

ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * правила внутреннего распорядка
- * показатели фондооснащенности и фондовооруженности
- * клинические рекомендации
- * требования техники безопасности

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАБОТУ ПРОТИВОТОЧНО-МНОЖИТЕЛЬНОГО МЕХАНИЗМА, ВЫСТУПАЕТ:

- * активный транспорт хлорида натрия в восходящем колене петли Генле
- * проксимальная реабсорбция натрия
- * клубочковая фильтрация
- * секреция мочевины

ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * мультиспиральная компьютерная томография почек
- * дуплексное исследование сосудов почек
- * ультразвуковое исследование
- * обзорная рентгенография органов мочевой системы

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- * тиазидоподобные диуретики
- * дигидропиридиновые антагонисты кальция
- * блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа
- * альфа, бета-адреноблокаторы

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * проба Реберга-Тареева
- * проба Зимницкого
- * УЗИ почек
- * проба Нечипоренко

БЕЛОК ТАММА-ХОРСФолЛА:

- * состоит из легких цепей
- * продуцируется при множественной миеломе
- * фильтруется из плазмы крови
- * секретируется эпителием извитых канальцев

К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ С ДОКАЗАННЫМ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ОТНОСЯТ:

- * бета-адреноблокаторы

- * дигидропиридиновые антагонисты кальция
- * альфа-адреноблокаторы
- * недигидропиридиновые антагонисты кальция

УКАЖИТЕ РАННИЙ СИМПТОМ ХПН:

- * боли в пояснице
- * снижение диуреза
- * кожный зуд
- * полиурия

ДЛЯ ХБП ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ:

- * снижение Са, повышение Р
- * снижение магния, снижение Р
- * увеличение Са, снижение Р
- * снижение Са, снижение Р

МОЛОЧНО-БЕЛЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ОБУСЛОВЛЕН ПОПАДАНИЕМ В НЕЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА:

- * уратов или оксалатов
- * жиров или лимфы
- * миоглобина или порфирина
- * билирубина или уробилина

ОСНОВНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:

- * ультразвуковое исследование
- * компьютерная томография
- * магнитно-резонансная томография
- * ангиография почек

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

_____ АРТЕРИОЛЫ:

- * сужение выносящей
- * расширение выносящей
- * сужение приносящей
- * расширение приносящей

ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ:

- * количества форменных элементов в
- * относительной плотности
- * количества глюкозы в
- * количества белка в

К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- * цилиндры
- * кристаллы
- * лейкоциты
- * эритроциты

В СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОЧКАХ РЕАБСОРБИРУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- * калий
- * натрий
- * хлор
- * вода

ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТ):

- * > 300
- * < 10
- * 30-299
- * 10-29

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ГЕНЕЗА БАКТЕРИУРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА МОЧИ:

- * по Нечипоренко
- * биохимического
- * по Зимницкому
- * бактериологического

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РЕЖЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ:

- * аритмия
- * гиперкалиемия
- * тератогенность
- * гипотония

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ПАЦИЕНТ ПОСЛЕ ПУНКЦИИ:

- * в течение 3 часов лежит на пузыре со льдом
- * в течение 3 часов лежит на теплой грелке
- * придерживается общего режима
- * соблюдает полупостельный режим

ФАКТОРОМ РИСКА РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * длительность диализной терапии
- * длительность антигипертензивной терапии
- * длительный анамнез курения
- * длительность гломерулонефрита

ЕВРОПЕЙСКИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- * петлевых диуретиков и спиронолактонов
- * препаратов центрального действия
- * бета-1-адреноблокаторов
- * блокаторов РААС

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АЛЬБУМИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИЗ МОЧИ:

- * разовой порции
- * по Зимницкому
- * по Аддису-Каковскому
- * суточной

ДЛЯ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК ПОДДЕРЖИВАТЬ КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИМЕНЯЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- * рН мочи
- * количества глюкозы в моче
- * количества белка в моче
- * удельного веса мочи

ЩЕТОЧНАЯ КАЙМА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ В:

- * проксимальном канальце
- * петле Генле
- * дистальном извитом канальце
- * связующем отделе

РЕАБСОРБЦИЯ ПРОФИЛЬТРОВАВШЕГОСЯ БЕЛКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ В:

- * проксимальном канальце
- * петле Генле
- * дистальном канальце
- * собирательной трубочке

НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ МОЧИ:

- * активная реабсорбция Na в восходящем колене петли Генле
- * активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле
- * воздействие АДГ на петлю Генле

- * активный транспорт воды в дистальном нефроне

РЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- * диспротеинемией с появлением белков с низкой молекулярной массой
- * примесью эякулята
- * нарушением фильтрации и реабсорбции белков в почках
- * попаданием экссудата при воспалении мочевыводящих путей

КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА :

- * отеки
- * сывороточный альбумин ниже 30 г/л
- * суточная протеинурия более 3,5 г
- * гиперхолестеринемия

ГЛЮКОЗУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ:

- * Бартера
- * Лиддла
- * Гительмана
- * Фанкони

ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * уратный нефролитиаз
- * острый гломерулонефрит
- * фибромускулярная дисплазия
- * амилоидная нефропатия

ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ РЕНОВАСКУЛЯРНУЮ БОЛЕЗНЬ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * обострение гломерулонефрита
- * неадекватный прием диуретиков
- * резистентная артериальная гипертензия
- * атрио-вентрикулярная блокада 2 степени

КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ?

- * цефалоспорины
- * макролиды
- * аминогликозиды
- * пенициллины

ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * острого пиелонефрита
- * некроза канальцев

- * нефритического синдрома
- * амилоидоза почек

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * большая доля клубочков с клеточными полулуниями
- * большая площадь тубулоинтерстициального фиброза
- * выраженная пролиферация гломерулярных клеток
- * выраженная воспалительная инфильтрация клубочков

В ДИСТАЛЬНОМ ИЗВИТОМ КАНАЛЬЦЕ ПРОИСХОДИТ РЕАБСОРБЦИЯ:

- * натрия, кальция
- * натрия, калия
- * натрия, воды
- * калия, хлоридов

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА:

- * Барттера
- * Лиддла
- * Гительмана
- * Фанкони

ЩЕТОЧНАЯ КАЙМА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ В:

- * проксимальном канальце
- * петле Генле
- * дистальном извитом канальце
- * связующем отделе

АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО (В ММ РТ. СТ.):

- * 60-70
- * 40-50
- * 20-30
- * 80-90

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ II ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * портальная гипертензия
- * двусторонний стеноз почечных артерий
- * пароксизм мерцания предсердий
- * подагрическая нефропатия

ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (БОЛЕЕ 3 Г/СУТКИ) БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЕЙ ЗАСТАВИТ ВАС ПОДУМАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО О:

- * циррозе печени
- * хроническом гломерулонефрите латентного течения
- * туберкулезе почек
- * парапротеинемических гемобластозах

УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНА – МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

- * снижение удельного веса мочи
- * лейкоцитурия
- * альбуминурия 30 – 300 мг/л
- * гематурия

РЕАБСОРБЦИЯ ПРОФИЛЬТРОВАВШЕГОСЯ БЕЛКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ В:

- * проксимальном канальце
- * петле Генле
- * дистальном канальце
- * собирательной трубочке

КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ:

- * цефалоспорины
- * макролиды
- * аминогликозиды
- * пенициллины

ДЛЯ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОД КАПСУЛУ ПОЧКИ ИЛИ В ПАРАНЕФРАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ ПОСЛЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО:

- * снижение артериального давления
- * увеличение выраженности отечного синдрома
- * повышение артериального давления
- * уменьшение выраженности отечного синдрома

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ОЧЕНЬ ВЫСОКОЙ АЛЬБУМИНУРИЕЙ (А3) ЯВЛЯЮТСЯ:

- * селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа
- * ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
- * агонисты имидазолиновых рецепторов

ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * сахарного диабета
- * некроза канальцев
- * некроза лоханки
- * амилоидоза почек

ФОРМОЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ НЕФРОПАТИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * коллаптоидный вариант фокально-сегментарного гломерулосклероза
- * тубуло-интерстициальный нефрит
- * лекарственная нефротоксичность
- * IgA-нефрит

НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ МОЧИ:

- * воздействие АДГ на петлю Генле.
- * активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле
- * активная реабсорбция Na в восходящем колена петли Генле
- * активный транспорт воды в дистальном нефроне

КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

- * отеки, суточная протеинурия более 1,5 г
- * сывороточный альбумин ниже 28 г/л
- * суточная протеинурия более 5,5 г
- * гиперхолестеринемия, отеки.

У БОЛЬНОГО ПРОТЕИНУРИЯ 9 Г/СУТКИ, В КРОВИ ГЕМОГЛОБИН 83 Г/Л, СОЭ 88 ММ/ЧАС, ОБЩИЙ БЕЛОК 95 Г/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДЗ:

- * опухоль почки
- * миеломная болезнь
- * хронический лимфолейкоз
- * амилоидоз почек

ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- * лекарственном нефрите
- * миеломной болезни
- * ревматоидном артрите
- * амилоидозе с поражением почек

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ:

- * хр. гломерулонефрит
- * IgA - нефрит
- * амилоидоз почек
- * синдром Альпорта

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ОБЛАДАЮЩИЕ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

- * диуретики
- * бета – блокаторы
- * ингибиторы АПФ
- * препараты центрального действия

КАК НАЗЫВАЕТСЯ ФИКСИРОВАННОЕ АНОМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК:

- * дистопия
- * нефроптоз
- * ротация
- * гипоплазия

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- * нарушение секреции
- * снижение фильтрации
- * нарушение реабсорбции
- * нарушение секреции и реабсорбции

КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЕЛОНЕФРИТА:

- * кишечная палочка
- * стрептококк
- * стафилакокк
- * пневмоциста

СОЧЕТАНИЕ ПУРПУРЫ, АСТЕНИИ, АРТРАЛГИЙ, НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * лекарственного нефрита
- * криоглобулинемического васкулита
- * хронического гломерулонефрита
- * геморрагического васкулита

КОРТИКОИД ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И КОРТИКОИД ЗАВИСИМОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- * IgA-нефропатии
- * волчаночного нефрита

- * болезни минимальных изменений и фокального сегментарного гломерулосклероза
- * мембранозной нефропатии

ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЕДЕТ:

- * увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст.
- * увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
- * увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- * снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА (ИЗ УКАЗАННЫХ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:

- * полусинтетические пенициллины
- * фторхинолоны
- * макролиды
- * тетрациклины

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНСТРИКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЦИКЛОСПОРИНА НА ПРИНОСЯЩУЮ АРТЕРИОЛУ КЛУБОЧКА ПОЧКИ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ:

- * тиазидные диуретики
- * бета-адреноблокаторы
- * петлевые диуретики
- * антагонисты кальция

ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- * обструктивная уропатия
- * хронический пиелонефрит
- * острый гломерулонефрит
- * узелковый полиартериит

ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЦИТОСТАТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * сахарный диабет
- * язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- * агранулоцитоз
- * проявление когнитивных расстройств

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭКУЛИЗУМАБА СВЯЗАН С БЛОКАДОЙ:

- * C3-конвертазы альтернативного пути активации комплемента
- * C5 компонента комплемента
- * C3-конвертазы классического пути активации комплемента
- * проксимальных компонентов комплемента

ПРЕПАРАТАМИ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМИ УХУДШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ЯВЛЯЮТСЯ:

- * агонисты имидазолиновых рецепторов
- * рентгеноконтрастные препараты
- * ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы
- * кальцийсодержащие фосфат-биндеры

ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ (НЕФРЭКТОМИИ) ПРИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ:

- * почечной недостаточности
- * малигнизации кист
- * артериальной гипертензии
- * аневризм краниальных сосудов

У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПУРПУРОЙ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С ЦИКЛОФОСФАМИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- * нефротического синдрома и/или нарушения функции почек
- * изолированной микрогематурии
- * минимального мочевого синдрома
- * кожного и суставного синдромов без висцеральных проявлений

ПРИ СИНДРОМЕ ФАНКОНИ ПОРАЖАЮТСЯ:

- * собирательные трубки
- * проксимальные почечные канальцы
- * клубочки почек
- * дистальные почечные канальцы

КАКИЕ ОРГАНЫ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ СТАРЧЕСКОМ АМИЛОИДОЗЕ:

- * сердце, аорта
- * головной мозг
- * почки
- * поджелудочная железа

ВОЗМОЖНОЕ ПОЧЕЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПОДАГРЕ ПОМИМО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА:

- * Мочекаменная болезнь
- * Синдром Фанкони Нефроптоз
- * Амилоидоз
- * Синдром Фанкони

КИСЛАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- * метаболическом алкалозе

- * остром нефрите
- * длительной рвоте
- * остром цистите

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОТЁКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * лимфостаз
- * нарушение венозного оттока
- * повышение проницаемости сосудистой стенки и гидростатического давления в капиллярах
- * снижение онкотического давления плазмы

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- * гиперальдостеронизм
- * снижение клубочковой фильтрации
- * повышение канальцевой реабсорбции воды
- * снижение онкотического давления белков плазмы

УКАЖИТЕ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА КРОВИ У БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- * 75 г/л
- * выше 85 г/л
- * ниже 65 г/л
- * выше 100 г/л

УКАЖИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ НЬ У ДИАЛИЗНОГО БОЛЬНОГО:

- * 90 г/л- 120 г/л
- * 110 г/л
- * 80- 90 г/л
- * Выше 130 г/л

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:

- * в снижении внутриклубочкового давления
- * в повышении внутиклубочкового давления
- * в расширении мезангия
- * в утолщении базальной мембраны капилляров

КАКУЮ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ С ЦЕЛЬЮ НЕФРОПРОТЕКЦИИ БОЛЬНОМУ С ХБП, СОБЛЮДАЮЩЕМУ НИЗКОСОЛЕВУЮ ДИЕТ:

- * бета – блокаторы + ингибиторы АПФ
- * антагонисты кальция
- * ингибиторы АПФ

- * блокаторы рецепторов к ангиотензину – II+ ингибиторы АПФ

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С ПРОТЕИНУРИЕЙ БОЛЬШЕ 3 Г В СУТКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

- * определение альбумина крови
- * определение АСТ и АЛТ
- * определение амилазы
- * определение гемоглобина крови

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- * иммунокомплексный
- * аутоиммунный
- * IgE – зависимый + иммунокомплексный
- * токсический

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭКУЛИЗУМАБА:

- * связывание фактора H + связывание C5
- * связывание C5 и блокирование терминальной части каскада комплемента
- * связывание Шига – токсина + связывание C5
- * связывание ф. Виллебрандта + связывание C5

ПРИ БОЛЕЗНИ ПЛОТНЫХ ДЕПОЗИТОВ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- * субэндотелиально
- * субэпителиально
- * интрамембранозно
- * нет правильного ответа

МОЧА С ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ, РАВНОЙ _____ Г/МЛ, ЯВЛЯЕТСЯ «ТОЧКОЙ ИЗОСТЕНУРИИ»

- * 1002
- * 1030
- * 1020
- * 1010

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ЛИПОИДНЫЙ НЕФРОЗ):

- * селективная протеинурия
- * преимущественное развитие у детей
- * артериальная гипертония
- * хороший прогноз

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- * в момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет
- * преобладают мужчины
- * уровень комплемента нормален
- * часто встречается макрогематурия

УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ НЕФРИТА, ПРИ КОТОРОЙ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНОМ БЕСПЕРСПЕКТИВНО:

- * минимальные изменения
- * мезангиопролиферативный
- * фибропластический
- * мембранозный

УКАЖИТЕ АДЕКВАТНУЮ ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА НА 1 КГ ВЕСА БОЛЬНОГО, КОТОРАЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА:

- * 0,3 - 0,4 мг
- * 0,5 - 0,6 мг
- * 0,7 - 0,8 мг
- * 1 мг

У 22-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ХГН НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА, НА КОЖЕ ЛЕВОГО БОКОВОГО ОТДЕЛА ЖИВОТА ПОЯВИЛСЯ ЧЕТКО ОТГРАНИЧЕННЫЙ УЧАСТОК ЯРКОЙ ЭРИТЕМЫ С ПЛОТНЫМ ОТЕКОМ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, ВАЛИКОМ ПО ПЕРИМЕТРУ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА ДО ФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР. ТИТРЫ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА И АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ ПОВЫШЕНЫ. УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ СЫВОРОТКИ 29 Г/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОПИСАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ:

- * рожеподобная эритема при нефротическом кризе
- * рожистое воспаление кожи
- * Тромбофлебит подкожных вен
- * узловатая эритема

УКАЖИТЕ ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ОБНАРУЖИВАТЬСЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ:

- * мезангиопролиферативный ГН
- * мембранополиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * мембранозный ГН

УКАЖИТЕ ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С:

- * мезангиопролиферативный ГН
- * мембранопролиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * мембранозный ГН

К ПОДОЦИТОПАТИЯМ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- * мезангиопролиферативный ГН
- * мембранопролиферативный ГН + Фокально – сегментарный гломерулосклероз
- * болезнь минимальных изменений + Фокально – сегментарный гломерулосклероз
- * фокально – сегментарный гломерулосклероз

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У НАРКОМАНОВ НЕРЕДКО ЯВЛЯЕТСЯ:

- * мезангиопролиферативный ГН
- * мембранопролиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * фокально – сегментарный гломерулосклероз

КАКОЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В АЗИАТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ:

- * Ig A – Нефропатия
- * мембранопролиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * фокально – сегментарный ГН

ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ:

- * Ig A – Нефропатия
- * мембранопролиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * фокально – сегментарный ГН

ПРИ КАКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫСОКА ОПАСНОСТЬ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ:

- * мезангиопролиферативный ГН
- * мембранопролиферативный ГН
- * болезнь минимальных изменений
- * мембранозный ГН

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- * снижение онкотического давления белков плазмы

- * снижение клубочковой фильтрации
- * повышение канальцевой реабсорбции воды
- * гиперальдостеронизм

УКАЖИТЕ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА КРОВИ У БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- * 75 г/л
- * выше 80 г/л
- * ниже 60 г/л
- * выше 100 г/л

КАКОЙ ИЗ ЭТИХ АНАЛИЗОВ МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН У БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- * белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения
- * белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате
- * белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате
- * белок 0, 2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 20 – 25 в поле зрения

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С ПРОТЕИНУРИЕЙ БОЛЬШЕ 3 Г В СУТКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

- * определение общего белка и альбуминов крови
- * определение АСТ и АЛТ
- * определение амилазы
- * определение гемоглобина крови

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- * иммунокомплексный
- * аутоиммунный
- * IgE – зависимый
- * Токсический

К ПОКАЗАНИЯМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ:

- * изолированную гематурию
- * умеренный мочево́й синдром
- * тяжелую артериальную гипертонию, эклампсию
- * прогрессирующее ухудшение функции почек

В ПЕРВЫЕ ДНИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ:

- * бессолевую
- * низкокалорийную
- * щадящую
- * основную

КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- * протеинурию, лейкоцитурию, бактериурию
- * гематурию, отёки, артериальную гипертензию
- * одышку, протеинурию, сердцебиение
- * сердцебиение, одышку, лейкоцитурию

ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * нефротический синдром
- * острый нефритический синдром
- * острое почечное повреждение
- * злокачественная артериальная гипертензия

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОТЁКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * снижение онкотического давления плазмы
- * нарушение венозного оттока
- * лимфостаз
- * повышение проницаемости сосудистой стенки и гидростатического давления в капиллярах

ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * переходный эпителий
- * гематурия
- * зернистые цилиндры
- * лейкоцитурия

ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ СДВИГОМ ПРИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * наличие низких титров антител к антигенам стрептококка
- * повышение титра почечных аутоантител в сочетании с низким уровнем комплемента
- * высокий уровень комплемента
- * наличие антинуклеарных антител

ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * дисметаболической нефропатии
- * острого цистита
- * острого первичного пиелонефрита
- * нефритической формы острого гломерулонефрита

К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ:

- * отеки
- * протеинурию
- * высокие титры АСЛО
- * гематурию

ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * бактериурия
- * наличие фосфатов в моче
- * лейкоцитурия
- * протеинурия

ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЁКИ ОБЫЧНО:

- * ограничиваются пастозностью век и голеней
- * скрытые
- * умеренные
- * распространённые, вплоть до анасарки

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * быстро нарастающая почечная недостаточность при нормальных или увеличенных размерах почек
- * скудный мочево́й синдром в виде микрогематурии
- * возможность развития спонтанных (без терапии) ремиссий
- * изолированный нефротический синдром

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * изолированный мочево́й синдром
- * макрогематурия
- * нефротический синдром с выраженной артериальной гипертензией
- * изолированный нефротический синдром

ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * олигурия
- * гипостенурия

- * экскреция белка 3 г/сут и более
- * гиперпротеинемия

ПЕРВОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) ПОМОЩЬЮ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * альфа-блокаторы и периферические вазодилататоры внутривенно
- * сердечные гликозиды
- * ингибиторы АПФ
- * высокие дозы петлевых диуретиков внутривенно

КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНАЛИЗОВ МОЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- * белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют
- * белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения
- * белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.
- * белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН «СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК» - ПЕРИОД ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ДО ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ:

- * быстро прогрессирующий ГН
- * хронический ГН, латентный вариант
- * острый ГН
- * хронический ГН, нефротический вариант

ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНЫЕ «ПОЛУЛУНИЯ» В БОЛЕЕ 50% КЛУБОЧКОВ:

- * быстро прогрессирующий ГН
- * хронический ГН, латентный вариант
- * острый ГН
- * хронический ГН, нефротический вариант

УКАЖИТЕ ОБЫЧНУЮ ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГН:

- * 1 – 1,5 мг/кг веса
- * 0,5 мг/кг веса
- * 3 мг/кг веса
- * 4 мг/кг веса

ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ТИПЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ИЗМЕНЕНИЙ КЛУБОЧКОВ ПРИ СВЕТООПТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

- * при мезангиопролиферативном
- * при мезангиокапиллярном
- * при мембранозном
- * при болезни минимальных изменений

КАКОЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- * мезангиопролиферативный
- * мезангиокапиллярный
- * мембранозный
- * болезнь минимальных изменений

ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ:

- * при мезангиопролиферативном
- * при мезангиокапиллярном
- * при мембранозном
- * при болезни минимальных изменений

У БОЛЬНОГО 16 ЛЕТ, В МАЕ ПЕРЕНЕСШЕГО АНГИНУ, В ИЮНЕ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОЛИГУРИЯ. ВАШ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * острая почечная недостаточность
- * хронический гломерулонефрит, нефротический синдром
- * постстрептококковый гломерулонефрит
- * острая ревматическая лихорадка

УКАЖИТЕ МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМУЮ ЧАСТОТУ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ЦИКЛОФОСФАНОМ (1000 МГ В/В):

- * 3 дня подряд
- * 1 раз в 3-4 дня
- * 1 раз в неделю
- * 1 раз в 3-4 недели

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ

- * ГН с минимальными изменениями
- * Мезангиопролиферативный ГН
- * Мембранозный ГН

* Мембранопролиферативный ГН

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИЗ МОЧИ:

- * по Аддису-Каковскому
- * разовой порции
- * по Зимницкому
- * суточной

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * блокаторы кальциевых каналов
- * блокаторы натриевых каналов
- * ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * спазмолитики

ОДНОЙ ИЗ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * болезнь минимальных изменений
- * IgA-нефропатия (болезнь Берже)
- * мембранозная нефропатия
- * фокально-сегментарный гломерулосклероз

К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ОТНОСЯТ:

- * цилиндрурию, гематурию
- * наличие в моче клеток Штернгеймера-Мальбина
- * низкую протеинурию
- * лейкоцитурию

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- * альфа, бета-адреноблокаторы
- * тиазидоподобные диуретики
- * ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * дигидропиридиновые антагонисты кальция

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

- * хроническом нефритическом синдроме, не верифицированном морфологически
- * болезни минимальных изменений
- * IgA-нефропатии с протеинурией менее 0,5 г/с
- * давности заболевания менее 2 лет

ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * кортикальный некроз
- * сегментарный склероз капиллярных петель
- * наличие мезангиальных депозитов
- * сглаженность малых ножек подоцитов

ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * диффузным расширением мезангия при световой микроскопии
- * образованием экстракапиллярных полулуний при световой микроскопии
- * диффузным сглаживанием малых отростков подоцитов при электронной микроскопии
- * склерозированием отдельных сегментов в части клубочков при световой микроскопии

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ:

- * IgA-нефропатии
- * стабильном течении мембрано-пролиферативного гломерулонефрита
- * подагрической почке
- * фокальном сегментарном гломерулосклерозе

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПО ТИПУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ТИПИЧНО ПРИ:

- * болезни Такаясу
- * узелковом полиартериите
- * микроскопическом полиангиите
- * гигантоклеточном артериите

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ IGA НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * проявление наиболее редкого варианта гломерулонефрита
- * наличие депозитов IgA в мезангии клубочков
- * развитие заболевания вне связи с респираторной инфекцией
- * быстрый исход в терминальную ХПН

ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЮТ:

- * гипертонический нефроангиосклероз
- * гломерулонефриты
- * аналгетическую нефропатию
- * цилиндр-нефропатию

В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОКАЛЬНОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЦИКЛОСПОРИН ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * когда в результате терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента удалось снизить протеинурию <3г/сут
- * при удвоении уровня сывороточного креатинина менее чем за 3 месяца
- * при наличии противопоказаний или непереносимости глюкокортикостероидов
- * при стойком снижении скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин

ПОВЫШЕННЫЕ ТИТРЫ АНТИТЕЛ К ПОДОЦИТАРНОМУ ТРАНСМЕМБРАННОМУ РЕЦЕПТОРУ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 М-ТИПА (АНТИТЕЛА К PLA2R) С ВЫСОКОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ УКАЗЫВАЮТ НА НАЛИЧИЕ _____ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ:

- * паранеопластической
- * аллоиммунной
- * первичной
- * вторичной

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (ГН), ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * болезнь минимальных изменений
- * диффузный пролиферативный ГН
- * мембранозная нефропатия
- * диффузный нефросклероз

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * синфарингитной гематурией
- * стойкой микрогематурией с эпизодами макрогематурии
- * редким развитием артериальной гипертензии в начале заболевания
- * частым развитием быстро прогрессирующей почечной недостаточности

ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНА ПРИ:

- * отсутствии эффекта от обычных доз преднизолона
- * терминальной стадии почечной недостаточности
- * нарастании анемии
- * быстро прогрессирующем течении нефрита

У БОЛЬНОГО – ОТЕКИ, ПОВЫШЕНИЕ АД, В МОЧЕ – БЕЛОК 0,8 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 10 – 15 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ 2-3 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. КАКОВ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * гломерулонефрит, нефротический синдром
- * гломерулонефрит, нефритические отеки
- * пиелонефрит
- * амилоидоз почек

У БОЛЬНОГО 16 ЛЕТ, В МАЕ ПЕРЕНЕСШЕГО АНГИНУ, В ИЮНЕ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОЛИГУРИЯ. ВАШ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * острая почечная недостаточность
- * хронический гломерулонефрит, нефротический синдром
- * постстрептококковый гломерулонефрит
- * острая ревматическая лихорадка

СРЕДИ НЕФРОПАТИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- * системном AL-амилоидозе
- * тубулоинтерстициальном нефрите
- * болезни минимальных изменений
- * мембранопролиферативном гломерулонефрите

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ: БЕЛОК 3,5 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 4 – 6 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ 15 – 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ГИАЛИНОВЫЕ 4 – 6 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ЗЕРНИСТЫЕ ЕДИНИЧНЫЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ:

- * гломерулонефрит
- * диабетическая нефропатия
- * рак мочевого пузыря
- * амилоидоз почек

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ: БЕЛОК 0,048 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 20 – 26 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ 0 – 1 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ОТСУТСТВУЮТ:

- * гломерулонефрит,
- * диабетическая нефропатия,
- * рак почки,
- * пиелонефрит в ст. обострения

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * частым развитием быстро прогрессирующей почечной недостаточности
- * развитием нефротического синдрома у большинства больных
- * стойкой микрогематурией с эпизодами макрогематурии
- * синфарингитной гематурией

ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМАТУРИИ ПРИ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * наличие в моче более 70% измененных эритроцитов
- * сочетание с бактериурией
- * наличие в моче более 70% неизмененных эритроцитов
- * болевая макрогематурия

В КАЧЕСТВЕ ИНИЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ИММУНОКОМПЛЕКСНОГО МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРЕДЛАГАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- * кортикостероидов в сверхвысоких дозах
- * циклоспорина в сочетании с низкими дозами кортикостероидов
- * циклофосфамида в сочетании с низкими дозами кортикостероидов
- * метотрексата в сочетании с ренопротективной терапией

ВАЖНЕЙШИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * гиперхолестеринемия
- * протеинурия (менее 3 г/сутки)
- * гипоальбуминемия (менее 30 г/л)
- * гиперкоагуляция

ИНГИБИТОРЫ КАЛЬЦИНЕЙРИНА ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ:

- * фокально сегментарном гломерулосклерозе
- * любых гломерулонефритах
- * быстро прогрессирующем гломерулонефрите
- * волчаночном нефрите III и IV классов

РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЭПИЗОДАМИ МАКРОГЕМАТУРИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ:

- * гранулематозе с полиангиитом
- * узелковом полиартериите
- * криоглобулинемическом васкулите
- * IgA-васкулите

К ОДНОМУ ИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ:

- * назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- * назначение блокаторов кальциевых каналов группы верапамила
- * ограничение приема натрия
- * полное прекращение приема жидкости

ПРИ ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ С:

- * преднизолона
- * капотена
- * курантила

* делагила

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПО ТИПУ ПЕРВИЧНОЙ IgA-НЕФРОПАТИИ
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- * целиакии
- * IgA-васкулите
- * болезни Такаясу
- * болезни Берже

ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА
«ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ» ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- * ультразвукового исследования
- * радиоизотопной сцинтиграфии
- * компьютерной томографии почек
- * пункционной биопсии почек

ПРИ ВЫСОКОЙ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЫДЕЛЕНИЕ
БЕЛКА В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В Г/СУТКИ):

- * до 3,0
- * более 5
- * до 0,5
- * более 3,5

К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ:

- * канальцевый некроз
- * тромботическую микроангиопатию
- * болезнь минимальных изменений
- * тубулоинтерстициальный нефрит

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО
ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:

- * гидронефроз
- * мембранозная нефропатия
- * нефроангиосклероз
- * амилоидоз

ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ С
УСТАНОВЛЕННОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ
БИОПСИИ ПОЧКИ, С СУТОЧНОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ 1,0-2,0 Г,
ЯВЛЯЕТСЯ:

- * преднизолон по 60 мг/сут в сочетании с цитостатиком
- * преднизолон в сочетании с циклоспорином в дозе 4 мг/кг/сут
- * расширенный онкопоиск
- * циклоспорин в дозе 4 мг/кг/сут

БОЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:

- * персистировании протеинурии > 4 г/сут в течение как минимум 6 месяцев, несмотря на проведение нефропротективной терапии
- * стабильном повышении уровня креатинина в крови $> 3,5$ мг/дл
- * наличии тяжелых или потенциально жизнеугрожающих инфекций
- * уменьшении размеров почек по данным ультразвукового исследования (длина почки < 8 см)

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ: БЕЛОК 3,5 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 4 – 6 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ 15 – 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ГИАЛИНОВЫЕ 4 – 6 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ЗЕРНИСТЫЕ ЕДИНИЧНЫЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ:

- * гломерулонефрит
- * диабетическая нефропатия
- * рак мочевого пузыря
- * амилоидоз почек

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ: БЕЛОК 0,048 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 20 – 26 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ 0 – 1 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЦИЛИНДРЫ ОТСУТСТВУЮТ:

- * гломерулонефрит,
- * диабетическая нефропатия,
- * рак почки,
- * пиелонефрит в ст. обострения

ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * развитие изолированного нефротического синдрома
- * прогрессирующее течение хронической болезни почек
- * стероидорезистентность
- * сочетание нефротического синдрома с гематурией

САМЫМ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * гематурический
- * нефротический
- * гипертонический
- * латентный

МЕМБРАНОЗНАЯ НЕФРОПАТИЯ:

- * может иметь паранеопластический характер
- * во всех случаях требует немедленной патогенетической терапии

- * не характеризуется спонтанными ремиссиями
- * не требует доказательств идиопатического характера заболевания

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИНЦИПОМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК:

- * вопрос о выборе лечения по поводу гломерулонефрита должен решаться только по данным анализов мочи
- * при наличии лейкоцитурии во всех случаях биопсия почки противопоказана
- * во всех случаях нефротического синдрома показана пункционная биопсия почки
- * верификация диагноза любого заболевания почек требует пункционной биопсии

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ И АНТИПРОТЕИНУРИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ, БЛОКИРУЮЩИХ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВУЮ СИСТЕМУ, УСИЛИВАЕТСЯ:

- * продуктами, богатыми пуринами
- * продуктами с высоким гликемическим индексом
- * аэробными физическими нагрузками
- * низкосолевой и малобелковой диетой

НАИЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОТЕРАПИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ:

- * амилоидозе
- * липоидном нефрозе
- * фокальном сегментарном гломерулосклерозе
- * мембранозной нефропатии

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * экстракапиллярного гломерулонефрита
- * фокального сегментарного гломерулосклероза
- * амилоидоза почек
- * диабетической нефропатии

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * наличие генерализованных отёков с развитием полостных отёков (асцита, гидроторакса, гидроперикада)
- * быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- * артериальная гипертензия
- * наличие минимальных изменений в моче осадке (незначительная эритроцитурия, гиалиновые цилиндры)

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ:

- * IgA-нефропатии с минимальным мочевым синдромом
- * диффузном склерозирующем нефрите
- * амилоидозе почек
- * истинной склеродермической почке

ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ
ВТОРИЧНЫЙ АА - АМИЛОИДОЗ:

- * при ревматоидном артрите
- * при бронхоэктазах
- * при остром бронхите
- * при неспецифическом язвенном колите

НАЛИЧИЕ КАКОГО КОМПОНЕНТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
ПРЕДШЕСТВУЕТ ВТОРИЧНОМУ АМИЛОИДОЗУ:

- * преальбумина
- * легких цепей иммуноглобулинов
- * белка АА
- * В2-микροглобулин

НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮЩИЕСЯ
ПРИЧИНОЙ АА – АМИЛОИДОЗА

- * поликистоз почек
- * острый лейкоз
- * сахарный диабет
- * ревматоидный артрит

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО AL – АМИЛОИДОЗА НЕ
ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- * мелфалан + дексаметазон
- * бортезомиб + дексаметазон
- * трансплантация костного мозга
- * циклофосфан

АМИЛОИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- * остеомиелите
- * ревматоидном артрите
- * гипертонической болезни
- * пневмонии

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НЕ
ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ:

- * острый гломерулонефрит
- * IgA - нефрит
- * амилоидоз почек

* синдром Альпорта

УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК:

- * амилоидоз почек
- * простатит
- * хронический пиелонефрит
- * хронический гломерулонефрит

АМИЛОИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- * остеомиелите
- * ревматоидном артрите
- * гипертонической болезни
- * пневмонии

УКАЖИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АМИЛОИДОЗА ПРИЗНАК:

- * увеличение СОЭ
- * гиперпротеинемия
- * гиперлипидемия
- * гипопротеинемия

У БОЛЬНОГО НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТО - И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, НАРУШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ В КИШЕЧНИКЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * амилоидоз
- * системная красная волчанка
- * миеломная болезнь
- * системная склеродермия

НАЗОВИТЕ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ:

- * ингибиторы АПФ
- * диуретики
- * бета – блокаторы
- * блокаторы кальциевых каналов дигидропиридиновые

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * хорошо купируется стероидами
- * сохраняется при развитии ХПН
- * хорошо купируется НПВС
- * исчезает при развитии ХПН

УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АМИЛОИДОЗА ПРИЗНАК:

- * низкое СОЭ

- * гиперпротеинемия
- * гиперфибриногенемия
- * гипопротеинемия

У БОЛЬНОГО НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТО - И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, НАРУШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ В КИШЕЧНИКЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * миеломная болезнь
- * системная красная волчанка
- * амилоидоз
- * ревматоидный артрит

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО AL – АМИЛОИДОЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- * мелфалан + дексаметазон
- * бортезомиб + дексаметазон
- * трансплантация костного мозга
- * все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА:

- * ткани почки
- * слизистой оболочки прямой кишки
- * подкожного жира
- * десны

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ:

- * острый гломерулонефрит
- * IgA - нефрит
- * амилоидоз почек
- * синдром Альпорта

УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК:

- * сахарный диабет
- * амилоидоз почек
- * хронический цистит
- * хронический гломерулонефрит

КАКОЙ БЕЛОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА ПРИ AA - АМИЛОИДОЗЕ:

- * транстиретин
- * С – реактивный белок
- * легкие цепи иммуноглобулинов
- * белок SAA

КАКОЙ БЕЛОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА ПРИ AL - АМИЛОИДОЗЕ:

- * Белок SAA
- * С – реактивный белок
- * легкие цепи иммуноглобулинов
- * транстретин

КАКОЙ БЕЛОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА ПРИ СТАРЧЕСКОМ АМИЛОИДОЗЕ:

- * Белок SAA
- * С – реактивный белок
- * легкие цепи иммуноглобулинов
- * транстретин

КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНАЛИЗОВ МОЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПРОТЕИНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ТИПИЧНОГО АА – АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК:

- * белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют
- * белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения
- * белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.
- * белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНАЛИЗОВ МОЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ТИПИЧНОГО АА – АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК:

- * белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют
- * белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения
- * белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.
- * белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИЧИНОЙ АА – АМИЛОИДОЗА:

- * поликистоз почек
- * острый лейкоз
- * сахарный диабет
- * язвенный колит

У 23 – ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, В ТЕЧЕНИЕ 4 ЛЕТ СТРАДАЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ТАЗА, ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, АСЦИТ, ГИДРОТОРАКС. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. В КРОВИ – ТРОМБОЦИТОЗ $568 \times 10^9/\text{л}$, ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕН*
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * постинфекционный ГН
- * декомпенсированный цирроз печени
- * АА – амилоидоз
- * миелопролиферативный синдром

КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК:

- * гепарин
- * норфлоксацин
- * колхицин
- * преднизоло

КАКИЕ ОРГАНЫ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ СТАРЧЕСКОМ АМИЛОИДОЗЕ:

- * сердце, аорта
- * головной мозг
- * почки
- * поджелудочная железа

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * легко купируется стероидами
- * сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
- * встречается очень редко
- * исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

КАКИЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ АМИЛОИДОЗОМ:

- * системная красная волчанка
- * ревматоидный артрит
- * склеродермия
- * узелковый полиартериит

У 27-ЛЕТНЕГО АРМЯНИНА, СТРАДАЮЩЕГО В ТЕЧЕНИЕ 15 ЛЕТ ПРИСТУПАМИ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ, 2 ГОДА НАЗАД ПОЯВИЛАСЬ ПРОТЕИНУРИЯ С БЫСТРЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА. У КУЗИНЫ ПАЦИЕНТА

АНАЛОГИЧНЫЕ БОЛЕВЫЕ ПРИСТУПЫ, ДЯДЯ УМЕР ОТ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

- * наследственный нефрит
- * периодическая болезнь, амилоидоз
- * системная красная волчанка
- * хронический гломерулонефрит

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМИЛОИДОЗА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КОЛХИЦИН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ:

- * 20 - 30 мг в сутки
- * 10 мг в сутки
- * 2 мг в сутки
- * 0,5 - 1 мг в сутки

У БОЛЬНОГО – ОТЕКИ, ПОВЫШЕНИЕ АД, В МОЧЕ – БЕЛОК 0,8 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 10 – 15 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ 2-3 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. КАКОВ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * гломерулонефрит, нефротический синдром
- * гломерулонефрит, нефритические отеки
- * пиелонефрит
- * амилоидоз почек

ДЛЯ КАКОЙ НОЗОЛОГИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ: УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК, ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, НАРУШЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ:

- * острый гломерулонефрит
- * хронический гломерулонефрит
- * хронический пиелонефрит
- * амилоидоз почек

КЛИНИЧЕСКИ АМИЛОИДНАЯ НЕФРОПАТИЯ МАНИФЕСТИРУЕТ:

- * эпизодами макрогематурии
- * артериальной гипертензией
- * изолированной протеинурией
- * рецидивирующей гематурией

ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * уменьшение продукции легких цепей иммуноглобулинов
- * подавление продукции белка-предшественника SAA
- * уменьшение образования мембраноатакующего комплекса
- * уменьшение выработки антител к цитоплазме нейтрофилов

ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ AL-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * уменьшение/исчезновение уровня моноклонального Ig в крови и моче
- * уменьшение/нормализация уровня в крови острофазового СРБ или САА
- * уменьшение уровня антинуклеарного фактора в сыворотке крови
- * уменьшение в крови уровня антител к базальной мембране клубочков

НА ВОЗМОЖНОСТЬ АМИЛОИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА УКАЗЫВАЮТ:

- * отсутствие гипертрофии левого желудочка и нормальная фракция выброса левого желудочка при эхокардиографии
- * утолщение межжелудочковой перегородки при эхокардиографии в сочетании с низкоамплитудной электрокардиограммой
- * отсутствие утолщения межжелудочковой перегородки и инфильтрации миокарда по данным МРТ с гадолинием
- * утолщение задней стенки левого желудочка при эхокардиографии в сочетании с высокой артериальной гипертензией

СКРИНИНГ AL-АМИЛОИДОЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ГРУППАХ РИСКА У БОЛЬНЫХ С:

- * хроническими серонегативными артритам
- * воспалительными заболеваниями кишечника
- * хроническими серопозитивными артритам
- * лимфо - и плазмоклеточными дискразиями

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ТИПИРОВАНИЯ АМИЛОИДА В ТКАНЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * иммуногистохимическое исследование с использованием анти-сывороток к различным белкам-предшественникам
- * компьютерная томография пораженного органа с анализом изменений его структуры, плотности и размеров
- * электронная микроскопия ткани почки с анализом структуры и локализации выявленных амилоидных отложений
- * последовательное применение нескольких окрасочных методов (конго рот, тиофлавин Т) с оценкой изменений цвета

У БОЛЬНЫХ АА-АМИЛОИДОЗОМ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НАГНОЕНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО:

- * использование бактериофагов
- * применение иммуномодуляторов
- * хирургическое иссечение очагов
- * проведение курсов физиотерапии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО AL-АМИЛОИДОЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- * «пульсы» циклофосфана и преднизолона
- * метотрексат, этанерцепт, ритуксимаб
- * колхицин, димексид, фибриллекс

* мелфалан, дексаметазон, бортезомиб

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ:

- * хронический гломерулонефрит
- * IgA - нефрит
- * амилоидоз почек
- * МКБ - хр пиелонефрит

ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * острого пиелонефрита
- * амилоидоза почек
- * канальцевого некроза
- * нефритического синдрома

РИСК РАЗВИТИЯ АА-АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:

- * персистирующем повышении С-реактивного белка или SAA-белка
- * выявлении в сыворотке крови высокого титра антиядерных антител
- * высоком уровне легких цепей моноклонального иммуноглобулина
- * снижении общей гемолитической активности комплемента сыворотки

ПАЦИЕНТУ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВТОРИЧНЫМ СИСТЕМНЫМ АА-АМИЛОИДОЗОМ ПОКАЗАНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧЕНИЕ:

- * монотерапии глюкокортикостероидами в высоких дозах
- * постоянной базисной терапии ревматоидного артрита
- * высоких доз цитостатиков и введение стволовых клеток
- * клон-ориентированной цитостатической терапии дискразии

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, ПАТОГНОМОНИЧНОМУ ДЛЯ АА-АМИЛОИДОЗА, ОТНОСЯТ:

- * буллезный эпидермолиз в области локтей
- * узловатую эритему на голенях и животе
- * параорбитальные геморрагии («глаза енота»)
- * эритему «бабочка» на щеках и переносице

ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАЛИЗ-АССОЦИИРОВАННОГО АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * избыточная масса тела, потребление большого количества углеводов, гиподинамия, инсулинорезистентность
- * избыточная масса тела, потребление большого количества мяса, дегидратация, выраженная гиперурикемия

- * длительность диализа более 5 лет, возраст старше 50 лет, использование низкопроницаемых диализных мембран
- * длительность диализа менее 5 лет, молодой возраст, использование высокопроницаемых диализных мембран

СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЛУЖИТ:

- * димексид
- * метотрексат
- * мелфалан
- * колхицин

КАКИЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ АМИЛОИДОЗОМ:

- * системная красная волчанка
- * ревматоидный артрит
- * полиангеиты
- * ревматизм

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМИЛОИДОЗА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КОЛХИЦИН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ:

- * 10 - 20 мг в сутки
- * 15 мг в сутки
- * 2 мг в сутки
- * 0,5 - 1 мг в сутки

ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ВТОРИЧНЫЙ АА - АМИЛОИДОЗ:

- * при ревматоидном артрите
- * при бронхоэктазах
- * при пневмонии
- * при неспецифическом язвенном колите

НАЛИЧИЕ КАКОГО КОМПОНЕНТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРЕДШЕСТВУЕТ ВТОРИЧНОМУ АМИЛОИДОЗУ:

- * белка АА
- * легких цепей иммуноглобулинов
- * преальбумина
- * В2-микроглобулин

ИНФОРМАТИВНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА:

- * почки
- * слизистой оболочки прямой кишки
- * подкожного жира

* все перечисленное

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * хорошо купируется стероидами
- * сохраняется при развитии ХПН
- * хорошо купируется НПВС
- * исчезает при развитии ХПН

ПРОТЕИНУРИЯ, ЛЕЙКОЦИТУРИЯ С ГЕМАТУРИЕЙ МОЧЕВОГО ОСАДКА НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * хр. пиелонефрита
- * амилоидоза почек
- * канальцевого некроза
- * нефритического синдрома

ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * кровотечение
- * дефицит внутреннего фактора Кастла
- * подавление красного ростка
- * гемолиз

АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * благоприятным прогнозом:
- * резистентностью к иммуносупрессивной терапии
- * отсутствием свечения иммуноглобулинов в клубочках почек при иммунофлюоресцентном исследовании
- * безрецидивным течением

У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ОТДЫХА НА ЮГЕ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В СУСТАВАХ, АНЕМИЯ, СОЭ 60 ММ\ЧАС, ПРОТЕИНУРИЯ, ГЕМАТУРИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛ* НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * системная красная волчанка
- * острый гломерулонефрит
- * ревматоидный артрит
- * острый лейкоз

ТЕРАПИЯ СТЕРОИДАМИ ПОКАЗАНА ПРИ:

- * ХГН латентного типа
- * амилоидозе с поражением почек
- * активном волчаночном нефрите

* ГН в стадии терминальной уремии

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ИМЕЮТ ОБОСТРЕНИЯ:

- * нефрита с остроснефритическим синдромом
- * нефрита только с умеренной протеинурией
- * суставного и кожного поражения
- * волчанки с умеренной лейкопенией

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ IgA-ВАСКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ:

- * суставов
- * кишечника по типу абдоминального синдрома
- * почек по типу IgA-нефропатии
- * кожи по типу пурпуры

ТЕРАПИЯ СТЕРОИДАМИ ПОКАЗАНА ПРИ:

- * ХГН латентного типа
- * хр. пиелонефрите
- * активном волчаночном нефрите
- * поликистозе почек.

ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА ДАННЫЕ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ВЫЯВЛЯЮТ:

- * линейное свечение IgG
- * гранулярное свечение IgA
- * гранулярное свечение всех классов иммуноглобулинов
- * отсутствие какого-либо свечения

ЦЕЛЬЮ ИНИЦИАЛЬНОЙ (ИНДУКЦИОННОЙ) ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * торможение развития повреждения, восстановление функции почек и индуцирование ремиссии путем контроля иммунологической активности процесса
- * торможение развития нефропатии путем контроля неиммунных факторов прогрессирования
- * закрепление ремиссии за счет воздействия на неиммунные факторы прогрессирования
- * закрепление ремиссии и предупреждение развития обострений путем использования препаратов или режимов лечения, имеющих меньший риск осложнений

У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В СУСТАВАХ, АНЕМИЯ, СОЭ 60 ММ\ЧАС, ПРОТЕИНУРИЯ, ГЕМАТУРИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ДИФФ. ДИАГНОЗ БОЛЬШЕ В ПОЛЬЗУ:

- * острого лейкоза
- * острого гломерулонефрита
- * ревматоидного артрита
- * системного заболевания (красной волчанкой)

У ПАЦИЕНТКИ С АКТИВНЫМ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:

- * следует отложить до достижения полной ремиссии волчаночного нефрита и сохранении ее по крайней мере в течение 1 года
- * следует отложить до достижения частичной ремиссии волчаночного нефрита и сохранении ее по крайней мере в течение 1 месяца
- * не противопоказано
- * отложить на полгода

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ТЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ:

- * отсроченное начало активной иммуносупрессивной терапии
- * достижение полной ремиссии нефрита в течение 1 года
- * отсутствие экстраренальных проявлений
- * первый класс волчаночного нефрита

К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ:

- * острые респираторно-вирусные инфекции
- * гипокплементемию
- * повышение уровня иммуноглобулина Е
- * гиполипидемию

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ПРИ:

- * активном волчаночном нефрите
- * наследственном нефрите
- * тяжёлой диабетической нефропатии
- * узелковом периартериите с поражением почек

У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ С НАРАСТАЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- * терапия циклофосфамидом противопоказана
- * требуется коррекция дозы циклофосфамида в зависимости от скорости клубочковой фильтрации
- * коррекция дозы циклофосфамида не требуется из-за преимущественно печеночного пути выведения препарата

- * применяют только глюкокортикостероиды

ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ УВЕЛИЧИТЬ КОЛИЧЕСТВО
ОКСАЛАТОВ В МОЧЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * хлорохин
- * ацетилсалициловая кислота
- * аскорбиновая кислота
- * витамин В6

АКТИВНЫЙ ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ С ВЫРАЖЕННЫМ МОЧЕВЫМ
СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * протеинурией менее 0,5 г/сут (субклиническая), отсутствием изменений мочевого осадка, отсутствием артериальной гипертензии
- * нарастающей почечной недостаточностью (удвоение креатинина сыворотки за 3 мес), нефротическим синдромом
- * массивной протеинурией, артериальной гипертензией, стойкой микрогематурией
- * протеинурией от 0,5 до 3 г/сут, активным мочевым осадком с преобладанием эритроцитурии и артериальной гипертензией

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ
НЕФРОПАТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ
СИНДРОМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * нефротический синдром
- * канальцевая дисфункция
- * артериальная гипотензия
- * артериальная гипертензия

У БОЛЬНОГО ПРОТЕИНУРИЯ 7 Г/СУТКИ, В КРОВИ ГЕМОГЛОБИН 93
Г/Л, СОЭ 68 ММ/ЧАС, ОБЩИЙ БЕЛОК 93 Г/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ
ДЗ:

- * амилоидоз почек
- * миеломная болезнь
- * хронический гломерулонефрит
- * опухоль почки

У ЖЕНЩИНЫ 60 ЛЕТ С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
ВЫЯВЛЕНА ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 8 Г/СУТКИ),
ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (88Г/Л).
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * поражение почек при артериальной гипертонии
- * множественная миелома
- * амилоидоз почек
- * хронический пиелонефрит

60-ЛЕТНЯЯ БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА СЛАБОСТЬ, БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ. УРОВЕНЬ НЬ 65 г/л. ПРОТЕИНУРИЯ 12 г В СУТКИ, УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ 40 г/л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * хронический ГН в стадии уремии
- * миеломная болезнь.
- * хронический пиелонефрит.
- * поликистоз почек

ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * протеинурия от следовой до выраженной
- * гематурия
- * нефротический синдром
- * канальцевые нарушения

ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * хронический гломерулонефрит
- * хронический пиелонефрит
- * множественная миелома
- * рак паренхимы почек

ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * лейкоцитурия
- * гематурия
- * нефротический синдром
- * массивная протеинурия

ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * хронического гломерулонефрита
- * хронического пиелонефрита
- * рака паренхимы почек
- * всего выше перечисленного

У ЖЕНЩИНЫ 60 ЛЕТ С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫЯВЛЕНА ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 8 Г/СУТКИ), ПОНИЖЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (48Г/Л). ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * поликистозная болезнь
- * множественная миелома
- * хр.гломерулонефрит
- * хронический пиелонефрит

70-ЛЕТНЯЯ БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА СЛАБОСТЬ, БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ. УРОВЕНЬ НЬ 65 г/л. ПРОТЕИНУРИЯ 12 г В СУТКИ,

УРОВЕНЬ БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ 90 г/л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * хр. гломерулонефрит, уремия
- * миеломная болезнь.
- * хронический пиелонефрит, уремия
- * рак почки

ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- * лекарственном нефрите
- * миеломной болезни
- * сахарном диабете
- * амилоидозе с поражением почек

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ ВЫЯВЛЕНИЕ:

- * гиперурикемии, гиперурикозурии
- * гипоурикемии, гипоурикозурии
- * гиперлипидемии, гиперурикемии
- * гипергликемии, гипоурикемии

У БОЛЬНОЙ ОБНАРУЖЕНЫ ПЛОТНЫЕ ХОЛОДНЫЕ ОТЕКИ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНΙΑ, СУХАЯ КОЖА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 35,8. КАКОВА ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ОТЕКОВ:

- * гипотиреоз
- * хр. гломерулонефрит
- * хр. недостаточность надпочечников
- * сахарный диабет

ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ ИМЕЕТСЯ:

- * снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
- * нарушенное кишечное всасывание
- * повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
- * незрелость ферментов печени

ПРИ РАКЕ ПОЧКИ (ГИПЕРНЕФРОМЕ) ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ:

- * железодефицитная анемия
- * потеря в весе
- * местная болезненность в области почки
- * гематурия

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * септическая лихорадка

- * тромбоцитоз
- * микроангиопатическая гемолитическая анемия
- * наличие тромбозов крупных вен или артерий

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БАРТТЕРА ПРИМЕНЯЮТ:

- * петлевые диуретики
- * нестероидные противовоспалительные препараты
- * минералокортикоиды
- * кортикостероиды

К ПЕРВИЧНЫМ ФОРМАМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ:

- * HELLP-синдром
- * преэклампсия
- * типичный гемолитико-уремический синдром
- * катастрофический антифосфолипидный синдром

В ПОЧКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В:

- * мозговом слое
- * воротах почки
- * лоханках
- * корковом слое

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЧИТАЮТ:

- * доплерографию сосудов почек
- * нефросцинтиграфию почек
- * сонографию почек
- * ангиографию почечных артерий

У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ И ГИПОКАЛИЕМИЯ. АД В НОРМЕ. ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * синдром Гительмана
- * синдром Фанкони
- * синдром Барттера
- * синдром Кушинга

У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ, ГИПОКАЛИЕМИЯ, ГИПОМАГНИЕМИЯ И, АД В НОРМЕ. ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОЗ:

- * синдром Гительмана
- * синдром Фанкони
- * синдром Барттера
- * синдром Кушинга

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ IGA-НЕФРОПАТИИ:

- * системная красная волчанка;
- * саркоидоз;
- * болезнь Шенлейн-Геноха
- * криоглобулинемия;

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ГЛУХОТЫ:

- * синдром Гудпасчера;
- * синдром Альпорта
- * нефротический синдром;
- * амилоидоз

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИНДРОМА РЕЙТЕРА ВКЛЮЧАЕТ:

- * уретрит, менингит, конъюнктивит
- * уретрит, конъюнктивит, полиартрит
- * проктит, простатит, цистит
- * менингит, полиартрит, уретрит.

СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * лекарственного нефрита
- * амилоидоза
- * гранулематоза с полиангиитом
- * геморрагического васкулита

ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (БОЛЕЕ 3 Г/СУТКИ) БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЕЙ ЗАСТАВИТ ВАС ПОДУМАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО О:

- * циррозе печени
- * хроническом гломерулонефрите латентного течения
- * туберкулезе почек
- * парапротеинемических гемобластозах

ПРИ КАКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В 100% СЛУЧАЕВ:

- * гранулематозе с полиангиитом
- * микроскопическом полиангиите
- * синдроме Чарга – Стросса
- * геморрагическом васкулите

КАКОЙ ВАРИАНТ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ АССОЦИИРОВАН С ДЕФИЦИТОМ ADAMTS – 13:

- * тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- * атипичный гемолитико – уремический синдром
- * типичный гемолитико – уремический синдром (STEC – ГУС)
- * нет правильного ответа

КАКОЙ ВАРИАНТ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ АССОЦИИРОВАН С ДЕФИЦИТОМ ИНГИБИТОРОВ КОМПЛЕМЕНТА И НЕКОНТРОЛИРУМОЙ АКТИВНОСТЬЮ КОМПЛЕМЕНТА:

- * тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- * атипичный гемолитико – уремический синдром
- * типичный гемолитико – уремический синдром (STEC – ГУС)
- * нет правильного ответа

ОБЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ:

- * микротромбы в капиллярах и артериолах
- * разрывы микроциркуляторного русла
- * набухание эндотелия, отслоение его от интимы сосудов
- * ишемические изменения внутренних органов

К КЛАССИЧЕСКИМ ПРИМЕРАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ, ОТНОСЯТ:

- * мембранопролиферативный гломерулонефрит, идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру
- * атипичный гемолитико-уремический синдром , тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру, STEC-ГУС
- * идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру, иммуноглобулин А-нефропатию
- * иммуноглобулин А-нефропатию, мембранопролиферативный гломерулонефрит

ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- * миеломной почки
- * гемолитико-уремического синдрома
- * AL-амилоидоза почек
- * острого тубулоинтерстициального нефрита

ОБЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ:

- * микротромбы в капиллярах и артериолах
- * все ответы верны
- * набухание эндотелия, отслоение его от интимы сосудов

* ишемические изменения внутренних органов

К СИНДРОМУ С ГИПОКАЛИЕМИЕЙ ОТНОСЯТ СИНДРОМ:

- * Фрейли
- * Альпорта
- * Фанкони
- * Нет правильного ответа

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ IGA-НЕФРОПАТИИ:

- * системная красная волчанка;
- * саркоидоз;
- * нет правильного ответа
- * криоглобулинемия

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА:

- * синдром Гудпасчера;
- * синдром Альпорта
- * синдром Бартера
- * нет правильного ответа

КРЕАТИНИН, ГЛЮКОЗА ФИЛЬТРУЮТСЯ В КЛУБОЧКЕ:

- * полностью
- * частично
- * не фильтруются
- * полностью фильтруется только креатинин

ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНА МИКРОГЕМАТУРИЯ:

- * болезнь минимальных изменений
- * мембранозный нефрит
- * мезангиопролиферативный нефрит
- * мембранопротролиферативный нефрит

ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЖЕТ БЫТЬ БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК:

- * хр. гломерулонефрит
- * подагрическая нефропатия
- * амилоидоз почек
- * инфекционном эндокардите

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА (ИЗ УКАЗАННЫХ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:

- * полусинтетические пенициллины
- * фторхинолоны
- * макролиды
- * тетрациклины

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИНДРОМА РЕЙТЕРА ВКЛЮЧАЕТ:

- * уретрит, менингит, гастрит
- * уретрит, конъюнктивит, полиартрит
- * проктит, простатит, цистит
- * менингит, артрит, уретрит

ЧЕМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ПРИ ПОДАГРЕ:

- * гематурия
- * нефритический синдром
- * нефротический синдром
- * отеки

ВОЗМОЖНОЕ ПОЧЕЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПОДАГРЕ ПОМИМО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА:

- * мочекаменная болезнь
- * синдром Фанкони
- * амилоидоз
- * нефроптоз

СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * лекарственного нефрита
- * амилоидоза
- * гранулематоза с полиангиитом
- * геморрагического васкулита

ПРИ КАКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В 100% СЛУЧАЕВ:

- * гранулематозе с полиангиитом
- * микроскопическом полиангиите
- * тромботической тромбоцитопенической пурпуре
- * нет правильного ответа

ПРИ БОЛЕЗНИ ОРМОНДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * абортивная форма кистозного уретерита
- * хроническое склерозирующее воспаление в области придатков яичек
- * воспаление слизистой мочевого пузыря с образованием язв
- * фиброзирование ретроперитонеального пространства с постепенным вовлечением в процесс мочеточников

ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ ИМЕЕТСЯ:

- * снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
- * нарушенное кишечное всасывание
- * повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
- * незрелость ферментов печени

ВЫБЕРИТЕ ВИД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ:

- * стандартный гемодиализ
- * постоянный амбулаторный перитонеальный диализ
- * гемодиализация продленная
- * трансплантация почки

УКАЖИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ НВ У ДИАЛИЗНОГО БОЛЬНОГО:

- * 130 г/л
- * 110 г/л
- * 90 г/л
- * Выше 130 г/л

КАКОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХПН:

- * гипотиазид
- * энalapрил
- * амлодипин
- * верошпирон

УКАЖИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ АНЕМИИ ПРИ ХПН:

- * железодефицит
- * дефицит вит. В-12 и фолиевой кислоты
- * хронический гемолиз
- * уменьшение синтеза эритропоэтина

УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ УРЕМИЧЕСКОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА:

- * обогащение диеты фосфором
- * обогащение диеты калием
- * применение фосфор-связывающих препаратов
- * применение тиреокальцитонина

ПРИ КАКОМ ЗНАЧЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖНО УСТАНОВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ПОЧЕК ДАЖЕ В ОТСУТСТВИЕ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ ПОЧЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ:

- * ниже 90 мл/мин
- * ниже 60 мл/мин
- * выше 90 мл/мин
- * 60 – 89 мл/мин

КАКОЙ СИМПТОМ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ) НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К АЗОТЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

- * кожный зуд
- * тошнота, рвота
- * полиурия, полидипсия
- * эритроцитоз

КАКУЮ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 4С:

- * верошпирон
- * тиазидовый диуретик и β -адреноблокатор
- * фуросемид в сочетании с β -адреноблокатором
- * антагонисты кальция

ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ШОКЕ:

- * сопутствующая инфекция
- * влияние токсических веществ поврежденных тканей
- * образование комплексов антиген — антитело
- * падение артериального давления

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ УГРОЖАЕТ БОЛЬНОМУ В СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * гипергидратация
- * отек легких
- * уремический перикардит
- * гипокалиемия

СИМПТОМЫ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- * развитием артериальной гипертензии
- * массивной протеинурией
- * накоплением уремических токсинов
- * массивными отёками

ОДНОМУ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СООТВЕТСТВУЕТ:

- * однократно обнаруженная лейкоцитурия
- * впервые выявленная эритроцитурия
- * впервые выявленное расширение чашечно-лоханочной системы по данным УЗИ
- * сохраняющаяся в течение 3 и более месяцев протеинурия

ФАКТОРОМ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * хроническая лейкоцитурия
- * хроническая бактериурия
- * артериальная гипотензия
- * метаболический ацидоз

К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ:

- * индометацином
- * цитостатиками
- * курантилом
- * преднизолоном

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХБП УЧИТЫВАЕТ:

- * наличие анемии
- * характер изменений осадка мочи
- * скорость клубочковой фильтрации
- * выраженность эритроцитурии

БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- * обструктивном мегауретере
- * интерстициальном цистите
- * хроническом гломерулонефрите
- * гидронефротической трансформации почки

СИНДРОМ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- * снижение ферритина, коэффициента насыщения трансферрина железом
- * повышение паратиреоидного гормона в сыворотке
- * снижение витамина Д3 в сыворотке
- * снижение веса, трансферрина, холестерина

РАЗВИТИЕ КАЛЬЦИФИКАЦИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА:

- * калия, натрия, хлора

- * холестерина, триглицеридов
- * фосфора, кальция, ПТГ
- * мочевой кислоты, мочевины

ВОДА, ПОДАЮЩАЯСЯ К АППАРАТУ ДЛЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ONLINE ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К:

- * ультрачистой воде
- * стерильной воде для инъекций
- * воде для гемодиализа
- * муниципальной воде

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ СКФ (В МЛ/МИН/1,73 М2):

- * 30-44
- * < 15
- * 30-59
- * 15-29

ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНОГО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- * ниже 150 пг/мл
- * 150 – 300 пг/мл
- * 300 – 600 пг/мл
- * выше 600 пг/мл

ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ:

- * протеинурии
- * гамма глутамилтранспептидазы
- * с-реактивного белка
- * аланинаминотрансферазы

КЕТОСТЕРИЛ СЛЕДУЕТ ДОБАВИТЬ К ДИЕТЕ ПРИ:

- * суточной квоте белка 1,0 г/кг массы тела/сут
- * проведении заместительной почечной терапии
- * суточной квоте белка 0,8 г/кг массы тела/сут
- * суточной квоте белка <0,7 г/кг массы тела/сут

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТСЯ КОНТРОЛЬ:

- * гамма глутамилтранспептидазы
- * уровня с-реактивного белка

- * аланинаминотрансферазы
- * клиренса креатинин

ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

- * суточного выделения белка
- * фильтрационной функции почек
- * количества мочи за сутки
- * относительной плотности мочи каждой порции

ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ:

- * плотности мочи
- * уровня гамма глутамилтранспептидазы в крови
- * количества эритроцитов в моче
- * уровня с-реактивного белка в крови

ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ:

- * с-реактивного белка
- * гамма глутамилтранспептидазы.
- * кальция
- * гемоглобина

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * появлением мочи вида «мясных помоев», уменьшением диуреза
- * стойким снижением скорости клубочковой фильтрации в течение года
- * быстрым нарастанием протеинурии и отеков в течение нескольких дней
- * удвоением уровня сывороточного креатинина менее чем за 3 месяца

НАЗНАЧЕНИЕ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С 4-5 НЕ ПОКАЗАНО ИЗ-ЗА РИСКА:

- * гипокоагуляции
- * сухого кашля
- * гиперкалиемии
- * уратного криза

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХБП ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * пункционную биопсию почек:
- * пробу Нечипоренко
- * определение концентрации электролитов в сыворотке крови
- * пробу Зимницкого

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * хроническая лейкоцитурия
- * хроническая бактериурия
- * артериальная гипертензия
- * артериальная гипотензия

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:

- * трансплантолога
- * рентгенорадиолога
- * колопроктолога
- * физиотерапевта

К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЫСТРЕЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ:

- * обструктивный мегауретер
- * хронический пиелонефрит
- * интерстициальный цистит
- * гидронефротическая трансформация почки

ПОЧЕЧНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЗКО ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ:

- * слабительных
- * блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- * опиоидных анальгетиков
- * миорелаксантов

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ, СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ/КГ МАССЫ ТЕЛА):

- * 30-35
- * 20-25
- * 25-30
- * 15-20

БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- * гидронефротической трансформации почки
- * обструктивном мегауретере
- * интерстициальном цистите
- * амилоидозе

РАЗВИТИЕ КАЛЬЦИФИКАЦИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА:

- * мочевой кислоты, мочевины
- * холестерина, триглицеридов
- * калия, натрия, хлора
- * фосфора, кальция, ПТГ

БОЛЬШУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ В МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ ИМЕЕТ _____ БЕЛОК:

- * животный
- * растительный
- * молочный
- * соевый

ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ:

- * аланинаминотрансферазы
- * альбуминурии
- * гамма глутамилтранспептидазы
- * с-реактивного белка

В ПЛАН АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ:

- * пульмонолога
- * физиотерапевта
- * рентгенолога
- * эндокринолога

МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА ПОМИМО ОГРАНИЧЕНИЯ БЕЛКА ПОМОГАЕТ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ОГРАНИЧИТЬ И:

- * глюкозу
- * соль
- * фосфор
- * холестерин

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ:

- * скорости клубочковой фильтрации
- * уровня гамма глутамилтранспептидазы в крови
- * уровня с - реактивного белка в крови
- * количества эритроцитов в моче

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЬ:

- * остаточного азота

- * креатинина
- * калия
- * мочевины

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОПН) ВСЛЕДСТВИЕ ДВС – СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ К:

- * преренальной ОПН
- * ренальной ОПН
- * постренальной ОПН
- * сочетание форм

УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ (ГЕМОДИАЛИЗ И ДР.):

- * гиперкалиемия
- * рвота
- * метаболический алкалоз
- * полиурия

УКАЖИТЕ РАННИЙ СИМПТОМ ХПН

- * боли в пояснице
- * снижение диуреза
- * кожный зуд
- * полиурия

ДЛЯ ХПН ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ

- * снижение Са, повышение Р
- * снижение магния, снижение Р
- * увеличение Са, снижение Р
- * снижение Са, снижение Р

АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
- * высокая гипертензия
- * развитие гипотензии
- * повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л

СЕВЕЛАМЕР – ПРЕПАРАТ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЙ ВСАСЫВАНИЕ В КИШЕЧНИКЕ:

- * кальция
- * фосфатов
- * магния
- * калия

КОЖА СУХАЯ, БЛЕДНАЯ, С ЖЕЛТОВАТЫМ ОТТЕНКОМ И СЛЕДАМИ РАСЧЕСОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ КОМЫ:

- * уремиической
- * тиреотоксической
- * отравления угарным газом
- * гипогликемической

У БОЛЬНОГО В КОМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СУХАЯ БЛЕДНО – СЕРАЯ КОЖА, СО СЛЕДАМИ РАСЧЕСОВ, ЗАПАХ МОЧИ ИЗО РТА, ПОВЫШЕННОЕ АД. КАКОВА ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА КОМЫ:

- * менингит
- * почечная недостаточность
- * тиреотоксикоз
- * передозировка наркотиков

НАЗОВИТЕ СТАДИЮ ОПН, ВО ВРЕМЯ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ АЗОТЕМИИ:

- * восстановления диуреза
- * начальная стадия
- * олигоанурии
- * выздоровления

КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЩС ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПН:

- * метаболический алкалоз
- * метаболический ацидоз
- * респираторный ацидоз
- * респираторный алкалоз

НЕОЛИГОУРИЧЕСКАЯ ОПН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- * лекарственной ОПН
- * синдрома длительного раздавливания
- * «Шоковой почки»
- * постренальной ОПН

УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ (ГЕМОДИАЛИЗ И ДР.):

- * гиперкалиемия
- * рвота
- * метаболический алкалоз
- * полиурия

ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * полиурией

- * гипокалиемией
- * увеличением удельного веса мочи
- * гиперкалиемией

УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОПН:

- * острое начало
- * олигурия
- * уменьшенные размеры почек
- * гиперкалиемия

К АССОЦИИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОГО РИСКА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ:

- * стеноз почечной артерии
- * хроническая болезнь почек с СКФ ниже 30 мл/мин
- * нефропатия, проявляющаяся альбуминурией А2 (30 – 300 мг/г)
- * хроническая болезнь почек 1 стадии

УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНА – МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

- * снижение удельного веса мочи
- * лейкоцитурия
- * альбуминурия 30 – 300 мг/л
- * гематурия

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ОБЛАДАЮЩИЕ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

- * диуретики
- * бета – блокаторы
- * ингибиторы АПФ
- * препараты центрального действия

КАК НАЗЫВАЕТСЯ ФИКСИРОВАННОЕ АНОМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК:

- * дистопия
- * нефроптоз
- * ротация
- * гипоплазия

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- * нарушение секреции
- * снижение фильтрации
- * нарушение реабсорбции
- * нарушение секреции и реабсорбции

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПН:

- * нефротоксичные препараты
- * аденома предстательной железы
- * низкий сердечный выброс
- * гипотензивные препараты

У ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ РЕНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОВЕДЕНО УЗИ ПОЧЕК, КАКИЕ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ:

- * правая 12,5 x 6,0 см, левая 12,7 x 5,7 см, паренхима 2,2 см
- * правая 8,5 x 3,7 см, левая 9,0 x 4,0 см, паренхима 1,2 см.
- * правая 10,5 x 5,2 см, левая 10,6 x 5,1 см, паренхима 1,5 см
- * правая 11,0 x 5, 0 см, левая 9,2 x 4, 8 см

У ПАЦИЕНТА 65 ЛЕТ ЖАЛОБЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЧИ ДО 200 МЛ В СУТКИ. В АНАМНЕЗЕ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПРИ ОСМОТРЕ: ПЕРКУТОРНО ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – НА 15 СМ ВЫШЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ. ЛАБОРАТОРНО: КРЕАТИНИН КРОВИ 0,95 ММОЛЬ/Л, МОЧЕВИНА 28 ММОЛЬ/Л, КАЛИЙ 6,5 ММОЛЬ/Л. ГЕНЕЗ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- * преренальная
- * ренальная
- * постренальная
- * нет ОПН

МОЧЕВИНА, КРЕАТИНИН, ГЛЮКОЗА ФИЛЬТРУЮТСЯ В КЛУБОЧКЕ:

- * полностью
- * частично
- * не фильтруются
- * полностью фильтруется только креатинин

ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЕДЕТ:

- * увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.
- * увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
- * увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- * снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.

ОСТРЫЙ КАНАЛЬЦЕВЫЙ НЕКРОЗ МОЖЕТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ _____ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК:

- * ренального
- * преренального
- * постренального

- * смешанного

ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЫСТУПАЕТ:

- * гипертонический криз
- * дегидратация
- * гиперволемиа
- * увеличение сердечного выброса

РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- * при хроническом пиелонефрите или гломерулонефрите
- * при тромбозе или эмболии почечных сосудов
- * только при хроническом гломерулонефрите
- * только при хроническом пиелонефрите

ЧАЩЕ ВСЕГО У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ВОЗНИКАЕТ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ:

- * острым панкреатите
- * амилоидозе
- * почечной колике
- * септическом состоянии

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

- * гидратацию физиологическим раствором хлорида натрия
- * аспирин
- * теофиллин
- * допамин

ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * эритроцитоз
- * гипокалиемию
- * вторичный гиперальдостеронизм
- * острая почечная недостаточность

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ СЛЕДУЕТ РЕГУЛЯРНО КОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ:

- * фосфора
- * натрия
- * калия
- * кальция

ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ:

- * аланинаминотрансферазы
- * гамма-глутамилтранспептидазы
- * с-реактивного белка
- * альбуминурии

РЕНАЛЬНОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- * тромбоза легочной артерии
- * низкого сердечного выброса
- * острого канальцевого некроза
- * аденомы предстательной железы

ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ КАЛЬЦИЯ РАСТВОР 10 % ГЛЮКОНАТА ВВОДЯТ С ЦЕЛЮ:

- * стабилизации электрической активности миокарда
- * стимуляции перемещения калия в клетки
- * коррекции метаболического алкалоза
- * увеличения экскреции калия с мочой

СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ МЕНЕЕ 500 МЛ НАЗЫВАЮТ:

- * дизурией
- * анурией
- * полиурией
- * олигурией

ФАКТОРОМ РИСКА ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * ожирение
- * подагра
- * волчаночный нефрит
- * сахарный диабет

ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЫСТУПАЕТ:

- * кардиогенный шок при инфаркте миокарда
- * обтурация мочеточников
- * острый гломерулонефрит
- * острый интерстициальный нефрит

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТ:

- * УЗИ почек с оценкой их размеров
- * исследование протеинурии
- * экскреторную урографию
- * клинический анализ крови с оценкой уровня гемоглобина крови

РИСК РАЗВИТИЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СНИЖАЕТСЯ:

- * ингибиторами АПФ
- * тиазидными диуретиками
- * петлевыми диуретиками
- * гидратацией 3 мл/кг массы тела/час физиологического раствора NaCl за 6 часов до исследования

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОПРОНИЦАЕМЫХ МЕМБРАН ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА:

- * ассоциировано с увеличением проявления системного воспаления
- * ассоциировано с лучшей выживаемостью пациентов
- * никак не влияет на результаты лечения
- * ассоциировано с применением только в рамках конвекционных методик

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА ПО ВЕЛИЧИНЕ КТ/V ЯВЛЯЕТСЯ:

- * незначительный объем ультрафильтрации
- * большой объем замещения при постдилюционной гемодиализации
- * низкая скорость кровотока и рециркуляция в сосудистом доступе
- * применение высокопоточной мембраны

МИНИМАЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНОЙ ЕКТ/V, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙ ДОСТАТОЧНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 4 ЧАСОВОГО СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ТРЕХРАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ, СЧИТАЕТСЯ:

- * 1,4
- * 1,5
- * 1,0
- * 1,2

НАИЛУЧШИМ ВИДОМ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * артериовенозный шунт (шунт Скрибнера)
- * одноканальный центральный венозный катетер
- * двухканальный центральный венозный катетер
- * артериовенозная фистула

ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УДАЛЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- * плазмаферез
- * гемодиализ
- * каскадную плазмофильтрацию
- * иммуносорбцию

СОСТАВ ONLINE СУБСТИТУАТА (ЗАМЕЩАЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ) ДЛЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ:

- * идентичен диализирующей жидкости (диализату)
- * идентичен диализату только при постдилюционном способе замещения
- * содержит большие концентрации натрия и бикарбоната в сравнении с диализатом
- * содержит меньшие концентрации натрия и бикарбоната в сравнении с диализатом

ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА URR ПРИ АДЕКВАТНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ \geq

- * 75
- * 65
- * 70
- * 60

НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК КОНСТАТИРУЮТ ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ В ТЕЧЕНИЕ 3-Х И БОЛЕЕ МЕСЯЦЕВ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК СНИЖЕНИИ СКФ МЕНЕЕ _____ МЛ/МИН/1,73 М²

- * 75
- * 65
- * 40
- * 60

ОСНОВНОЙ СТРАТЕГИЕЙ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ВЫВЕДЕНИЯ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * сокращение числа диализов в неделю с одновременным увеличением их продолжительности
- * использование низкопоточных мембран с большой площадью поверхности
- * увеличение числа диализов в неделю с одновременным снижением их продолжительности
- * использование высокопоточных мембран

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СКОРОСТЬ ФИЛЬТРАЦИИ (ЗАМЕЩЕНИЯ) ПРИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * скорость кровотока
- * давление в венозной магистрали (воздушной ловушке)
- * концентрация бикарбоната в диализате
- * рециркуляция в доступе

ОЦЕНКА СТАДИИ ХБП ОСНОВАНА НА:

- * наличию/отсутствию полиурии
- * способности почки к осмотическому концентрированию мочи
- * уровне протеинурии
- * величине скорости клубочковой фильтрации как интегрального показателя почечной функции

К МЕМБРАННЫМ МЕТОДАМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ОТНОСЯТ:

- * гемодиализ
- * гемосорбцию
- * эритроцитаферез
- * лазерное облучение крови

ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК СОЧЕТАЕТСЯ С:

- * синдромом печечно-клеточной недостаточности
- * распространенными тромбозами
- * картиной «острого живота»
- * злокачественной артериальной гипертензией

РАЗВИТИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК СВЯЗАНО С/СО:

- * нарушением всасывания железа в кишечнике
- * снижением уровня трансферрина
- * снижением уровня ферритина
- * снижением синтеза эритропоэтина почками

ПОД ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИАЛИЗНОЙ МЕМБРАНОЙ ПОНИМАЮТ:

- * базальную мембрану и субмезотелиальную интерстициальную ткань
- * комплекс: слой мезотелия, базальная мембрана, субмезотелиальная интерстициальная ткань, эндотелий перитонеальных капилляров
- * слой мезотелия и базальную мембрану
- * эндотелий и базальную мембрану перитонеальных капилляров

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОДОМ ПОСТОЯННОГО АМБУЛАТОРНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * тяжёлая гипертензия

- * коагулопатия
- * спаечная болезнь
- * ожирение

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕНОСА ВЕЩЕСТВ ЧЕРЕЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * фильтрация в сочетании с абсорбцией
- * фильтрация
- * диффузия
- * конвекция

ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ДИАЛИЗНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЁНКА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * изолированная ультрафильтрация
- * автоматизированный перитонеальный диализ
- * постоянная гемодиализация
- * интермиттирующий перитонеальный диализ объёмами 3 л

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ МЕСТА ВЫХОДА ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- * спирта 96 %
- * бриллиантового зеленого
- * мази с антибиотиком
- * спиртового раствора йода

ДИАЛИЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК РЕФРАКТЕРНЫЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ НА ФОНЕ ОБОСНОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ (В ДНЯХ):

- * 14
- * 21
- * 10
- * 5

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * инфекционный эндокардит
- * сочетание пневмонии и панкреатита
- * панкреатит
- * диализный перитонит

КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫМ СХЕМЕ:
ЦИКЛОФОСФАН + ПРЕДНИЗОЛОН ПРИ МЕМБРАНОЗНОЙ
НЕФРОПАТИИ:

- * циклоспорин
- * метотрексат
- * мофетила микофенолат
- * азатиоприн

КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
МОФЕТИЛА МИКОФЕНОЛАТА:

- * артериальная гипертензия
- * гирсутизм
- * диарея
- * эритроцитоз

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ (ИЗ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ:

- * ацикловир
- * валганцикловир
- * зовиракс
- * кагоцел

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:

- * в снижении внутриклубочкового давления
- * в повышении внутиклубочкового давления
- * в расширении мезангия
- * в утолщении базальной мембраны капилляров

КАКУЮ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ С ЦЕЛЮ
НЕФРОПРОТЕКЦИИ БОЛЬНОМУ С ХБП, СОБЛЮДАЮЩЕМУ
НИЗКОСОЛЕВУЮ ДИЕТУ:

- * бета – блокаторы
- * антагонисты кальция
- * ингибиторы АПФ
- * блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О
ХУДШЕМ ПРОГНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * отсутствие видимых на оптическом уровне изменений
- * отсутствие утолщения базальной мембраны
- * выраженная распространенность сосудистых изменений
- * фокальная белковая дистрофия эпителиоцитов

БОЛЬНЫЕ, ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ, ПОЛУЧАЮТ ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- * первую неделю
- * первый месяц
- * пожизненно
- * первый год

ХРОНИЧЕСКОЕ ОТТОРЖЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- * в первые 48 часов после пересадки
- * через месяц после операции
- * через несколько месяцев или лет после операции
- * через неделю после операции

К ОПТИМАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОТНОСЯТ:

- * трансплантацию почки
- * сифонные клизмы, прием сорбентов
- * сочетанную трансплантацию почки и печени
- * гемодиализ в режиме ультрафильтрации

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * изолированный плазмообмен
- * комбинацию плазмафереза с внутривенным введением иммуноглобулинов и ритуксимабом
- * введение антилимфоцитарных антител
- * пульс-терапию (импульсную терапию) метилпреднизолоном

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОТДАЛЁННЫХ ПОТЕРЬ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * клеточное отторжение
- * рецидив гломерулонефрита в трансплантате
- * хронический пиелонефрит трансплантата
- * хроническое гуморальное отторжение

ПОТЕНЦИРОВАТЬ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ ЦИКЛОСПОРИНА МОГУТ:

- * блокаторы кальциевых каналов
- * диуретики
- * ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * бета-блокатор

К ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ОТНОСЯТ:

- * поликистоз почек

- * единственную функционирующую почку
- * заболевания почечного трансплантата
- * тромбоз почечных вен

ВЫБЕРИТЕ ВИД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ:

- * стандартный гемодиализ
- * постоянный амбулаторный перитонеальный диализ
- * гемодиафильтрация продленная
- * трансплантация почки

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ХУДШЕМ ПРОГНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- * отсутствие видимых на оптическом уровне изменений
- * отсутствие утолщения базальной мембраны
- * выраженная распространенность сосудистых изменений
- * фокальная белковая дистрофия эпителиоцитов

К ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ ОТНОСЯТ:

- * стойкую гиперкальциемию, гиперкальциурию, щелочную реакцию мочи
- * стойкую гиперурикемию, гиперурикозурию, кислую реакцию мочи
- * стойкую протеинурию более 3 г/л, гиперурикемию
- * стойкую протеинурию более 2 г/л, гиперурикозурию

УРАТАМИ НАЗЫВАЮТ СОЛИ КИСЛОТЫ:

- * фосфорной
- * щавелевой
- * мочевой
- * янтарной

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МАКРОГЕМАТУРИЯ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЯМИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- * амилоидоз почек;
- * опухоли почек;
- * хр. пиелонефрите
- * почечно-каменная болезнь

У ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ПАЛЬПИРУЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ, БУГРИСТЫЕ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ. ИМЕЮТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ:

- * об удвоении почек
- * о поликистозе почек

- * о раке почки
- * о хроническом пиелонефрите

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДАВЛЕНИЕ _____ МЕХАНИЗМОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:

- * аутовоспалительных
- * генетических
- * неиммунных
- * иммунных

ПРИЧИНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ:

- * острый нефрит
- * хронический пиелонефрит
- * миеломная болезнь
- * амилоидоз почек

ДЛЯ КАКОЙ НОЗОЛОГИИ ХАРАКТЕРНЫ АССИМЕТРИЯ ПОРАЖЕНИЯ, РАСШИРЕНИЕ ЧАШЕЧЕК, ЛОХАНКИ И ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НА УРОГРАММАХ:

- * острый гломерулонефрит
- * хронический гломерулонефрит
- * хронический пиелонефрит
- * амилоидоз почек

ПРИ РАКЕ ПОЧКИ (ГИПЕРНЕФРОМЕ) ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ:

- * железодефицитная анемия
- * потеря в весе
- * местная болезненность в области почки
- * гематурия

ДЛЯ КАКОЙ НОЗОЛОГИИ ХАРАКТЕРНЫ АССИМЕТРИЯ ПОРАЖЕНИЯ, РАСШИРЕНИЕ ЧАШЕЧЕК, ЛОХАНКИ И ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НА УРОГРАММАХ:

- * острый гломерулонефрит
- * хронический гломерулонефрит
- * хронический пиелонефрит
- * амилоидоз почек

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕДУЩИМИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ПРИ НАРУШЕНИИ ОБМЕНА:

- * оксалатов
- * мочевой кислоты

- * фосфатов
- * кальция

УРАТНАЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- * выраженной протеинурией
- * гематурией, уратной кристаллурией
- * изолированной бактериурией
- * изолированной лейкоцитурией

УРОВЕНЬ ПРОТЕИНУРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРАТНОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ:

- * не превышает 2 г/л
- * превышает 5 г/л
- * имеет нефротический уровень
- * превышает 2 г/л

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ СБОР ДАННЫХ О НАЛИЧИИ У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ:

- * кистозных изменений в почках
- * хронического цистита
- * мочекаменной болезни
- * эпизодов макрогематурии

ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛЬ НОСИТ

_____ ХАРАКТЕР:

- * постоянный ноющий
- * острый приступообразный
- * ноющий
- * тупой

КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА «ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК» ПРИ ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ У ЛИЦ ДО 30 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ:

- * 2 кальцинатов в двух почках
- * 2 кальцинатов в одной почке
- * 1 кисты только в одной почке
- * 2 кист в одной или обеих почках

ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- * восстановить пассаж мочи
- * перевести пациента на постельный режим

- * ограничить количество потребляемой жидкости
- * назначить диету с ограничением соли

ТРИАДА ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ВКЛЮЧАЕТ:

- * боль в поясничной области в проекции пораженной почки, лихорадку, изменения в общем анализе мочи
- * полиурию, гипотензию, анемию
- * опоясывающие боли в верхней части живота, диарею, повышение уровня амилазы крови
- * отеки, гематурию, артериальную гипертензию

КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЕЛОНЕФРИТА:

- * кишечная палочка
- * стрептококк
- * стафилакокк
- * пневмоциста

ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО:

- * перед оперативным вмешательством на мочевыделительной системе
- * в старческом возрасте
- * всем пациентам
- * пациентам с заболеванием спинного мозга

К ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО УРАТНОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ:

- * азотемию, артериальную гипертензию
- * почечную колику
- * олигурию, артериальную гипотонию
- * никтурию, артериальную гипертензию

У БОЛЬНЫХ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕК ВЫЯВЛЯЮТ:

- * увеличенные почки со множеством крупных кист
- * увеличенные гиперэхогенные почки с мелкими кистами
- * уменьшенные почки со множеством кальцинатов
- * мелкие кисты на кортико-медуллярной границе

ПЕРВИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, РАЗВИВАЕТСЯ:

- * на фоне аденомы и склероза простаты
- * в интактной почке (без аномалий развития и диагностированных нарушений уродинамики мочевыводящих путей)
- * на фоне аномалии развития почек и диагностированных нарушений уродинамики мочевыводящих путей

* на фоне мочекаменной болезни

ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ КАК ПРАВИЛО НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В Г/СУТ):

* 2

* 3

* 0,5

* 0,1

ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛЬ НОСИТ

_____ ХАРАКТЕР:

* тупой

* острый приступообразный

* ноющий

* постоянный ноющий

УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

* гипорпаратиреоза

* подагры

* саркоидоза

* передозировки холекальциферола

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ОСТРЫЙ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДРУГИХ ВИДОВ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НАЛИЧИЕМ:

* ускоренной СОЭ

* лихорадки

* четкой временной связи с приемом препарата

* умеренно выраженным мочевым синдромом

ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗАХ МОЧИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

* протеинурия

* гематурия

* цилиндрурия

* лейкоцитурия

ПАЦИЕНТУ С АНАМНЕЗОМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ОТХОЖДЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ И КЛИНИКОЙ «ОСТРОГО ЖИВОТА» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

* лапароскопию

* цистоскопию

* радиоизотопное сканирование почек

* ультразвуковое исследование почек

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МАКРОГЕМАТУРИЯ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЯМИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- * амилоидоз почек;
- * опухоли почек;
- * хр.пиелонефрите
- * почечно-каменная болезнь

КИСТЫ В ПОЧКАХ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ РАЗВИТИЕМ:

- * кровотечения в кисты или в ретроперитонеальное пространство
- * жировой инфильтрации ткани почек и отложением жира в синусе
- * аутоиммунного быстропрогрессирующего гломерулонефрита
- * тромбоза почечных вен или тромбоэмболии легочной артерии

УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЕМ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У 70-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ _____ ПОЧКЕ:

- * ≥ 2 кист в каждой
- * по 1 кисте в каждой
- * ≥ 2 кист в одной
- * не менее 4 кист в каждой

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- * нифедипиновых антагонистов кальциевых каналов
- * ингибиторов АПФ/блокаторов рецепторов ангиотензина
- * центральных агонистов имидазолиновых рецепторов
- * осмотических, тиазидных или петлевых диуретиков

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ КИСТ(Ы) ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * защищенные пенициллины, нитрофураны
- * фторхинолоны, триметоприм, клиндамицин
- * хлоргексидин, мирамистин
- * растительные уросептики

ПРИ ПОВЫШЕННОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И СОМНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИАГНОСТИКА БАЗИРУЕТСЯ НА ПРОВЕДЕНИИ:

- * иммуноэлектрофореза мочи
- * генетического исследования
- * пункционной биопсии почки
- * протеомного анализа мочи

ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОПЕРАТИВНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ:

- * множества мелких кортикальных кист
- * кисты нижнего полюса диаметром 3 см
- * множества мелких медуллярных кист
- * опухолевого перерождения кисты

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
ПРИ ЧАСТЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЯХ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕК
ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- * применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение
- * назначение мочегонных препаратов
- * назначение мочегонных препаратов, растительных уросептиков, физиотерапии, курсов массажа, обязательное дренирование кист
- * физиотерапевтическое лечение

ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗМОЖНО УМЕНЬШЕНИЕ
ОБЪЁМА КИСТ И ТОРМОЖЕНИЕ ТЕМПОВ ИХ РОСТА ПРИ
ПРИМЕНЕНИИ:

- * блокаторов рецептора ангиотензина II
- * петлевых и тиазидных диуретиков
- * антагониста рецепторов вазопрессина
- * блокаторов кальциевых каналов

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ
НЕОСЛОЖНЁННОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У
ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ):

- * 3-5
- * 10-14
- * 14-20
- * 7-10

К ОСЛОЖНЕНИЯМ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ
БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:

- * инфицирование кист
- * развитие нефроптоза
- * пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- * развитие стриктур мочеточников

КАКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО
НТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕЖЕ?

- * Лекарственные
- * Вирусные

- * Бактериальные
- * Паразитарные

АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА НЕ МЕНЕЕ:

- * 1 кг анальгетиков в год
- * 100 г в год
- * 10 г в год
- * 500г в год

У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * бигуаниды
- * ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * блокаторы кальциевых каналов
- * антагонисты имидазолиновых рецепторов

РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * кетонурия
- * глюкозурия
- * протеинурия
- * микроальбуминурия

У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * блокаторы кальциевых каналов
- * производные сульфонилмочевины
- * агонисты имидазолиновых рецепторов
- * блокаторы ангиотензиновых рецепторов

НАЛИЧИЕ ГЛЮКОЗЫ В МОЧЕ НАТОЩАК ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- * сахарного диабета беременных
- * сахарного диабета 1 типа
- * почечной глюкозурии
- * сахарного диабета 2 типа

КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СВОЙСТВЕННЫ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ:

- * нефротический синдром
- * микроальбуминемия
- * гематурия
- * гиперазотемия

КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ НА СТАДИИ АЛЬБУМИНУРИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ:

- * компенсация сахарного диабета
- * низкобелковая диета
- * коррекция фосфорно-кальциевого обмена
- * ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СВОЙСТВЕННЫ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ:

- * нефротический синдром
- * микроальбуминемия
- * гематурия
- * гиперазотемия

С КАКОГО СРОКА НАЧИНАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- * с 15-20 нед
- * с 5-6 нед
- * с 2-4 нед
- * с 30 нед

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ:

- * 22-28 недель
- * 15-20 недель
- * 3-4 недели
- * 38-40 недель

С КАКОГО СРОКА НАЧИНАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- * с 15-20 недель
- * с 5-6 недель
- * с 2-4 недель
- * с 30 недель

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ:

- * 22-28 недель
- * 15-20 недель
- * 3-4 недели
- * 38-40 недель

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * β -адреноблокаторы
- * ингибиторы дипептидилпептидазы 4
- * ганглиоблокаторы
- * блокаторы ангиотензиновых рецепторов 1 типа

ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С 3-4 СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- * пиоглитазона
- * гликлазида
- * метформина
- * гликвидона

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ В МОЧЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:

- * глюкозу
- * бактерии
- * белок $\geq 0,3$ г/с
- * грибы

ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА СЫВОРОТКИ:

- * повышается уже в первом триместре
- * уменьшается во втором - третьем триместре
- * повышается во втором - третьем триместре
- * в первом триместре ниже, чем во втором

ПРИЧИНОЙ РЕНАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * нарушение расщепления глюкозы в почечных канальцах
- * секреция глюкозы в канальцевом аппарате почки
- * высокая концентрация глюкозы в сыворотке крови и её фильтрация в первичную мочу
- * нарушение реабсорбции в проксимальных извитых канальцах нефрона

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * наличие отёков
- * гиперпротеинемия
- * протеинурия
- * лейкоцитурия

ПРИ КАКОМ СОСТОЯНИИ ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРХИНОЛОНОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- * активный пиелонефрит у пожилого пациента
- * острый цистит у женщины 40 лет
- * пиелонефрит у беременной женщины
- * острый цистит у мужчины

У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * блокаторы кальциевых каналов
- * производные сульфонилмочевины
- * агонисты имидазолиновых рецепторов
- * блокаторы ангиотензиновых рецепторов

У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * блокаторы кальциевых каналов
- * производные сульфонилмочевины
- * агонисты имидазолиновых рецепторов
- * блокаторы ангиотензиновых рецепторов

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ:

- * тетрациклины
- * полусинтетические пенициллины
- * левомицетин
- * фторхинолоны

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ:

- * альфа - метилдопа
- * клонидин (клофелин)
- * ингибиторы АПФ
- * антагонисты Са

ОТМЕТЬТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ:

- * склонность к задержке жидкости, периодическим отекам
- * появление небольшой протеинурии
- * снижение АД
- * увеличение клубочковой фильтрации

УКАЖИТЕ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА КРОВИ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ НОРМЫ У БЕРЕМЕННЫХ:

- * 1,6 мг%
- * 1,4 мг%
- * 1,0 мг%
- * 0,8 мг%

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ
БЕРЕМЕННЫХ (ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ) ЯВЛЯЕТСЯ:

- * реополиглюкин
- * свежзамороженная плазма
- * гидралазин для в/в вливаний
- * сульфат магния

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИНЯТО
СЧИТАТЬ УРОВЕНЬ АД РАВНЫЙ И БОЛЕЕ:

- * 120/70 мм. рт. ст
- * 130/80 мм. рт. ст
- * 135/85 мм. рт. ст
- * 140/90 мм. рт. ст

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕЖЕ
ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА?

- * Сахарный диабет
- * Прием гормональных контрацептивов
- * Ревматоидный артрит
- * Беременность

КАКИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИИ?

- * Глюкокортикостероиды
- * Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- * Цитостатики
- * Высокобелковая диета