щавелевой
- В. Мочевой
- Г. Фосфорной

**Высокообъемной считается гемодиализация с чистым конвекционным объемом замещения более (в литрах)**

- А. 17,4
- Б. 24
- В. 15
- Г. 10

**Возрастные и половые особенности инфекций мочевых путей заключаются в том, что**

- А. С возрастом учащаются односторонние формы пиелонефрита
- Б. Женщины молодого и среднего возраста болеют чаще мужчин
- В. Различия в заболеваемости мужчин и женщин несущественны
- Г. Заболевания значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек

**Патогенез радиационной нефропатии связан с**

- А. Непосредственным повреждением тубулоцитов
- Б. Поражением эндотелия почечных клубочков
- В. Развитием иммунокомплексного воспаления
- Г. Воспалительной инфильтрацией интерстиция

**Четвертой стадии хронической болезни почек соответствует снижение скорости клубочковой фильтрации до \_\_\_\_\_ мл/мин/1.73м<sup>2</sup>**

- А. 30 - 44
- Б. 15 - 29
- В. 45 - 59
- Г. 60 - 89

**Если у пациента с хронической болезнью почек (ХБП) на момент осмотра отмечаются альбуминурия 225 мг/сут и скорость клубочковой фильтрации 50 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, то это соответствует стадии ХБП \_\_\_\_\_ и категории альбуминурии \_\_\_\_\_**

- А. С3б; А2
- Б. С3а; А3
- В. С3б; А3
- Г. С3а; А2

**Яблочный запах мочи характерен для больных**

- А. Сахарным диабетом
- Б. Пиелитом
- В. Пиелонефритом
- Г. Циститом

**Нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом, обусловлена тромботической микроангиопатией внутривисцеральных сосудов у пациентов с**

- А. Дефицитом ADAMTS-13
- Б. Циркулирующими антифосфолипидными антителами
- В. Циркулирующими антителами к цитоплазме нейтрофилов
- Г. Антителами к фактору H системы комплемента

**При хронической почечной недостаточности в крови пациента отмечается повышение уровня**

- А. С-реактивного белка
- Б. Креатинина
- В. Гамма глутамилтранспептидазы
- Г. Аланинаминотрансферазы

**К клинико-лабораторным проявлениям тубулоинтерстициального нефрита относят**

- А. Гипостенурию
- Б. Остронефритический синдром
- В. Макрогематурию
- Г. Нефротический синдром

**К наиболее характерному изменению на ЭКГ больных амилоидной кардиопатией относят**

- А. Нарушения проведения импульса внутри проводящей системы
- Б. Патологический Q-зубец
- В. Различные варианты тахикардий
- Г. Низкую амплитуду желудочкового комплекса в стандартных отведениях

**К ранним проявлениям уремической полиневропатии относят снижение \_\_\_\_\_ чувствительности**

- А. Болевой
- Б. Мышечно-суставной
- В. Вибрационной
- Г. Температурной

**Для диагностики амилоидогенной олигосекреторной моноклональной гаммапатии**

- А. Во всех случаях необходимо проведение иммунофенотипирования костного мозга и цитогенетическое выявление aberrаций генов иммуноглобулинов
- Б. Необходимы высокочувствительные методы иммунохимического анализа – иммунофиксации и количественного определения свободных легких цепей иммуноглобулинов
- В. Достаточно применить процедуру стандартного электрофореза сыворотки крови и мочи
- Г. Можно ограничиться иммуногистохимическим типированием моноклональных иммуноглобулинов в биоптате

**Для лечения гипертонического криза у беременных предпочтительным путем введения препарата является**

- А. Пероральный
- Б. Внутривенный
- В. Сублингвальный
- Г. Внутримышечный

**Проба нечипоренко позволяет**

- А. Оценить величину клубочковой фильтрации
- Б. Оценить степень гематурии и лейкоцитурии
- В. Уточнить величину относительной плотности мочи
- Г. Уточнить величину канальцевой реабсорбции

**Аутосомно-доминантный поликистоз почек обусловлен мутацией гена, кодирующего**

- А. Белок полицистин 1 или 2 (PC1 или PC2)
- Б. Подоцитарный белок нефрин
- В. Альфа-5 цепь коллагена IV типа
- Г. Мукопротеин Тамма ? Хорсфалла

**Для подтверждения наличия у пациента с отеками голеней и протеинурией 3 г/л нефротического синдрома необходимо определение в сыворотке крови уровня**

- А. Креатинина
- Б. Глюкозы
- В. Мочевины
- Г. Альбумина

**Рекомендуемая доза преднизолона per os для индукции ремиссии анти-бмк болезни составляет (в мг/кг)**

- А. 0,5
- Б. 1,0
- В. 0,25
- Г. 2,0

**Измерение величины скорости клубочковой фильтрации в пробе реберга-тареева основано на изучении клиренса**

- А. Глюкозы
- Б. Креатинина
- В. Белка
- Г. Мочевины

**Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают**

- А. Алопецию, фотосенсибилизацию, эритему «бабочка», артралгии, эпилептические припадки, синдром «матового стекла», внутригрудную лимфаденопатию, сенсорную полинейропатию, тромбозы
- Б. Геморрагическую сыпь, артралгии, синдром Рейно, периферическую полинейропатию
- В. Ревматоидные узелки над суставами кистей, лимфаденопатию, иридоциклит, альвеолит
- Г. Кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхэктазы

**Анализ мочи по нечипоренко позволяет определить**

- А. Выделительную функцию почек
- Б. Количество глюкозы в моче
- В. Количество форменных элементов в 1 мл мочи
- Г. Концентрационную функцию почек

**В качестве препарата первой линии у взрослых пациентов с первичным фокально-сегментарным гломерулосклерозом и нефротическим синдромом при наличии противопоказаний к применению высоких доз кортикостероидов рекомендуется использовать**

- А. Плаквенил
- Б. Циклоспорин
- В. Метотрексат
- Г. Ритуксимаб

**Типичным клиническим проявлением диализ-ассоциированного амилоидоза считают**

- А. Синдром запястного канала
- Б. Эритему «бабочка» на лице
- В. Артрит большого пальца стопы
- Г. Тофусы на ушных раковинах

**Наиболее частой этиологической причиной пиелонефрита является**

- А. Энтерококк
- Б. Стафилококк
- В. Протей
- Г. Кишечная палочка

**Проба Зимницкого заключается в определении \_\_\_\_\_, собранных пациентом в течение суток с интервалом в \_\_\_\_\_ часа**

- А. Относительной плотности мочи в шести порциях; 4
- Б. Количества белка в шести порциях; 4
- В. Относительной плотности мочи в восьми порциях; 3
- Г. Количества белка в восьми порциях; 3

**В первые дни болезни больному с острым гломерулонефритом рекомендуемое количество жидкости должно**

- А. Соответствовать диурезу
- Б. Составлять 2,0 л/сут
- В. Составлять 1,0 л/сут
- Г. Составлять 1,5 л/сут

**Фактором риска кальцификации сосудов при хронической болезни почек является**

- А. Снижение синтеза витамина Д
- Б. Снижение уровня костной фракции щелочной фосфатазы
- В. Снижение уровня паратиреоидного гормона
- Г. Увеличение концентрации кальция и фосфора в крови

**Характерным признаком мембранозной нефропатии является**

- А. Крайне низкий риск тромбоэмболических осложнений
- Б. Развитие нефротического синдрома в дебюте нефрита
- В. Быстрое прогрессирование почечной недостаточности
- Г. Транзиторная односторонняя болевая макрогематурия

**Процессы фильтрации у детей раннего возраста затрудняет**

- А. Цилиндрический эпителий в капсуле почечного клубочка
- Б. Внутрпочечное расположение почечных лоханок
- В. Кубический эпителий в капсуле почечного клубочка
- Г. Наличие коротких и узких канальцев

**Методом хирургического лечения ишемической нефропатии является**

- А. Ангиопластика почечных артерий
- Б. Склерозирование варикозных вен
- В. Установка кава-фильтра при тромбозе
- Г. Радиочастотная абляция почечных артерий

**Скринингу на бессимптомную бактериурию подлежат**

- А. Планирующие беременность женщины
- Б. Беременные женщины
- В. Небеременные пациентки с патологией почек
- Г. Подростки и пожилые пациенты

**Если у пациента с хронической болезнью почек (ХБП) на момент осмотра отмечаются альбуминурия 310 мг/сут и скорость клубочковой фильтрации 84 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, то это соответствует стадии ХБП \_\_\_\_ и категории альбуминурии \_\_\_\_**

- А. С2; А2
- Б. С2; А3
- В. С1; А2
- Г. С1; А3

**Патогномоничным симптомом а1-амилоидоза является**

- А. Макроглоссия
- Б. Хориоретинит
- В. Микроглоссия
- Г. Брахидактилия

**Визуализирующим методом, обладающим наибольшей чувствительностью и специфичностью для выявления нефролитиаза, является**

- А. Ретроградная пиелография
- Б. Компьютерная томография
- В. Цистоскопия
- Г. Нефросцинтиграфия

**Микроскопическая дифференциальная диагностика цилиндроида, выявляемого в осадке мочи, проводится с \_\_\_\_\_ цилиндром**

- А. Восковидным
- Б. Эритроцитарным
- В. Гиалиновым
- Г. Зернистым

**У пациента обнаружены цистиновые камни, наиболее вероятной причиной их развития является**

- А. Злоупотребление фуросемидом
- Б. Кальциурия
- В. Цистинурия
- Г. Избыточное потребление жидкости

**Для коррекции нутритивных нарушений больным с хронической болезнью почек 3-5 стадиями назначают**

- А. Препараты железа
- Б. Энтеросорбенты
- В. Изолят соевого белка
- Г. Эритропоэтины

**Отложение кальция в суставных хрящах отмечается при синдроме**

- А. Гительмана
- Б. Лиддла
- В. Бартера
- Г. Фанкони

**Гематурией называют появление в моче**

- А. Эритроцитов
- Б. Билирубина
- В. Лейкоцитов
- Г. Глюкозы

**Первичное поражение клубочкового аппарата почек отмечают при синдромах**

- А. Денис – Дреша и Фрезье
- Б. Шерешевского – Тернера
- В. Тестикулярной феминизации
- Г. Свайера и нечувствительности к андрогенам

**Ключевым фактором, влияющим на продолжительность функционирования почечного трансплантата, является**

- А. Половая принадлежность реципиента
- Б. Адекватность иммуносупрессивной терапии
- В. Наличие изолированной гематурии
- Г. Половая принадлежность донора

**Одним из критериев диагностики контраст-индуцированной нефропатии является**

- А. Развитие дизурии
- Б. Повышения креатинина сыворотки (SCr) на  $\geq 26,5$  мкмоль/л от исходного уровня в течение 48 часов
- В. Развитие полиурии
- Г. Повышение креатинина сыворотки крови на  $0,1$  мг/дл в течение недели после проведения рентгеноконтрастного исследования

**При немедикаментозном лечении хронического пиелонефрита**

- А. Необходимо назначение низкосолевой диеты
- Б. Объём выпиваемой жидкости не должен превышать 500–1000 мл/сут
- В. Объём выпиваемой жидкости должен составлять 2000–2500 мл/сут
- Г. Необходимо назначение низкобелковой диеты

**К препаратам выбора у пациентов с острым пиелонефритом средней степени тяжести относят**

- А. Цефалоспорины III поколения
- Б. Аминогликозиды
- В. Цефалоспорины II поколения
- Г. Уросептики

**Характерным признаком IgA нефропатии является**

- А. Проявление наиболее редкого варианта гломерулонефрита
- Б. Развитие заболевания вне связи с респираторной инфекцией
- В. Быстрый исход в терминальную ХПН
- Г. Наличие депозитов IgA в мезангии клубочков

**Длительность назначения антибиотикотерапии при пиелонефрите составляет (в днях)**

- А. Не менее 14
- Б. Не более 7
- В. Не более 5
- Г. Не менее 28

**У больного 40 лет с артериальным давлением 175/105 мм рт.ст., протеинурией 3,5 г/л, скоростью клубочковой фильтрации 25 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, уровнем калия сыворотки 6,0 ммоль/л наиболее оптимальной тактикой коррекции артериальной гипертензии является**

- А. Комбинация блокатора рецепторов ангиотензина II с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента
- Б. Комбинация блокатора рецепторов ангиотензина II с тиазидовым диуретиком
- В. Комбинация блокатора рецепторов ангиотензина II с петлевым диуретиком
- Г. Монотерапия блокатором рецепторов ангиотензина II в максимальной дозе

**В группе системных васкулитов у детей и подростков наиболее часто встречается**

- А. Узелковый полиартериит
- Б. Геморрагический васкулит
- В. Неспецифический аортоартериит
- Г. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)

**Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности формируется (выдается) на**

- А. 7 Дней
- Б. 10 Дней
- В. 5 Дней
- Г. Весь период дегельминтизации

**При хронической болезни почек стадии с1 соответствует уровень СКФ (скорость клубочковой фильтрации) \_\_\_\_\_ в мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>**

- А. Менее 45
- Б. 60-89
- В. 45-59
- Г. Более 90

**Дисфункцию трансплантированной почки условно разделяют на**

- А. Минимальную и умеренную
- Б. Острую и подострую
- В. Подострую и хроническую
- Г. Раннюю и позднюю

**Симптомом пиелонефрита является**

- А. Повышение систолического артериального давления
- Б. Наличие боли и напряжения мышц в поясничной области
- В. Стерильная лейкоцитурия
- Г. Наличие периферических отёков

**Наиболее оптимально для контроля артериального давления комбинировать блокаторы ангиотензиновых рецепторов II типа с**

- А. В-адреноблокатором
- Б. А-адреноблокатором
- В. Аβ-адреноблокатором
- Г. Диуретиком

**К патогенетической терапии для тромботической тромбоцитопенической пурпуры относят**

- А. Глюкокортикостероиды
- Б. Циклоспорин А
- В. Свежезамороженную плазму
- Г. Комплемент-блокирующую терапию

[Вернуться в начало](#)