1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~тромбоз

=атеросклероз

~васкулит

~опухоль}

2. ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ:{

~увеличение ОЦК

=гиперренинемия

~гиперкатехоламинемия

~увеличение креатинина}

3. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ:{

~боль в поясничной области

~гематурия

=снижение СКФ

~отеки}

4. ПОД РЕФРАКТЕРНОЙ АГ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ ТАКУЮ ФОРМУ АГ, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ:{

=отсутствие достижения целевых значений АД при применении трёх и более антигипертензивных препаратов

~развитие острого повреждения органов-мишеней

~внезапное и стойкое ухудшение течения ранее контролируемой АГ

~острое снижение почечной функции}

5. ПОД АКСЕЛЕРАТИВНОЙ АГ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ ТАКУЮ ФОРМУ АГ, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ:{

~отсутствие достижения целевых значений АД при применении трёх и более антигипертензивных препаратов

~развитие острого повреждения органов-мишеней

=внезапное и стойкое ухудшение течения ранее контролируемой АГ

~острое снижение почечной функции}

6. ПОД ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АГ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ ТАКУЮ ФОРМУ АГ, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ:{

~отсутствие достижения целевых значений АД при применении трёх и более антигипертензивных препаратов

=развитие острого повреждения органов-мишеней

~внезапное и стойкое ухудшение течения ранее контролируемой АГ

~острое снижение почечной функции}

7. ДЛЯ БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД ОКРАСКИ:{

=тиофлафином Т

~по Романовскому-Гимзе

~по Граму

~по Цилю-Нильсену}

8. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ТИПИРОВАНИЯ АМИЛОИДА СЛУЖИТ:{

~иммунофенотипирования плазмацитов

=иммуногистохимическое исследование

~проба с перманганатом калия

~количественная оценка уровня свободных лёгких цепей иммуноглобулинов в сыворотке крови}

9. МАКРОГЛОССИЯ - ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ СИМПТОМ:{

=AL типа амилоидоза

~AА типа амилоидоза

~ATTR типа амилоидоза

~AGel типа амилоидоза}

10. SAA-БЕЛОК - БЕЛОК-ПРЕДШЕСТВЕННИК АМИЛОИДОЗА ТИПА:{

~AL

=AА

~ATTR

~AGel}

11. В2-МИКРОГЛОБУЛИН - БЕЛОК-ПРЕДШЕСТВЕННИК АМИЛОИДОЗА ТИПА:{

~AL

~ATTR

~AGel

=диализного}

12. ПРИ КАКОМ ТИПЕ АМИЛОИДОЗА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА:{

~ATTR

~AGel

=диализный

~АА}

13. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:{

=протеинурия более 0,5 г/сут

~цилиндрурия

~гематурия

~снижение СКФ}

14. НАИБОЛЕЕ ЧЕТКИМ УКАЗАНИЕМ НА ВОВЛЕЧЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=утолщение межжелудочковой перегородки и/или задней стенки левого желудочка

~зоны гипокинеза

~поражение клапанных структур

~жидкость в полости перикарда}

15. СОНОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ПБП) У ЛИЦ МЛАДШЕ 30 ЛЕТ ПРИ НАЛИЧИИ ПБП У РОДИТЕЛЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:{

=≥ 2 кист в одной или обеих почках

~≥ 2 кист в каждой почке

~≥ 4 кист в каждой почке

~≥ 4 кист в обеих почках}

16. СОНОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ПБП) У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ ПРИ НАЛИЧИИ ПБП У РОДИТЕЛЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:{

~≥ 2 кист в одной или обеих почках

~≥ 2 кист в каждой почке

=≥ 4 кист в каждой почке

~≥ 4 кист в обеих почках}

17. АНЕМИЯ ПРИ ХБП НОСИТ ХАРАКТЕР:{

~гипорегенераторной, гиперхромной и макроцитарной,

~гипорегенераторной, гипохромной и микроцитарной,

=гипорегенераторной, нормохромной и нормоцитарной,

~регенераторной, гипохромной и нормоцитарной}

18. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:{

~внутримышечный

=внутривенный

~пероральный

~подкожный}

19. СРЕДСТВА, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ЭРИТРОПОЭЗ, ДОЛЖНЫ НАЗНАЧАТЬСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ХБП ПОСЛЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГИХ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН АНЕМИИ, ИМЕЮЩИМ УРОВЕНЬ HB НИЖЕ:{

~120 г/л

~110 г/л

=100 г/л

~90 г/л}

20. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ рчЭПО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:{

~внутримышечный

~внутривенный

~пероральный

=подкожный}

21. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ, СВЯЗАННОЙ С ВВЕДЕНИЕМ рчЭПО, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ:{

=блокаторы кальциевых каналов пролонгированного действия

~ингибиторы АПФ

~блокаторы рецепторов АТ

~в-блокаторы}

22. К ВНЕПОЧЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА АЛЬПОРТА ОТНОСЯТСЯ:{

=тугоухость и нарушения зрения

~тугоухость и макрогематурия

~макрогематурия и протеинурия

~макрогематурия и нарушение зрения}

23. ОСНОВНОЙ СТРАТЕГИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~подавление пролиферации клона плазматических клеток

~заместительная почечная терапия

=эффективная борьба с причиной воспаления

~купирование нефротического синдрома}

24. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАЖДОГО СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ТРЕХРАЗОВОМ В НЕДЕЛЮ ЛЕЧЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ:{

~2 часов

=4 часов

~6 часов

~8 часов}

25. КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ГИДРАТАЦИИ ИЛИ ВЕРИФИКАЦИЯ ВЕЛИЧИНЫ «СУХОГО ВЕСА» У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ НА РЕГУЛЯРНОЙ ОСНОВЕ, НО НЕ РЕЖЕ:{

~1 раза в неделю

=1 раза в месяц

~при каждом сеансе

~ежегодно}

26. УВЕЛИЧЕННОЕ ДО 3,0-3,5 ММОЛЬ/Л СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В ДИАЛИЗАТЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С:{

=сахарным диабетом

~амилоидозом

~гломерулонефритом

~артериальной гипертензией}

27. ЦЕЛЕВОЕ АД У ПАЦИЕНТОВ С АГ ПРИ ХБП БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА С НОРМАЛЬНОЙ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННОЙ АЛЬБУМИНУРИЕЙ:{

=САД < 140 и ДАД < 90

~САД < 130 и ДАД < 80

~САД < 140 и ДАД < 85

~САД < 120 и ДАД < 70}

28. ЦЕЛЕВОЕ АД У ПАЦИЕНТОВ С АГ ПРИ ХБП С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ВЫСОКОЙ И ОЧЕНЬ ВЫСОКОЙ АЛЬБУМИНУРИЕЙ:{

~САД < 140 и ДАД < 90

=САД < 130 и ДАД < 80

~САД < 140 и ДАД < 85

~САД < 120 и ДАД < 70}

29. ЦЕЛЕВОЕ АД У ПАЦИЕНТОВ С АГ ПРИ ХБП С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НОРМАЛЬНОЙ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННОЙ АЛЬБУМИНУРИЕЙ:{

~САД < 140 и ДАД < 90

~САД < 130 и ДАД < 80

=САД < 140 и ДАД < 85

~САД < 120 и ДАД < 70}

30. У БОЛЬНЫХ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ, НЕЗАВИСИМО ОТ УРОВНЯ АЛЬБУМИНУРИИ / ПРОТЕИНУРИИ, ЦЕЛЕВОЕ АД:{

~САД < 140 и ДАД < 90

=САД < 130 и ДАД < 80

~САД < 140 и ДАД < 85

~САД < 120 и ДАД < 70}

31. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ПРИ ХБП У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ:{

=ингибиторов АПФ и антагонистов кальция (АК)

~блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонистов кальция (АК)

~ингибиторов АПФ и диуретиков

~ингибиторов АПФ и в-блокаторов}

32. ВСЕМ БОЛЬНЫМ С АГ ПРИ ХБП РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СОЛИ:{

~менее 1 г хлорида натрия

~менее 3 г хлорида натрия

=менее 5 г хлорида натрия

~менее 8 г хлорида натрия}

33. БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ, ПОЛУЧАЮЩИМ НПВС И/ИЛИ АНАЛЬГЕТИКИ, НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ СКФ И МОЧЕВОЙ ОСАДОК:{

~не реже одного раза в неделю

~не реже одного раза в месяц

=не реже одного раза в год

~не реже одного раза в квартал}

34. ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:{

~склеротических изменений клубочков

~лейкоцитарной инфильтрации

=отсутствие каких-либо изменений со стороны гломерул при светооптическом исследовании.

~иммунных депозитов в клубочках}

35. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

=нефротическим синдромом

~гематурией

~артериальной гипертензий

~острым повреждением почек}

36. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гипертонический криз

=гиповолемический шок

~эклампсия

~ретинопатия}

37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~курантил

=преднизолон

~колхицин

~циклоспорин}

38. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ ВТОРОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~курантил

~преднизолон

~колхицин

=циклоспорин}

39. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ:{

~нефротический синдром

=уменьшение размеров почек по данным УЗИ (длина почки < 8 см)

~экскреция белка более 4 г в сутки у взрослых

~креатинин сыворотки повышается на 30% или более в течение 6-12 месяцев от момента постановки диагноза}

40. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ IgA-НЕФРОПАТИИ:{

=гематурия и незначительная протеинурия

~гематурия и нефротический синдром

~протеинурия и острое повреждение почек

~артериальная гипертензия и ХБП}

41. В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПП СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ КАК:{

~нарастание Scr ≥ 26,5 мкмоль/л в течение 24 ч

~нарастание Scr ≥ 26,5 мкмоль/л в течение 8 ч

=нарастание Scr ≥ 26,5 мкмоль/л в течение 48 ч

~нарастание Scr ≥16,5 мкмоль/л в течение 48 ч}

42. В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПП СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ КАК:{

~нарастание Scr ≥2,5 раза от исходного в течение суток

=нарастание Scr ≥1,5 раза от исходного в течение 7 суток

~нарастание Scr ≥2,5 раза от исходного в течение 3 суток

~нарастание Scr ≥2,5 раза от исходного в течение 7 суток}

43. В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ:{

=объем мочи < 0,5 мл/кг/ч в течение 6 ч

~объем мочи < 1,5 мл/кг/ч в течение 6 ч

~объем мочи < 0,5 мл/кг/ч в течение 2 ч

~объем мочи < 1,5 мл/кг/ч в течение 4 ч}

44. АННЕКСИН-5 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:{

=апоптоза

~фиброза

~оксидативного стресса

~иммунного ответа}

45. ХЕМОКИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ МАРКЕРОМ:{

~апоптоза

~фиброза

~оксидативного стресса

=иммунного ответа}

46. ЦИСТАТИН С ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:{

=почечной функции

~фиброза

~оксидативного стресса

~иммунного ответа}

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОПЕРФУЗИИ ПОЧЕК В КЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~острое нарушение систолической функции миокарда

~гиперволемия

=гиповолемия

~анемия}

48. РЕНАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПП В ПЕРИОДЕ ПОЛИУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~отёк лёгких

~отёк головного мозга

=дегидратация

~метаболический ацидоз}

49. ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ОПП С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПРАВДАННЫМ ПРИ НАЛИЧИИ:{

=отека легких

~метаболического ацидоза

~дизэлектролитемии

~уремии}

50. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЧАЛА ЗПТ ПРИ ОПП:{

~мочевина > 27 ммоль/л

=мочевина > 35,7 ммоль/л

~олигурия/ анурия KDIGO II стадия

~диснатриемия}

51. ХРОНИЧЕСКОЕ СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ КОМПЛЕМЕНТ-ОПОСРЕДОВАННАЯ ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ:{

=Атипичный гемолитико-уремический синдром

~Пурпура Шенлейн-Геноха

~Антифосфолипидный синдром

~Ig A-нефропатия}

52. ДЛЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:{

=тромбоцитопении и гемолиза

~тромбоза и сосудистой аневризмы

~тромбоцитоза и эритроцитоза

~тромбоцитопении и цирроза}

53. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННОЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ (ТМА) НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ:{

~содержание цистатина С в крови

=содержание С3 и С4 компонентов комплемента в крови

~белка Бенс-Джонса в моче

~содержание цистатина С в моче}

54. ВСЕМ ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ ТМА ПОКАЗАНО:{

=плазмотерапия

~заместительная почечная терапия

~тромбоконцентрат

~антиагреганты}

55. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ КОСВЕННОЙ ОЦЕНКИ ДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ:{

~общего белка и креатинина

~общего белка и холестерина

~креатинина и электролитов

=альбумина и холестерина}

56. СЫВОРОТОЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬБУМИНА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ:{

~20 г/л

~30 г/л

=40 г/л

~60 г/л}

57. СИСТЕМНЫЙ ВАСКУЛИТ, ПОРАЖАЮЩИЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСУДЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА, И ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ОТЛОЖЕНИЕМ В ИХ СТЕНКЕ ИММУННЫХ ДЕПОЗИТОВ, СОСТОЯЩИХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИЗ ИММУНОГЛОБУЛИНА А:{

~атипичный гемолитико-уремический синдром

=пурпура Шенлейн-Геноха

~антифосфолипидный синдром

~IgA-нефропатия}

58. ДЛЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ:{

=кожной сыпи и остронефритического синдрома

~кожной сыпи и гемолитического синдрома

~артрита и гемолитического синдрома

~нефрита и гемолитического синдрома}

59. МАЛОБЕЛКОВЫЕ ДИЕТЫ (МБД) – ДИЕТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ:{

~менее 2 г/кг/сутки

=менее 1 г/кг/сутки

~0,6-0,8 г/кг/сутки

~0,3-0,4 г/кг/сутки}

60. «СТРОГАЯ» МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА– ДИЕТА С СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ:{

~менее 2 г/кг/сутки

~менее 1 г/кг/сутки

~0,6-0,8 г/кг/сутки

=0,3-0,4 г/кг/сутки}

61. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:{

~гематурия

~дефицит белка

=недостаток выработки эритропоэтина

~дефицит витаминов}

62. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА:{

~нефротический синдром

~отеки

=артериальная гипертония

~гематурия}

63. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОГО ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОГО СИНДРОМА:{

=синдром Гудпасчера

~системная красная волчанка

~системная склеродермия

~миеломная нефропатия}

64. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ:{

=полусинтетические пенициллины

~тетрациклины

~нитрофураны

~фторхинолоны}

65. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~нефротический синдром

~гломерулярная гематурия

=единственная функционирующая почка

~быстропрогрессирующий нефрит}

66. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ IgA ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

~люпус-нефрита

=гематурического гломерулонефрита

~миеломной нефропатии

~гранулематоза Вегенера}

67. ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ:{

~люпус-нефрит

=антифосфолипидный синдром

~пурпуру Шенлейн-Геноха

~гранулематоз Вегенера}

68. КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХБП:{

~остеоартроз

~остеолиз

=остеодистрофия

~очаги деструкции эпифизов костей}

69. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гиперкреатининемия

=гиперкалиемия

~гиперурикемия

~гиперфосфатемия}

70. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ И СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=туберкулёзная микобактериурия

~асептическая пиурия

~неспецифическая бактериурия

~смешанная протениурия}

71. КАКИЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИЗОСТЕНУРИИ:{

~1003-1015

=1010-1011

~1012-1022

~1025-1030}

72. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:{

~цефалоспоринов

=аминогликозидов

~макролидов

~фторхинолонов}

73. К ПРЕССОРНОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННОЙ С ПОЧКАМИ ОТНОСЯТ:{

~предсердный натрийуретический фактор

~симпатико-адреналовую систему

=РААС

~калликреин-кининовую систему}

74. У КАКОЙ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАКОПЛЕНИЕ В ОРГАНИЗМЕ БРАДИКИНИНА:{

~бета-блокаторы

~сартаны

~антагонисты кальция

=и АПФ}

75. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~сочетание АГ и СД

~изолированная систолическая АГ у пожилых

=подагра

~хронический панкреатит}

76. ЛЕЧЕНИЕ КАКИМ ПРЕПАРАТОМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ:{

=кетопрофеном

~курантилом

~преднизолоном

~гепарином}

77. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:{

~пурпура Шенлейн-Геноха

~гранулематоз Вегенера

=антифосфолипидный синдром

~ревматоидный артрит}

78. СИНДРОМ ХЬЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНОНИМОМ:{

~пурпура Шенлейн-Геноха

~гранулематоз Вегенера

~ревматоидный артрит

=антифосфолипидный синдром}

79. ТРОМБОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ:{

~пурпура Шенлейн-Геноха

~гранулематоз Вегенера

~ревматоидный артрит

=антифосфолипидный синдром}

80. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ ТРУДНО ОТЛИЧИМ ОТ:{

~мембранозного гломерулонефрита

=болезни минимальных изменений

~мезангиокапиллярного гломерулонефрита

~экстракапиллярного гломерулонефрита}

81. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ВЗРОСЛЫХ:{

=фокально-сегментарный гломерулосклероз

~болезнь минимальных изменений

~фибропластический гломерулонефрит

~экстракапиллярный гломерулонефрит}

82. К АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМ ВАСКУЛИТАМ ОТНОСИТСЯ:{

~пурпура Шенлейн-Геноха

=гранулематоз Вегенера

~ревматоидный артрит

~антифосфолипидный синдром}

83. К АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМ ВАСКУЛИТАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~микроскопический полиангиит

~гранулематоз Вегенера

~синдром Чарга-Стросса

=антифосфолипидный синдром}

84. ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ -СИНОНИМ:{

~пурпура Шенлейн-Геноха

=синдром Гудпасчера

~атипичный гемолитико-уремический синдром

~антифосфолипидный синдром}

85. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК ГЛПС И ОСТРОГО ГН:{

~протеинурия

=тромбоцитопения

~повышение креатинина сыворотки крови

~гематурия}

86. ПРИ КАКОМ СОСТОЯНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ:{

=нефротический криз

~гипертонический криз

~почечная колика

~эклампсия}

87. КТО ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АВТОРОВ ПРЕДЛОЖИЛ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ ХПН НА 3 СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРЕАТИНИНА И СКФ:{

=С.И. Рябов

~Е.М. Тареев

~Н.А. Лопаткин

~М.Я. Ратнер}

88. КТО ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АВТОРОВ ПРЕДЛОЖИЛ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ ХПН НА 4 СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА:{

~С.И. Рябов

~Е.М. Тареев

~Н.А. Лопаткин

=М.Я. Ратнер}

89. КТО ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АВТОРОВ ПРЕДЛОЖИЛ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ ХПН НА 4 СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СКФ:{

=Е.М. Тареев

~Н.А. Лопаткин

~С.И. Рябов

~М.Я. Ратнер}

90. К КАКОЙ СТАДИИ ХБП ОТНОСЯТСЯ ДИАЛИЗНЫЕ БОЛЬНЫЕ:{

~3а

~3б

~4

=5}

91. ПРИ КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ВЫПОЛНЕНИЕ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЧИТАЕТСЯ КРАЙНЕ ОПАСНЫМ:{

~3а

=3б

~4

~5}

92. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФОРМУЛА:{

=Шварца

~Реберга-Тареева

~Кокрофта-Голта

~MDRD}

93. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ:{

~ХГН латентная форма

=ХГН нефротическая форма

~Амилоидоз

~ХГН гипертоническая форма}

94. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИБЕГАЮТ К ВВЕДЕНИЮ:{

~10% р-ра маннитола

=2,5% р-ра соды

~4% р-ра допамина

~10% р-ра глюконата кальция}

95. ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ ХБП ОГРАНИЧИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:{

~ингибиторов АПФ

~антагонистов кальция

=салуретиков

~бета-адреноблокаторов}

96. К ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ НЕ ОТНОСИТСЯ:{

~бессимптомная бактериурия

~острый цистит

~острый пиелонефрит

=острый гломерулонефрит}

97. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЛПС ОТ ОСТРОГО ГН:{

~протеинурия

~острое повреждение почек

~нарушение зрения

=геморрагический синдром}

98. ПРИ КАКОМ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С ПЕРФОРАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:{

~микроскопический полиангиит

=гранулематоз Вегенера

~синдром Чарга-Стросса

~идиопатический малоиммунный АНЦА-гломерулонефрит}

99. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК И ПОДОЗРЕНИИ НА МИЕЛОМНУЮ БОЛЕЗНЬ ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~рентгенография костей скелета

=пункция костного мозга

~изотопная ренография

~УЗИ почек}

100. ТИПИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНИКА ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:{

=энтероколит различной степени выраженности

~синдром раздражённой кишки

~развитие кишечной непроходимости

~дивертикулёз кишечника}

101. ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:{

~хореей

=парезами и параличами

~обморочными состояниями

~резким снижением памяти}

102. ПРИ КАКОМ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ:{

~микроскопический полиангиит

~гранулематоз Вегенера

=синдром Чарга-Стросса

~идиопатический малоиммунный АНЦА-гломерулонефрит}

103. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:{

=величина суточной протеинурии

~уровень креатинина сыворотки крови

~уровень холестерина сыворотки

~величина канальцевой реабсорбции}

104. К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДЯТ:{

=НПВС

~гипотензивные средства

~диуретики

~сердечные гликозиды}

105. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:{

=снижение относительной плотности мочи, щелочная реакция, микрогематурия, «стерильная» (при отсутствии бактериурии) лейкоцитурия, протеинурия не более 3 г/сутки

~повышение относительной плотности мочи, лейкоцитурия, бактериурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия

~протеинурия более 3г/сутки, макрогематурия, лейкоцитурия, бактериурия

~нормальная относительная плотность мочи, умеренная протеинурия, гематурия}

106. КАКОЙ ПРИЗНАК ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ:{

=протеинурия

~гематурия

~цилиндрурия

~изостенурия}

107. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО:{

=тромбоцитопения

~анемия

~лейкопения

~нейтропения}

108. ДЛЯ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЩИХ СИМПТОМОВ:{

=артериальная гипертензия и протеинурия

~артериальная гипертензия и отеки

~отеки и анемия

~протеинурия и анемия}

109. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ:{

=Гиперволемией, задержкой натрия и воды

~Повышением уровня брадикинина

~Повышением концентрации простагландинов

~Дилатацией сосудов}

110. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ «FACIES NEFRITICA» ЯВЛЯЮТСЯ:{

~Отеки на лице и цианоз кожи

~Отеки на лице и желтушность кожи

=Отеки на лице и бледность кожи

~Отеки на лице и гиперемия кожи}

111. У 35 -ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЁКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:{

=острый гломерулонефрит

~острый пиелонефрит

~апостематозный нефрит

~амилоидоз почек}

112. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~Пожилой возраст

~Выраженная сердечная недостаточность

=Двусторонний стеноз почечных артерий

~Гипокалиемия}

113. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:{

=Пенициллины

~Аминогликозиды

~Фторхинолоны

~Уросептики}

114. ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ВЫЯВЛЯЕТ:{

~мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)

~количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи

=состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции

~иммунологические гуморальные и клеточные нарушения}

115. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХРОНИЧЕСКОГО ОТ ОСТРОГО:{

=уменьшение размеров почек

~снижение артериального давления

~наличие дизурических явлений

~отеки}

116. ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО:{

~Уменьшением синтеза простагландинов

=Выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны капилляров

~Активацией свёртывающей системы

~Увеличением ОЦК}

117. МЕТОД ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ:{

~Проба Зимницкого

~Проба Нечипоренко

=Формула Кокрофта-Гоулта

~Индекс Соколова - Лайона}

118. КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ В 1,5 РАЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ИЗВЕСТНЫМ ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ В ТЕЧЕНИЕ:{

=1 недели

~1 месяца

~6 месяцев

~1 года}

119. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ, ПРИВОДЯЩЕЙ К НАРУШЕНИЮ РЕАБСОРБЦИИ БИКАРБОНАТОВ, ФОСФАТОВ, ГЛЮКОЗЫ, АМИНОКИСЛОТ, МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И БЕЛКА:{

~синдром Барттера

~синдром Гительмана

~синдром Альпорта

=синдром де Тони-Дебре-Фанкони}

120. УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:{

=менее 15 мл/мин × 1,73 кв.м

~менее 30 мл/мин × 1,73 кв.м

~менее 10 мл/мин × 1,73 кв.м

~менее 5 мл/мин × 1,73 кв.м}

121. УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С2 СТАДИИ:{

~15-29

~30-44

~45-59

=60-89}

122. ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА В \_\_\_\_\_ РАЗА ВЫШЕ ИСХОДНОГО:{

~1,1-1,4

=1,5-1,9

~2,0-2,4

~2,5-2,9}

123. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЕ КЛУБОЧКОВ И/ИЛИ АЛЬВЕОЛ:{

~антифосфолипидный синдром

~системная красная волчанка

~саркоидоз

=синдром Гудпасчера}

124. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПЕРИОДЕ ПОЛИУРИИ ОТНОСИТСЯ:{

=гиповолемия

~гиперволемия

~отёк головного мозга

~метаболический ацидоз}

125. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО С АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ:{

=увеличенные или нормальные размеры почек

~нормальные размеры почек

~«сморщенные» почки

~уменьшенные размеры почек}

126. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ:{

=врождённые тубуло- и ферментопатии

~высокое содержание поваренной соли в питьевой воде

~высокое содержание кальция в пище

~жаркий, сухой климат}

127. К РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ:{

=ураты

~фосфаты

~оксалаты

~смешанные}

128. У БОЛЬНОГО 23 ЛЕТ, 4 ГОДА СТРАДАЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ТАЗА, ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, АСЦИТ, ГИДРОТОРАКС. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНЫ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. В КРОВИ ТРОМБОЦИТОЗ 868х10^9/Л, РЕЗКО ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ ФИБРИНОГЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:{

=вторичный амилоидоз с поражением почек

~миелопролиферативный синдром

~постинфекционный гломерулонефрит

~гепаторенальный синдром}

129. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ГЕМАТУРИЯ, СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ПАТОЛОГИЯ ЗРЕНИЯ:{

=синдром Альпорта

~синдром де Тони-Дебре-Фанкони

~синдром Гительмана

~синдром Барттера}

130. ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА В \_\_\_\_\_ РАЗА ВЫШЕ ИСХОДНОГО:{

=2,0-2,9

~3,0-3,9

~2,5-2,9

~1,5-1,9}

131. ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ БЫТЬ:{

=массивный гемолиз

~внутрисосудистое свёртывание крови

~шок

~отравление нитратами}

132. КЛИНИЧЕСКИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:{

=тромбоцитопенией

~увеличением в крови прямой фракции билирубина

~тромбоцитозом и гиперфибриногенемией

~снижением АД}

133. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК И ПОДОЗРЕНИИ НА МИЕЛОМНУЮ БОЛЕЗНЬ ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=пункция костного мозга и биопсия почек

~рентгенография костей скелета

~изотопная ренография

~УЗИ почек}

134. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:{

=обильное щелочное питье

~калийсберегающие мочегонные

~обильное кислое питье

~диуретики, влияющие на дистальный отдел петли Генле}

135. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ, ЕСЛИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОБОИХ ПОДРЕБЕРЬЯХ ПАЛЬПИРУЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ, БУГРИСТЫЕ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ИМЕЮТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:{

=поликистозе почек

~удвоении почек

~эхинококкозе почек

~раке почек}

136. КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА ПОЧЕК:{

=гематурия

~пиурия

~протеинурия

~цилиндрурия}

137. У БОЛЬНОГО С СКФ 55 МЛ/МИН/1,73 М2 ПРИ НОРМАЛЬНЫХ АНАЛИЗАХ МОЧИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПОЧЕК БУДЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК \_\_\_\_\_ СТАДИИ:{

=3а

~3б

~4

~2}

138. КАКИЕ КОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТ В МКБ-10 ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СТАДИЙ ХБП:{

=N18.1-N18.5

~M18.1-M18.5

~K15.1-K18.5

~L15.1-L15.5}

139. НАИБОЛЕЕ РАННИМ МАРКЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=альбуминурия

~гематурия

~пиурия

~цилиндрурия}

140. УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ 30-299 МГ/СУТ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК:{

=высокий

~очень высокий

~оптимальный

~умеренный}

141. КАКОМУ ДИАГНОЗУ МОГУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННЫЕ УЗИ: ПОЧКИ УВЕЛИЧЕНЫ В РАЗМЕРАХ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОНКОСТЕННЫЕ ПОЛОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С АНЭХОГЕННЫМ СОДЕРЖИМЫМ РАЗНОГО РАЗМЕРА, ЗАМЕЩАЮЩИЕ ПАРЕНХИМУ:{

=поликистоз почек

~туберкулёз почек

~мочекаменная болезнь

~хронический пиелонефрит}

142. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ:{

=аминогликозиды

~аминопенициллины

~статины

~бета-адреноблокаторы}

ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ ХБП ОГРАНИЧИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:{

=салуретиков

~ингибиторов АПФ

~антагонистов кальция

~бета-адреноблокаторов}

143. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=подагра

~изолированная систолическая АГ у пожилых

~хронический панкреатит

~сочетание АГ и сахарного диабета}

144. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО АА-АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛУЖИТ:{

=метотрексат

~преднизолон

~делагил

~колхицин}

145. ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНОСТЬ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:{

=сахарного диабета

~пиелонефрита

~острого гломерулонефрита

~поликистоза почек}

146. ОДНОСТОРОННИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:{

=острого пиелонефрита

~острого цистита

~острого гломерулонефрита

~амилоидоза почек}

147. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:{

=отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия

~артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия

~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки

~отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, цилиндрурия}

148. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:{

~нефротическом синдроме

~сочетании протеинурии с гематурией

=сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома

~артериальной гипертензии}

149. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРИЗНАКОВ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗЕ 200 МЛ/СУТ МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТИ В ОБЪЕМЕ ДО:{

~200 мл/сут.

=700 мл/сут.

~1200 мл/сут.

~1500 мл/сут.}

150. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН ПРИ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ЦЕЛЬЮ:{

~вальсартан

=метилдопа

~эналаприл

~индапамид}

151. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:{

~минимальные изменения клубочков с нарушением их функции

~системный васкулит с преимущественным поражением сосудов почек

=наднозологическое понятие, обозначающее любое поражение почек, независимо от его характера и природы

~клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий массивную протеинурию, гипопротеинемию, гиперхолестеинемию и отёки}

152. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:{

=недостаток выработки эритропоэтина

~гематурия

~дефицит белка

~дефицит железа}

153. ВЕДУЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА:{

=артериальная гипертония

~протеинурия

~отеки

~гематурия}

154. МОРФОЛОГИЧЕСКИ МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:{

~отложение фибрина в клубочках

~образованием мезангиальных «полулуний»

~образованием экстракапиллярных «полулуний»

=отложением иммунных комплексов в мезангии и под эндотелием}

155. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:{

~быстропрогрессирующий гломерулонефрит

~люпус-нефрит

~миеломная нефропатия

=Ig A-нефропатия}

156. ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ:{

~инфарктом почки и миокарда

=гемолитической анемией и тромбоцитопенией

~железодефицитной анемией и протеинурией

~венозными тромбозами и уремией}

157. ОКСАЛАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ:{

~ярко-жёлтую

=темно-коричневую

~белую

~серую}

158. КАРБОНАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ:{

~ярко-жёлтую

~темно-коричневую

=белую

~серую}

159. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гиперпаратиреоз

~резко щелочная моча

=употребление аскорбиновой кислоты

~гиперурикемия}

160. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФОСФАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гиперпаратиреоз

=резко щелочная моча

~употребление аскорбиновой кислоты

~гиперурикемия}

161. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ УРАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гиперпаратиреоз

~резко щелочная моча

~употребление аскорбиновой кислоты

=гиперурикемия}

162. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ КАЛЬЦИЕВОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:{

=гиперпаратиреоз

~резко щелочная моча

~употребление аскорбиновой кислоты

~гиперурикемия}

163. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АЛЛОПУРИНОЛА ЯВЛЯЕТСЯ:{

=уратная нефропатия

~миеломная нефропатия

~поликистоз почек

~амилоидоз почек}

164. ВЫДЕЛИТЕ НЕФРОПАТИЮ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОГО ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОГО СИНДРОМА:{

~ВИЧ – нефропатия

=синдром Гудпасчера

~волчаночный нефрит

~миеломная нефропатия}

165. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОНЯТИЮ «СМЕШАННАЯ ФОРМА» СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ:{

~гематурии и отёков

=гипертензии и нефротического синдрома

~гематурии и артериальной гипертензии

~нефротического синдрома и гематурии}

166. ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ:{

=АЧТВ

~МНО

~ПТИ

~РФМК}

167. ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА:{

~при гипертонической форме ХГН

~при амилоидозе почек

=при люпус-нефрите

~при терминальном нефрите}

168. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА:{

=кишечной палочкой

~микоплазмой

~протеем

~синегнойной палочкой}

169. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ НАЗНАЧЕНИЕ:{

~тетрациклинов

~аминогликозидов

~нитрофуранов

=полусинтетических пенициллинов}

170. НЕФРОПАТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ:{

=анальгетиков

~гипотензивных средств

~ферментных препаратов

~седативных средств}

171. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:{

=умеренная протеинурия, гематурия

~полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия

~полиурия, полидипсия, протеинурия более 3 г в сутки

~отеки, артериальная гипертония, мочевой синдром}

172. ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=нефросклероз

~пиелонефрит

~стеноз почечных артерий

~амилоидоз}

173. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОСНОВНОМ:{

~антибиотики

~иммуностимуляторы

~НПВС

=ГКС и цитостатики}

174. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ПОМИМО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:{

=синдром Рейно

~симптом Мюссэ

~синдром Альпорта

~синдром Барттера}

175. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~артериальная гипертония

=микроальбуминурия

~снижение удельного веса мочи

~отеки}

176. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ:{

~десны

~желудка

=прямой кишки

~пищевода}

177. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ (МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ:{

~компьютерной томографии почек

~ультразвукового исследования почек

=стернальной пункции

~биопсии слизистой десны}

178. КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~стойкая артериальная гипертензия

=отсутствие отёков

~незначительная протеинурия

~сохранная функция почек}

179. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~острая урогенная инфекция

~обструкция канальцев кристаллами

=гиповолемия

~влияние нефротоксических веществ}

180. РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:{

~гиповолемии

=действии нефротоксических веществ

~при поражении сосудов почек

~при обструкции мочевых путей}

181. ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ:{

~гиповолемии

~действии нефротоксических веществ

~при поражении сосудов почек

=при обструкции мочевых путей}

182. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:{

~гиперурикемия

~гиперкреатининемия

=гиперкалиемия

~гиперфосфатемия}

183. НАИБОЛЕЕ РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ:{

~повышение артериального давления

~тошнота, рвота

=никтурия

~плеврит}

184. КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХПН:{

=остеодистрофия

~остеоартроз

~очаги деструкции черепа

~очаги деструкции эпифизов костей}

185. БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ –ЭТО НАРУШЕНИЕ:{

=нутритивного статуса

~углеводного обмена

~жирового обмена

~гипервитаминоз}

186. У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:{

=ОАК

~ОАМ

~ЭКГ

~Суточной протеинурии}

187. ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ЭПИЗОДАМИ МИКРОГЕМАТУРИИ, СЛЕДУЕТ:{

~назначить гепарин

~назначить преднизолон

~назначить 4-компонентную схему

=воздержаться от терапии}

188. В ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ:{

~мочевины

~цистатина

~калия

=креатинина}

189. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ УСТАНОВЛЕНИЮ:{

~хронического гломерулонефрита

~хронического пиелонефрита

~амилоидоза почек

=не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения}

190. С ПОМОЩЬЮ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЧЕК МОЖНО ВЫЯВИТЬ:{

~гломерулонефрит

~аномалии развития сосудов почек

~амилоидоз

=нефролитиаз}

191. ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:{

=миеломной нефропатии

~гломерулонефрита

~пиелонефрита

~диабетической нефропатии}

192. КАНАЛЬЦЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА:{

~альбумином

=бета-2-микроглобулином

~парапротеином

~белком Бенс-Джонса}

193. ТЕСТ НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ - ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ:{

~гломерулонефрита

=хронической болезни почек

~миеломной нефропатии

~амилоидоза почек}

194. ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ:{

=антифосфолипидный синдром

~миеломную нефропатию

~амилоидоз почек

~гранулематоз Вегенера}

195. ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ (ANCA) – СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ:{

~антифосфолипидного синдрома

~миеломной нефропатии

~амилоидоза почек

=гранулематоза Вегенера}

196. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ IgA ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

~антифосфолипидного синдрома

~нефролитиаза

=гематурического гломерулонефрита

~гранулематоза Вегенера}

197. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=единственная функционирующая почка

~нефротический синдром

~гломерулярная гематурия

~быстропрогрессирующий нефрит}

198. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК:{

~УЗ-исследование почек

=компьютерная томография

~ангиография почек

~биопсия почки}

199. ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ТИТРА АСЛ-О ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

=острого гломерулонефрита

~амилоидоза почек

~миеломной нефропатии

~люпус-нефрита}

200. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ:{

=Пробу Зимницкого

~Пробу Нечипоренко

~Формулу Кокрофта-Гоулта

~трёхстаканную пробу}

201. У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:{

=изоосмолярных йодсодержащих РКП

~гипоосмолярных РКП

~гиперосмолярных РКП

~гадолиний-содержащих РКП}

202. БОЛЕЗНЬ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕНА ПОВРЕЖДЕНИЕМ:{

~мезанигиальных клеток

=подоцитов

~эндотелия капилляров клубочков

~базальной мембраны}

203. ДЛЯ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛУБОЧКОВ ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ТРАНСМИССИОННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ, ХАРАКТЕРНО:{

=диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация при отсутствии других изменений клубочка

~субэндотелиальные, интрамембранозные и мезангиальные электронно-плотные депозиты

~электронно-плотные отложения в мезангии

~отслойка подоцитов, оголение участков базальной мембраны, синехии с капсулой Шумлянского-Боумена, жировая и белковая дистрофия эпителия канальцев}

204. ДЛЯ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛУБОЧКОВ ПРИ IG-A НЕФРОПАТИИ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ТРАНСМИССИОННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ, ХАРАКТЕРНО:{

~диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация при отсутствии других изменений клубочка

=мезангиальные, субэндотелиальные, интрамембранозные электронно-плотные депозиты

~отсутствие каких-либо изменений

~отслойка подоцитов, оголение участков базальной мембраны, синехии с капсулой Шумлянского-Боумена, жировая и белковая дистрофия эпителия канальцев}

205. ДЛЯ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛУБОЧКОВ ПРИ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ТРАНСМИССИОННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ, ХАРАКТЕРНО:{

~диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация при отсутствии других изменений клубочка

~субэндотелиальные, интрамембранозные и мезангиальные электронно-плотные депозиты

~электронно-плотные отложения в мезангии

=отслойка подоцитов, оголение участков базальной мембраны, синехии с капсулой Шумлянского-Боумена, жировая и белковая дистрофия эпителия канальцев}

206. ТЕРМИНУ «БОЛЕЗНЬ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ» СООТВЕТСТВУЕТ ТЕРМИН:{

~болезнь Берже

~IgA нефропатия

=липоидный нефроз

~быстропрогрессирующий гломерулонефрит}

207. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНО:{

=быстрое, внезапное развитие нефротического синдрома и высокая эффективность кортикостероидной терапии

~постепенное формирование нефротического синдрома и спонтанная ремиссия без применения кортикостероидов

~макрогематурия в сочетании с артериальной гипертензией

~рецидивирующая синфарингитическая микрогематурия и цилиндрурия}

К СИМПТОМАМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ 208. СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:{

~гипотонии

~тахикардии

~уменьшения количества мочи

=снижения уровня гематокрита}

209. К ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:{

~острого повреждения почек

~спонтанных тромбозов и эмболий

=сахарного диабета

~белково-энергетической недостаточности}

210. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ:{

~мультиспиральная компьютерная ангиография

~магнитно-резонансная томография почек

~ультразвуковая допплерография почечных вен

=селективная почечная венография}

211. ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕНЫ ВСЕМ КРОМЕ:{

~дисфункции Т-клеточного иммунитета

~транслокации микробной флоры кишечника в кровь из-за увеличения проницаемости кишечной стенки

=повышения концентрации иммуноглобулинов G в плазме

~иммуносупрессии на фоне применения кортикостероидной терапии и/или цитостатиков}

212. К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:{

~повышенного синтеза липопротеидов низкой плотности

=повышенного всасывания липидов в кишечнике

~повышенной экскреции с мочой липорегуляторных субстанций

~снижения катаболизма липидов}

213. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ОТЕКАХ, РЕФРАКТЕРНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ ДИУРЕТИКАМИ, НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПИЩУ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ДО:{

~8 - 9 г/сут.

~6 - 7 г/сут.

=4 - 5 г/сут.

~1 - 2 г/сут.}

214. ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ НАТРИЯ С МОЧОЙ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЮТ:{

~7 - 8 г/сут.

~6 - 7 г/сут.

~4 - 5 г/сут.

=2,5 - 3 г/сут.}

215. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭКСТРЕННЫХ ПОКАЗАНИЙ ЦЕЛЕВАЯ СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ВЕСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДИУРЕТИКАМИ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:{

~0,5 кг/сут.

=1 кг/сут.

~1,5 кг/сут.

~2 кг/сут.}

216. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ОТЕКОВ НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА БУДЕТ:{

~гидрохлортиазид

=торасемид

~спиронолактон

~диакарб}

217. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОМИМО ИНФУЗИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОЛЕВОГО РАСТВОРА НЕОБХОДИМО ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:{

~эналаприлата

~пропранолола

=раствора альбумина

~фуросемида}

218. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАХОДИТСЯ В ИНТЕРВАЛЕ:{

~0,5 - 1,0

~1,0 - 2,0

=2,0 - 3,0

~3,0 - 4,0}

219. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~варфарин

=надропарин кальция

~ацетилсалициловая кислота

~тикагрелор}

220. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ МОНОТЕРАПИЯ:{

=преднизолоном

~циклоспорином А

~циклофосфамидом

~хлорбутином}

221. КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИКВИДАЦИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ПОВТОРЫХ ОПРЕДЕЛЕНИЯХ МЕНЕЕ 0,3 Г/СУТ. И:{

~нормализация уровня холестерина в крови

=нормализация уровня альбумина в крови

~нормализация уровня ЛПНП в крови

~нормализация уровня общего белка в крови}

222. ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ В ДЕБЮТЕ ЛИПОИДНОГО НЕФРОЗА МИНИМАЛЬНАЯ ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ В ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ДОЗЕ ДОЛЖНА БЫТЬ:{

~3 недели

=4 недели

~5 недель

~6 недель}

223. ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЮБЫЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА ТЕРАПИИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА КОРТИКОСТЕРОИДОВ СОХРАНЯЕТСЯ ЕЩЕ:{

~4 недели

~3 недели

~2 недели

=1 неделю}

224. ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ КОРТИКОСТЕРОИДОВ СРЕДНЯЯ СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ИХ ДОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ:{

~0,02 мг/кг/нед.

~0,03 мг/кг/нед.

=0,04 мг/кг/нед.

~0,05 мг/кг/нед.}

225. ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ НАРАСТАНИЯ ПРОТЕИНУРИИ БОЛЕЕ 300 МГ/СУТ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ ПРЕДНИЗОЛОНА У ПАЦИЕНТОВ С ДОСТИГНУТОЙ РАНЕЕ ПОЛНОЙ РЕМИССИЕЙ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:{

~продолжать снижение дозы, но более медленным темпом

=увеличить дозу до уровня, предшествующего обострению

~увеличить дозу до стартового уровня

~назначить комбинированную терапию кортикостероидов с цитостатиками}

226. ПРИ ПЕРВОМ РЕЦИДИВЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕРИОД ОТМЕНЫ ПРЕДНИЗОЛОНА У ПАЦИЕНТОВ С ДОСТИГНУТОЙ РАНЕЕ ПОЛНОЙ РЕМИССИЕЙ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:{

~продолжать снижение дозы, но более медленным темпом

~увеличить дозу до уровня, предшествующего обострению

=увеличить дозу до стартового уровня

~назначить комбинированную терапию кортикостероидов с цитостатиками}

227. СТЕРОИДНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ РЕМИССИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДНИЗОЛОНОМ В ДОЗЕ 1 МГ/КГ/СУТ В ТЕЧЕНИЕ:{

~4 недель

~8 недель

~12 недель

=16 недель}

228. ПРЕПАРАТОМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~метилпреднизолон

~сульфасалазин

~метотрексат

=циклоспорин А}

229. ДЛЯ Ig А НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:{

=наличие эпизодов «синфарингитной» гематурии и/или персистирующей микрогематурии в сочетании с ПУ различной степени выраженности и повышенным уровнем IgA в крови

~быстрое, внезапное развитие нефротического синдрома и высокая эффективность кортикостероидной терапии

~постепенное формирование нефротического синдрома и спонтанная ремиссия без применения кортикостероидов

~стероидорезистентный нефротический синдром}

230. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ IgА НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~снижение СКФ < 30 мл/мин/1,73 кв. м.

~высокий титр Ig А в крови

=протеинурия > 1 г/сут. при условии адекватного контроля АД препаратами класса ингибиторов АПФ и СКФ >50 мл/мин/1,73 кв. м

~персистирующая макрогематурия}

231. РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:{

~концентрационную функцию почек

~величину канальцевой реабсорбции

=васкуляризацию почек, функцию проксимальных канальцев, эвакуаторную способность мочевых путей

~форму и размеры почек, локализацию чашечно-лоханочной системы}

232. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~системная красная волчанка

~подострый злокачественно текущий гломерулонефрит

=амилоидоз почек

~хронический гломерулонефрит}

233. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ВЗРОСЛЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН:{

=колитом, ассоциированным с энтерогеморрагическим штаммом Е.сoli (серотип O157:Н7)

~отравлением ботуллиническим токсином

~передозировкой нитроглицерина

~стрептококковым фаринготонзиллитом}

234. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:{

~стафилококковой инфекции

~вирусной инфекции

=стрептококковой инфекции

~инфицирования кишечной палочкой}

235. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ФАКТОР НАИМЕНЕЕ ЗНАЧИМ ПРИ:{

~синдроме Альпорта

~поликистозе почек

=вторичном амилоидозе

~медуллярной кистозной болезни}

236. ЭРИТРОПОЭТИН СПОСОБЕН:{

=повышать артериальное давление

~повышать содержание сывороточного железа

~снижать вязкость крови

~снижать скорость митоза}

237. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК И ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ СИСТЕМНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~терипаратид

~стронция ранелат

=ибандроновая кислота

~кальцитонин}

238. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА ЯВЛЯЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НО И:{

~латентный дефицит железа

~анемия у беременных

~анемия хронического заболевания

=анемия на фоне применения зидовудина при ВИЧ инфекции}

239. ЭКСКРЕЦИЮ КАЛЬЦИЯ С МОЧОЙ УМЕНЬШАЕТ:{

~увеличение употребления поваренной соли

=снижение потребления поваренной соли

~паратгормон

~петлевой диуретик}

240. НАИБОЛЕЕ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ВИТАМИНА, НАЗЫВАЕМОЙ Д-ГОРМОНОМ, ЯВЛЯЕТСЯ:{

~колекальцеферрол

~кальцидол

=кальцитриол

~эргокальцеферол}

241. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТЕРОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, ПРИ СОХРАНЕННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ В ДОЗЕ:{

~500 мг/сут.

=1000-1500 мг/сут.

~1500-2000 мг/сут.

~препараты кальция противопоказаны}

242. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ В ПЛАНЕ НЕФРОТОКСИЧНОСТИ СРЕДИ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=ибандронат

~золендронат

~паминдронат}

243. ПОЛИКИСТОЗНУЮ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕМ МОЖНО ОТНЕСТИ К:{

=цилиопатиям

~ферментопатиям

~к болезням накопления

~к митохондриальным заболеваниям}

244. СОНОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ФОРМЫ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ (ПРИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ) СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:{

~2 кисты в одной или обеих почках

~3 кисты в каждой почке

=4 и более кист в каждой почке

~количество кист не имеет значения}

245. ГЕНЕТИЧЕСКУЮ ДИАГНОСТИКУ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА МУТАЦИИ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА РАЗВИТИЕ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК:{

=проводят всем кровным родственникам больного поликистозной болезнью

~проводят всем членами популяции по достижении 18 летнего возраста

~проводят всем на пренатальном этапе

~никому и никогда не проводят}

246. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ В ПРИОРИТЕТЕ БУДУТ:{

~петлевые диуретики

=ингибиторы АПФ

~антагонисты кальция

~бета-адреноблокаторы}

247. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КИСТ ПОЧЕК ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК:{

=при болевом синдроме резистентном к терапии анальгетиками

~при беременности

~при нефролитиазе

~при персистирующей гематурии}

248. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ «ПОЧЕЧНЫМ» ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~постоянная микрогематурия

=артериальная гипертензия

~нефролитиаз

~протеинурия нефротического уровня}

249. ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:{

=трансплантация почек

~программный гемодиализ

~перитонеальный диализ}

250. В ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНУЮ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ВКЛЮЧЕН:{

~преднизолон

~циклофосфамид

~надропарин кальция

=антибактериальный препарат}

251. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ КОСВЕННО ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ:{

~исследование биоптата десны

~исследование биоптата желудка

~исследование биоптата кожи

=исследование биоптата толстой кишки}

252. КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:{

~протеинурия 1 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия

=протеинурия 3 г/сутки, гипо- и диспротеинемия

~отеки, гематурия, артериальная гипертония

~гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертония}

253. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:{

=амилоидозе почек

~волчаночном нефрите

~миеломной болезни

~диабетической нефропатии}

254. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА:{

~фокально-сегментарного гломерулосклероза

~амилоидоза почек

~хронического пиелонефрита

=не имеет самостоятельного диагностического значения}

255. РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ IV И V СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ:{

=избыток жидкости и артериальная гипертензия

~снижение коагуляционного потенциала крови

~снижение образования эритропоэтина

~увеличение скорости клубочковой фильтрации}

256. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

~ревматоидного артрита

=системной склеродермии

~миеломной болезни

~бронхоэктатической болезни}

257. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~снижение синтеза белка гепатоцитами

~снижение всасывания белка в кишечнике

~повышение катаболизма белков

=высокая протеинурия}

258. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕТНЕЗИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ:{

~гипергидратация (задержка натрия и воды)

~гиперреактивность нервных центров регуляции артериального давления

=иммунное поражение артериол почек и гиперфункция юкстагломерулярного аппарата

~гиалиноз и артериолосклероз почечных сосудов}

259. НЕФРОПАТИЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~синдром Гудпасчера

~волчаночный нефрит

=гранулематоз Вегенера

~IgA нефропатия}

260. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЖНО СЧИТАТЬ:{

~передозировку фенацетина

=геморрагический шок

~острый тубуло-интерстициальный нефрит

~все перечисленные факторы}

261. ПРИЧИНОЙ РЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЖНО СЧИТАТЬ:{

=передозировку фенацетина

~геморрагический шок

~острую обструкцию нижних мочевыводящих путей

~ничего из перечисленного}

262. ПРИЧИНОЙ ПОСТРЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЖНО СЧИТАТЬ:{

~передозировку фенацетина

~геморрагический шок

=острую обструкцию нижних мочевыводящих путей

~ничего из перечисленного}

263. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ БЕЗ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

=гломерулонефрита

~лептоспироза

~острого гемолиза

~отравления грибами}

264. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:{

~кларитромицина

=амикацина

~тетрациклина

~амоксициллина}

265. ОЛИГУРИЧЕСКАЯ ФАЗА ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ:{

~несколько часов

~несколько дней

~несколько недель

=от нескольких часов до нескольких недель}

266. В ФАЗУ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ:{

~отёк лёгких

=гипокалиемия

~уремический перикардит

~все перечисленное}

267. В ОЛИГУРИЧЕСКУЮ ФАЗУ ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ:{

~гипокалиемия

~дегидратация

=отёк лёгких

~все выше перечисленное}

268. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:{

~анурия

~артериальная гипертензия высоких степеней

~развитие перикардита

=гиперкалиемия >= 7 мэкв/л}

269. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОТРАЖАЕТ КЛИРЕНС:{

=цистатина С

~глюкозы

~альбумина

~мочевины}

270. РАЗВИТИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:{

~нефропатии беременных

=острого пиелонефрита

~миеломной болезни

~болезни минимальных изменений}

271. ДЛЯ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:{

=протеинурия более 1 г/сут. + гематурия + артериальная гипертензия

~отёки + протеинурия более 3 г/сут. + гипоальбуминемия + гиперхолестеринемия

~лейкоцитурия более 100 000 в 1 мл + микрогематурия

~уратурия + макрогематурия}

272. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА НОРМЫ КОНЦЕНТРАЦИИ КРЕАТИНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ МУЖЧИН РАВНА:{

~88 мкмоль/л

~100 мкмоль/л

=115 мкмоль/л

~130 мкмолъ/л}

273. В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ:{

~задержка натрия и воды

~увеличение секреции прессорных аминов

=гиперреактивность нервных центров регуляции артериального давления

~снижение функциональной активности депрессорной системы почек}

274. ДИЗУРИЯ - ЭТО:{

~мочеиспускание в ночное время

~увеличение количества суточной мочи

~уменьшение количества суточной мочи

=затруднённые, неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания}

275. ПОЛИУРИЯ - ЭТО:{

~выделение за сутки более 800 мл мочи

~выделение за сутки более 1000 мл мочи

~выделение за сутки более 1500 мл мочи

=выделение за сутки более 2000 мл мочи}

276. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧЕК ВЫДЕЛЯЮТ:{

=простагландины

~серотонин

~ренин

~ангиотензин}

277. ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НАХОДЯТСЯ В ДИАПАЗОНЕ:{

~120-149 мл/мин/1,73 кв.м

=90-119 мл/мин/1,73 кв.м

~60-89 мл/мин/1,73 кв.м

~45-59 мл/мин/1,73 кв.м}

278. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ОЦЕНКИ ПОТЕРИ БЕЛКА С МОЧОЙ СЧИТАЮТ:{

=определение экскреции белка в суточной моче

~определение концентрации белка в произвольной порции мочи

~определение концентрации белка в первой утренней порции мочи

~ничего из перечисленного}

279. ОПТИМАЛЬНЫМ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ СЧИТАЮТ:{

=< 10 мг/г

~10-29 мг/г

~30-299 мг/г

~300-1999 мг/г}

280. ВЫСОКОНОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АЛЬБУМИНУРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ СЧИТАЮТ:{

~< 10 мг/г

=10-29 мг/г

~30-299 мг/г

~300-1999 мг/г}

281. ВЫСОКИМ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ СЧИТАЮТ:{

~< 10 мг/г

~10-29 мг/г

=30-299 мг/г

~300-1999 мг/г}

282. ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ СЧИТАЮТ:{

~< 10 мг/г

~10-29 мг/г

~30-299 мг/г

=300-1999 мг/г}

283. НЕФРОТИЧЕСКИМ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ СЧИТАЮТ:{

~10-29 мг/г

~30-299 мг/г

~300-1999 мг/г

=> 2000 мг/г}

284. УРОВЕНЬ СУТОЧНОЙ ПРОТЕИНУРИИ >= 3,5 Г/СУТ СООТВЕТСТВУЕТ ВЕЛИЧИНЕ АЛЬБУМИН- КРЕАТИНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ:{

~10-29 мг/г

~30-299 мг/г

~300-1999 мг/г

=> 2000 мг/г}

285. C 3А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СООТВЕТСТВУЕТ ИНТЕРВАЛ СКФ РАВНЫЙ:{

~60-89 мл/мин/1,73 кв.м

=45-59 мл/мин/1,73 кв.м

~30-44 мл/мин/1,73 кв.м

~15-29 мл/мин/1,73 кв.м}

286. C 3 Б СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СООТВЕТСТВУЕТ ИНТЕРВАЛ СКФ РАВНЫЙ:{

~60-89 мл/мин/1,73 кв.м

~45-59 мл/мин/1,73 кв.м

=30-44 мл/мин/1,73 кв.м

~15-29 мл/мин/1,73 кв.м}

287. C 4 СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СООТВЕТСТВУЕТ ИНТЕРВАЛ СКФ РАВНЫЙ:{

~60-89 мл/мин/1,73 кв.м

~45-59 мл/мин/1,73 кв.м.

~30-44 мл/мин/1,73 кв.м

=15-29 мл/мин/1,73 кв.м}

288. НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:{

=мужской пол

~артериальная гипертензия

~лекарственная токсичность

~табакокурение}

289. МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:{

~мужской пол

=аутоиммунные болезни

~негроидная раса

~возраст старше 60 лет}

290. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ СЕГОДНЯ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=хронический гломерулонефрит

~диабетическая нефропатия

~артериальная гипертензия

~амилоидоз почек}

291. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМУ НЕФРОЛОГИЧЕСКОМУ СТАЦИОНАРНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:{

=быстропрогрессирующее снижение функции почек (удвоение уровня креатинина крови менее чем за 2 месяца)

~рецидивирующие инфекции мочевыделительной системы

~альбуминурия А1 - А2 уровня

~дизурические жалобы пациента}

292. ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СНИЖЕНИЕМ СКФ ОТ 30 ДО 60 МЛ/МИН/1,73 КВ.М В КАЧЕСТВЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО СРЕДСТВА ЛУЧШЕ РЕКОМЕНДОВАТЬ:{

~эналаприл

=фозиноприл

~периндоприл

~рамиприл}

293. У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ:{

~< 6,5%

=6,5-7,0%

~7,0-7,5%

~>7,5%}