

Укажите один правильный ответ

1. Связь заболевания с началом ходьбы, рахитоподобные изменения скелета: “О”-образные ноги, “утиная” походка, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы при нормальных цифрах кальция в крови характерны для:

- 1) синдрома де Тони-Дебре-Фанкони
- 2) почечного тубулярного ацидоза
- 3) фосфат-диабета
- 4) рахита-II, период разгара
- 5) цистинурии

2. Девочка 8 лет жалуется на полиурию, периодическую слабость, чувство голода. Бледная, мышечная слабость. В биохимии крови: сахар 4,5 ммоль/л, креатинин 58 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л. В общем анализе мочи сахар 1%. Предполагаемый диагноз:

- 1) сахарный диабет
- 2) синдром де Тони-Дебре-Фанкони
- 3) почечная глюкозурия
- 4) почечный солевой диабет
- 5) несахарный диабет

3. Девочка 3 лет отмечается полиурия, периодическую слабость, рахитические изменения, плохую прибавку в весе. В биохимии крови: глюкоза-4,5 ммоль/л, натрий-133 ммоль/л, калий - 3,0 ммоль/л. В общем анализе мочи – белок-0,165 ‰, сахар 1%. Предполагаемый диагноз:

- 1) сахарный диабет
- 2) синдром де Тони-Дебре-Фанкони
- 3) почечная глюкозурия
- 4) почечный солевой диабет
- 5) несахарный диабет

4. У мальчика 1,2 года отмечается полиурия, полидипсия. При осмотре АД 115/85 мм.рт.ст., в крови алкалоз. Ваш предполагаемый диагноз.

- 1) сахарный диабет 1 типа.
- 2) синдром Бартера
- 3) ХПН
- 4) синдром Лидлла

5. У ребенка 1,5 лет отмечаются выраженные костные рахитические изменения. Ранний анамнез – грудное вскармливание, уход нормальный, профилактика витамина Д проводилась. УЗИ почек – врожденной патологии почек нет. Анализ мочи – без особенностей. Функции почек сохранены. Биохимия крови: P – 0,6 ммоль/л, Ca – 2,5 ммоль/л. Ваш диагноз:

- 1) Витамин Д – дефицитный рахит, остаточные явления
- 2) Фосфат-диабет
- 3) Ренальная остеопатия в стадии ХПН
- 4) Острый гломерулонефрит
- 5) Хондродистрофия

6. У ребенка 4 лет отмечается выраженная полиурия. В б/х крови –патологии нет. В об.ан.мочи – без патологии. Ваш диагноз:

- 1) Сахарный диабет
- 2) Почечная глюкозурия
- 3) ХПН
- 4) Несахарный диабет
- 5) Ренальный ацидоз

7. У ребенка выявлена гипофосфатемия и фосфатурия и рахитические костные изменения. Диагноз и тактика?

- 1) Рахит, витамин Д, 2 тыс/сут
- 2) Фосфат-диабет, препараты фосфора
- 3) Норма, только наблюдение
- 4) Костная патология, наблюдение ортопеда
- 5) Витамин Д-зависимый рахит, лечение витамином Д

8. У ребенка выявлен тяжелый Д-зависимый рахит. Какое исследование не поможет в диагнозе?

- 1) Эхокардиография
- 2) УЗИ почек, анализы мочи, функциональные пробы почек
- 3) Исследование фосфора в крови, моче
- 4) Рентгенография трубчатых костей
- 5) Исследование кальция, щелочной фосфатазы

9. У ребенка 6 лет выявлены со стороны костей – остеопороз, в крови – ацидоз. Функции почек сохранены. УЗИ почек – без особенностей. Каков ваш диагноз и лечение?

- 1) Фосфат-диабет, препараты фосфора
- 2) Гиперпаратиреозидизм, паратиреоидэктомия
- 3) Ренальный ацидоз. Лечение цитратами, содой, витамин Д – с осторожностью
- 4) ХПН, вследствие дисплазии почек
- 5) ХПН, вследствие гломерулонефрита

10. Девочка Света К., 3 лет, физическое и психомоторное развитие соответствует возрасту. Мама обратила внимание на постоянную жажду и повышенный диурез у девочки. В ходе обследования обнаружено повышение уровня глюкозы в моче, при нормальном уровне глюкозы в крови. Ваш диагноз:

- 1) Несахарный диабет
- 2) Сахарный диабет
- 3) Болезнь Де-Тони-Дебре Фанкони
- 4) Почечная глюкозурия
- 5) Интерстициальный нефрит

11. Девочка 2,5 лет поступила в хирургическое отделение с пищеводным кровотечением. При УЗИ исследовании брюшной полости отмечаются признаки фиброза печени, большие плотные почки. Ваш предполагаемый диагноз:

- 1) нефронофтиз с фиброзом печени
- 2) болезнь Кароли
- 3) аутосомно-рецессивный поликистоз почек
- 4) аутосомно-доминантный поликистоз почек

12. Мальчик 13 лет поступил в отделение нефрологии с жалобами на АГ и периодическую микрогематурию. на УЗИ почек выявлена одна левая почка неправильной конфигурации с нарушением дифференцировки. какова ваша тактика:

- 1) проведение экскреторной урографии
- 2) проведение КТ почек
- 3) проведение ангиографии почек

13. Девочка наблюдается с диагнозом аутосомно-доминантным поликистозом почки. При очередном исследовании мочи была выявлена лейкоцитурия в пределах 15-20 в п/зр и гематурии 10-15 в п/зр.

- 1) назначить уросептики
- 2) наблюдать за пациентом
- 3) пересдать мочу на анализ и провести посев мочи

14. Девочка 13 лет поступила в отделение с признаками ХПН. В б/х крови креатинин 173мкмоль/л, мочевины 9,3ммоль/л. В клин. ан. крови Нв- 92г/л, Лейк- 5.5×10^9 /л. Из анамнеза болезни известно, что в возрасте 5-6 лет у девочки отмечалась полиурия и полидипсия. Д-з сахарный диабет был исключен. Ваш предполагаемый диагноз:

- 1) Де-Тони – Дебре Фанкони
- 2) аутосомно-рецессивный поликистоз почек
- 3) нефрофтиз Фанкони
- 4) олигомеганефрония

15. У мальчика 1,5 мес. в б/х крови: о.белок 45г/л, альбумин- 22г/л, холестерин – 7,8ммоль/л. Также известно, что бабушка по папиной линии у него финка по национальности. Какой диагноз вы предполагаете:

- 1) острый пиелонефрит
- 2) инфантильный нефротический синдром
- 3) врожденный нефротический синдром «финского типа»
- 4) врожденный нефротический синдром

16. У ребенка 15 лет – артериальная гипертензия 150/100. анализы мочи – транзиторно белок 0,066%. СКФ – 140 мл/мин. У деда – гипертоническая болезнь. Ваш предположительный диагноз и тактика?

- 1) Артериальная гипертензия неясной этиологии. Возможна хроническая болезнь почек, 1 стадия. Необходимо полное обследование, назначить ингибитор АПФ
- 2) Хронический гломерулонефрит, цитостатики
- 3) Хронический пиелонефрит, симптоматическая гипертензия. Антибиотики
- 4) Мочекаменная болезнь, экскреторная урография
- 5) Цистит, цистоскопия

17. У ребенка в моче выявлены оксалаты. Анализ мочи – транзиторная лейкоцитурия. Ваша тактика?

- 1) Обследовать на инфекцию мочевых путей и обильное питье
- 2) Назначить картофельную диету
- 3) Назначить витамин В₆
- 4) Антибактериальная терапия
- 5) Пиелонефрит дизметаболический, антибиотики, магнезия

18. У мальчика 14 лет с наследственной отягощенностью (подагра в семье), микрогематурия и гиперурикемия. Диагноз и начальная тактика?
- 1) Полное обследование, ограничение пуринов, обильное питье, следить за показателями пуринового обмена
 - 2) Подагрическая почка, аллопуринол
 - 3) Гломерулонефрит, цитостатики
 - 4) Мочекаменная болезнь, уро-цистография
 - 5) Пиелонефрит, антибиотики
19. У ребенка 2-х лет выявлен ПМР IV стадии + инфекция мочевой системы. Ваша тактика:
- 1) Немедленная операция и наблюдение уролога
 - 2) Лечение инфекции мочевой системы и оперативное лечение, после – наблюдение нефролога
 - 3) Только консервативное лечение
 - 4) Оперативное лечение, без антибактериальной терапии
 - 5) Нефрэктомия
20. У ребенка 2-х лет – инфекция мочевой системы, после выявления которой, сразу проведена цистография. Выявлен ПМР. После инструментального исследования – подъем температуры, интоксикация. Укажите ошибку, какова правильная тактика?
- 1) Цистографию проводить вообще излишне
 - 2) Рано проведена цистография. В начале показано ликвидация инфекции мочевой системы и на фоне поддерживающей антибактериальной терапии – цистография, после которой продолжается профилактика.
 - 3) Ухудшение не связано с пиелонефритом, следует искать пневмонию и др. инфекцию.
 - 4) Инфекции мочевой системы опасности у ребенка 2-х лет не представляет, тактика правильная
 - 5) Нужна только терапия фурагином
21. У девочки 14 лет – лейкоциты 5-6 в п/зр. Какова тактика?
- 1) Патологии нет, повторить анализы
 - 2) Назначение фурагина
 - 3) Консультации гинеколога
 - 4) Дать ампициллин
 - 5) Провести цистографию
22. Ребенку 3 года, после перенесенной инфекции выявлена протеинурия – 0,066%, эритроциты – 3-4 в п/зр. Ваш диагноз и тактика?
- 1) Предположительно – «постинфекционный острый нефрит», наблюдение, диета с ограничением соли, УЗИ почек, анализы мочи, посев мочи
 - 2) Пиелонефрит, урография
 - 3) Цистит, урография
 - 4) Нефротический синдром, преднизолон
 - 5) Не требует наблюдения
23. У девочки 1,5 лет – лихорадка, Лейкоцитурия, бактериурия, выявлена инфекция мочевой системы. Определен ПМР 2 степени. Какую из следующих терапевтических тактик вы считаете правильной?
- 1) только основной курс антибиотиками
 - 2) хирургическое лечение с реимплантацией мочеточника
 - 3) лечение только по 10 дней в каждый месяц
 - 4) использование длительной антибиотикопрофилактики после основного курса терапевтическими дозами и контрольное урологическое обследование
 - 5) необходимо провести гемодиализ
24. Мальчик 3,5 лет перенес острую кишечную инфекцию. Спустя неделю от начала заболевания мама заметила, что ребенок часто «просится на горшок». В общем анализе мочи: уд.вес – 1006, белок- 0,33г/л, лейкоциты- 50-60 в п/зр, эритроциты- 15-20 в п/зр. Ваш диагноз:
- 1) Острый гломерулонефрит
 - 2) Острый пиелонефрит
 - 3) Острый цистит
 - 4) Острый интерстициальный нефрит

25. У мальчика 5 лет периодически отмечаются боли в животе приступообразного характера, в моче гематурия, протеинурия, лейкоцитурия, кристаллы цистина. Предполагаемый диагноз:

- 1) пиелонефрит
- 2) оксалурия
- 3) почечный тубулярный ацидоз
- 4) цистинурия
- 5) глицинурия

26. Девочка 6 лет наблюдалась у нефролога с диагнозом: хронический пиелонефрит. Мама с целью профилактики, подавала длительное время фитотерапию, на фоне проводимой терапии у девочки стала отмечаться поллакиурия с никтурией с транзиторной глюкозурией и микропротеинурией. Ваш диагноз:

- 1) Обострение хр.пиелонефрита
- 2) Развитие ХПН на фоне хр.пиелонефрита
- 3) Интерстициальный нефрит на фоне фитотерапии
- 4) Сахарный диабет, диабетическая нефропатия

27. Девочка после тяжелой крупозной пневмонии получала НПВС. На фоне данной терапии состояние по основному заболеванию значительно улучшилось, однако в ан.мочи появилась микропротеинурия, микрогематурия, микролейкоцитурия. Девочка отмечает, что стала вставать по ночам в туалет. Чем обусловлены данные симптомы?:

- 1) Транзиторные изменения в ан.мочи, обусловленные основным соматическим заболеванием
- 2) Развитием острого гломерулонефрита на фоне пневмоний
- 3) Развитием инфекции мочевой системы, как осложнение основного заболевания
- 4) Развитием интерстициального постлекарственного нефрита.

28. Мальчик 13 лет, в анамнезе имел ПМР 3-4ст с обеих сторон. Антирефлюксная операция проведена в 5 лет. Длительное время не наблюдался, при диспансерном осмотре АД 145/90 мм.рт.ст., в ан.мочи : плотность- 1007, белок – 0,16г/л, эр-ты- до 10 в п/зр. На УЗИ почек: пр. почка 95x24, пар. 12 мм, лев. почка 97x26, пар. 14мм. Предположите диагноз:

- 1) Вегетососудистая дистония по симпатическому типу, АГ 1 ст.
- 2) Рецидив ПМР
- 3) Рефлюкс-нефропатия. Хр. Интерстициальный нефрит
- 4) Хр.пиелонефрит на фоне ПМР с обеих сторон.

29. Мальчик 15 лет, наблюдается у уролога с диагнозом хр. Пиелонефрит на фоне обструктивного мегауретера с обеих сторон. В возрасте 2,5 лет была проведена эндоскопическая коррекция мегауретера. В дальнейшем рецидивов пиелонефрита не наблюдалось. В настоящее время на приеме у уролога при осмотре АД 130/80 мм.рт.ст. Основные жалобы, у мальчика появилась полидипсия и полиурия. В пр. Зимницкого мин.объем – 150мл, макс.объем- 700мл. Колебания плотности 1008-1013. Ваши действия:

- 1) Дальнейшее наблюдение с соблюдением тактики диспансерного ведения больного с хроническим заболеванием
- 2) Провести дополнительное обследование: об.ан.мочи + УЗИ почек.
- 3) Провести дополнительное обследование: об.ан.мочи + УЗИ почек+ б/х крови+ СМАД.
- 4) Провести дополнительное обследование: об.ан.мочи + УЗИ почек + б/х крови + кл.ан.крови +СМАД

30. Мальчику 12 лет с гормонорезистентной формой нефротического синдрома можно назначить:

- 1) пенициллин, курантил, преднизолон, лазикс
- 2) преднизолон, циклоспорин, гепарин, курантил,иАПФ
- 3) «пульс»-терапию преднизолоном или циклофосфаном, иАПФ
- 4) ампициллин, гепарин, курантил, гипотиазид
- 5) гепарин, курантил, преднизолон, ИАПФ

31. У мальчика 3-х лет после ОРВИ появились массивные отеки. АД 80/40 мм рт.ст. В общем анализе крови: лейкоцитоз, увеличенная СОЭ; биохимия крови: гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, в суточной моче 3,6 г белка. Предполагаемый диагноз:

- 1) острый пиелонефрит
- 2) острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- 3) острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- 4) хронический гломерулонефрит, смешанная форма
- 5) острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

32. Мальчик, 12 лет. Бледный. Анасарка. АД 140\80 мм. рт.ст. Мочится редко, малыми порциями. Биохимия крови: общий белок 50,4 г\л, холестерин 12 ммоль\л, мочевины 14,2 ммоль\л. В моче: протеинурия, гематурия. Болен с 3-х лет. Предполагаемый диагноз:

- 1) острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- 2) острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- 3) хронический гломерулонефрит, нефротический синдром
- 4) хронический гломерулонефрит, смешанный нефротический синдром
- 5) хронический гломерулонефрит, гематурическая форма

33. У мальчика 7 лет в течение последних 3 лет наблюдаются эпизоды макрогематурии на фоне или после острой респираторной инфекции. Камни в мочевой системе и другие причины исключены. Аудиограмма и наследственность без особенностей. Какой диагноз более вероятен:

- 1) Мембранозный ГН
- 2) НСМИ
- 3) IgA – нефропатия
- 4) Эндокapиллярный пролиферативный ГН
- 5) Ничего из перечисленного

34. У мальчика, 3 лет, определяется рецидивирующий нефротический синдром с 1,5 лет. В анамнезе – лечение преднизолоном по стандартной схеме. Эффекта нет. Определен стероид-резистентный вариант. Какой морфологический диагноз наиболее вероятен:

- 1) НСМИ
- 2) Мембранозная нефропатия
- 3) IgA – нефропатия
- 4) Фокально-сегментарный гломерулосклероз
- 5) Люпус-нефрит

35. У мальчика 4 лет – стероид-резистентный нефротический синдром. На биопсии – фокально-сегментарный гломерулосклероз. Препарат первого выбора для иммуносупрессивной терапии и ее длительность.

- 1) Преднизолон
- 2) Циклофосфамид – 2 месяца
- 3) Циклоспорин А – 5 месяцев
- 4) Циклоспорин А – до 2-х лет и более
- 5) Циклофосфамид – 5 месяцев

36. У ребенка 6 лет выявлен нефротический синдром. Какой из симптомов является обязательным показателем для биопсии?

- 1) Выраженность протеинурии
- 2) Выраженность гипоальбуминемии
- 3) Тяжелый асцит
- 4) Гипокомплементемия
- 5) Хороший эффект от преднизолонотерапии

37. У ребенка 6 лет дебют чистого нефротического синдрома. Ваша тактика?

- 1) Диета, диуретическая терапия, преднизолон 60 мг/м² по схеме
- 2) Сразу преднизолон 60 мг/м²
- 3) Диета, диуретики 1-2 недели, затем преднизолон 30 мг/м²
- 4) Преднизолон альтернативным методом
- 5) Циклоспорин А – 5 мг/кг

38. Мальчик 7 лет перенес ангину, через 10 дней – моча «цвета мясных помоев». Диагноз и тактика?

- 1) Острый гломерулонефрит, постельный режим, антибиотики, диета
- 2) Острый гломерулонефрит, преднизолон
- 3) ГУС, диализ
- 4) Обследовать на камни почек, урография
- 5) Исключать урологию, уроцистография

39. Девочка 3 лет, после перенесенного ОРЗ: отеки, асцит, олигурия. Диагноз и тактика?
- 1) Наиболее вероятный диагноз – НСМИ (нефротический синдром с минимальными изменениями), анализ мочи, УЗИ почек, преднизолон по схеме
 - 2) Кардит, эхокардиограмма
 - 3) Пиелонефрит, антибиотики
 - 4) Аллергический отек, антигистаминные препараты
 - 5) Пневмония, обзорная рентгенография грудной клетки
40. Ребенок 11 лет, болеет в течение 3 лет. В начале – случайно выявлена гематурия. Затем присоединилась протеинурия. При последней госпитализации – нефротический синдром + гематурия. Какова ваша диагностическая тактика и лечение?
- 1) Лечить можно только: диета + ингибиторы АПФ + симптоматически. Обязательна биопсия почки для выработки тактики лечения
 - 2) Хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, лечить пульсами стероидов
 - 3) Хронический гломерулонефрит, смешанный нефротический синдром, цитостатики
 - 4) Хронический гломерулонефрит, смешанный нефротический синдром, пульсы цитостатиков и гормонов
 - 5) Плазмаферез и цитостатики
41. У ребенка 12 лет – хронический гломерулонефрит. Проведена биопсия почки – установлен диагноз «Мембрано-пролиферативный гломерулонефрит, 1 тип». Какое лечение?
- 1) Наиболее приемлем метод лечения преднизолоном в альтернативном режиме (длительность до 5 лет, индивидуально)
 - 2) Цитостатики
 - 3) Метод Мендозы
 - 4) Метод Понтичелли
 - 5) Циклоспорин
42. У ребенка 10 лет транзиторные отеки, в моче – протеинурия, гематурия, болен 1 год. Морфологическая картина: при световой микроскопии мезангиальные депозиты и двойные контуры мембраны. Иммунофлюоресценция: гранулярное отложение IgG и C3 в мезангии и субэндотелии капиллярных петель. Электронная микроскопия: мезангиальная пролиферация с иммунными депозитами: интерпозиция мезангия между базальной мембраной клубочков и эндотелием, субэндотелиальные электронно-плотные депозиты, окружённые новой базальной мембраной, что приводит к появлению двойных контуров. Ваше заключение:
- 1) минимальные изменения
 - 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз
 - 3) мембранозная нефропатия
 - 4) мембрано-пролиферативный ГН
 - 5) экстракапиллярный ГН
43. У девочки 15 лет установлен нефротический синдром. При биопсии: морфологическая картина: световая микроскопия – субэпителиальные «шипы»; иммунофлюоресценция: гранулярное свечение IgG с небольшим количеством C3, слабое свечение IgA и IgM; электронная микроскопия – субэпителиальные иммунокомплексные депозиты. Ваше заключение:
- 1) минимальные изменения
 - 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз
 - 3) мембрано-пролиферативный ГН
 - 4) мембранозная нефропатия
 - 5) экстракапиллярный ГН
44. Мальчик 6 лет, болеет стероид-резистентным нефротическим синдромом. При биопсии: морфологическая картина: световая микроскопия, рубцевание части капиллярных петель; иммунофлюоресценция: негативна электронная микроскопия: сглаживание отростков подоцитов как в участках склероза, так и в неизмененных сегментах. Ваше заключение:
- 1) минимальные изменения
 - 2) мезангио-пролиферативный гломерулонефрит
 - 3) фокально-сегментарный гломерулосклероз
 - 4) мембранозная нефропатия
 - 5) экстракапиллярный ГН

45. У ребенка 12 лет – стероидзависимый нефротический синдром. Болеет в течение 4 года. Гистологическая картина: световая микроскопия – почечные клубочки выглядят нормально. Иммунофлюоресценция – негативна. Электронная микроскопия: диффузное сглаживание отростков подоцитов. Ваше заключение:

- 1) минимальные изменения
- 2) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
- 3) фокально-сегментарный гломерулосклероз
- 4) мембранозная нефропатия
- 5) IgM-нефропатия

46. У ребенка – нефротический синдром. Предполагается лечение стероидами. На терапию преднизолоном лучше всего ребенок ответит, если у него:

- 1) нефротический синдром с минимальными изменениями
- 2) фокально-сегментарный гломерулосклероз
- 3) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
- 4) мембранозная
- 5) экстракапиллярный с полулуниями

47. Ребенку 12 лет, выраженные отеки, протеинурия 8 г/л, макрогематурия, АД 150/95 мм.рт.ст., СОЭ 65 мм/ч, холестерин 12,9 ммоль/л, СКФ 66 мл/мин. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) фокально-сегментарный гломерулосклероз
- 2) мезангиокапиллярный ГН
- 3) нефротический синдром с минимальными изменениями
- 4) мембранозная нефропатия
- 5) минимальный

48. Мальчик 5 лет, выраженные отеки до анасарки, АД 90/55мм.рт.ст., креатинин в сыворотке крови 0,065ммоль/л, об.белок 35 г/л, холестерин 19,3 ммоль/л, протеинурия 1,5 г/сут (более 1 г/м²/сут), эр. 2 в п/з. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) нефротический синдром с минимальными изменениями
- 2) очаговый сегментарный гломерулосклероз
- 3) мембранозная нефропатия
- 4) мембранопродлиферативный гломерулонефрит
- 5) IgA- нефрит

49. Девочка 6 лет, давность нефротического синдрома 3 года, на фоне терапии стероидами – полная клинико-лабораторная ремиссия, но при отмене преднизолона через 2 недели – рецидив нефротического синдрома. В течение 3 лет непрерывно получает гормональную терапию. Рецидивы 2 раза в 6 месяцев. Ваш диагноз:

- 1) нефротический синдром с редкими рецидивами
- 2) нефротический синдром с частыми рецидивами
- 3) нефротический синдром, стероид-зависимый вариант
- 4) нефротический синдром, стероид-резистентный вариант
- 5) все указанное неверно

50. Девочка 9 лет с петехиальной сыпью, болями в животе, и в голеностопных суставах поступила в инфекционное отделение. Начато антибактериальная терапия. Через неделю в ан.мочи: белок- 0,165г/л, лейкоциты-10-15 в п/зр, эритро.- 50-60 в п/зр. Ваш диагноз:

- 1) Псевдотуберкулез
- 2) СКВ
- 3) Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма.
- 4) Геморрагический васкулит, смешанная форма
- 5) Узелковый периартериит

51. Девочка 13 лет, болеет 7 мес. с подъемами немотивированной температуры, неясной астенией, возникновением аменореи. В клин. ан.крови: Нв -103г/л, Тр. – 95×10^9 /л, Лейк-ты- $3,8 \times 10^9$ /л., в об.ан.мочи: б - 1,2г/л, лейк-ты- 10-15 в п/зр, Эр-ты – 20-23 в п/зр. Ваши действия для уточнения диагноза:

- 1) УЗИ почек
- 2) Определение суточной протеинурии
- 3) Биопсия почки
- 4) Определение иммуноглобулинов
- 5) Определение иммуноглобулинов, С3 и С4, анти-ДНК
- 6) Определение иммуноглобулинов, С3 и С4, анти-ДНК + биопсия почки

52. У девочки 12 лет установлен диагноз «Люпус-нефрит, 3 тип». Наиболее эффективное лечение:

- 1) Циклоспорин А
- 2) Циклофосфамид в комбинации с преднизолоном 8-12 недель, далее поддерживающее лечение – азатиоприном или селлсептом длительно.
- 3) Только преднизолоном
- 4) Только ингибиторы АПФ
- 5) Пульсы метилпреднизолона

53. Мальчику 13 лет установлен диагноз узелковый периартериит. На основании каких клинико-лабораторных симптомов врач установил диагноз:

- 1) Наличие геморрагической сыпи на ногах и руках, в сочетании с болями в животе
- 2) Повышения АД и наличия анемии и лейкоцитоза в клин.ан.крови и протеинурии в об.ан.мочи.
- 3) Потеря массы тела более 4 кг в течение месяца, лейкоцитоз, гипертония, протеинурия с гематурией.
- 4) Потеря массы тела на 5 кг в течение двух месяцев, анемия, лейкопения, гипертония, протеинурия с гематурией.

54. В клинику поступил подросток с жалобами на кашель, одышку, общую слабость, периодическую рвоту. При осмотре в приемном покое отмечается повышение АД до 150/100мм.рт.ст., наличие хрипов в нижних долях обоих легких, анемия, лейкоцитоз, протеинурия до 6,5г/л гематурия до 200 в п/зр. Какой диагноз наиболее вероятен?

- 1) Системная красная волчанка
- 2) Амилоидоз почек
- 3) Гранулематоз Вегенера
- 4) Узелковый периартериит

55. Ребенку с быстро прогрессирующим гломерулонефритом, на фоне узелкового периартериита показана следующая терапия:

- 1) Преднизолон per os в дозе 2мг/кг
- 2) Преднизолон per os в дозе 1 мг/кг, гепарин, курантил
- 3) Пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 30мг/кг, гепарин, курантил
- 4) Пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 10мг/кг, циклофосфамид per os в дозе 3мг/кг, гепарин, курантил
- 5) Пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 30мг/кг, но не более 1г, циклофосфамид в/в в дозе 1000мг/м², гепарин, курантил.

56. Врач в приемном покое выставил ребенку предварительный диагноз синдром Чарга-Стросса. Какие лабораторные и серологические исследования необходимо провести ребенку для подтверждения данного диагноза?

- 1) Определение антинуклеарного фактора, антител к ДНК, С3 компонента
- 2) Проведение клинического анализа крови с определением лейкоцитарной формулы, определение антинейтрофильных антител, иммуноглобулинов, С3 компонента.
- 3) Определение антинейтрофильных антител, иммуноглобулинов, С3 компонента
- 4) Проведение клинического анализа крови с определением лейкоцитарной формулы, определение антинейтрофильных антител.

57. В отделение нефрологии поступил мальчик с активным нефротическим синдромом. При осмотре отмечалось серость кожных покровов, гепатомегалия. Из анамнеза болезни известно о наличии рецидивирующих деструктивных пневмониях. Какой наиболее вероятный диагноз у ребенка?

- 1) Системная красная волчанка
- 2) Гранулематоз Вегенера
- 3) Амилоидоз почек
- 4) Микроскопический полиангиит

58. Ребенок 3 лет с сахарным диабетом поступил в отделение нефрологии с диагнозом: нефротический синдром. Какую тактику ведения вы выбираете?
- 1) Назначить преднизолон в дозе 2 мг/кг/сут в течение 6 недель, при отсутствии чувствительности провести нефробиопсию.
 - 2) Провести нефробиопсию, для уточнения морфологического диагноза для определения тактики ведения
 - 3) Назначить циклоспорин А, и в случае отсутствия положительного эффекта через 3 недели провести нефробиопсию
 - 4) Назначить ингибиторы АПФ и симптоматическую терапию.
59. Девочка 12 лет с наличием в анамнезе аллергического поллиноза, синусита поступила в отделение с наличием геморрагической сыпи, болями в животе и мочевым синдромом в виде протеинурии и гематурии. Предположите диагноз:
- 1) Микроскопический полиангиит
 - 2) Системная красная волчанка
 - 3) Синдром Чарга–Стросса
 - 4) Геморрагический васкулит, смешанная форма
60. У мальчика с сахарным диабетом в анамнезе, в возрасте 14 лет, усилилась полидипсия и полиурия. При исследовании ан. мочи – выявлена протеинурия 1,2г/л, глюкозурия, в б/х крови- гипергликемия. Ваши действия:
- 1) Назначите преднизолон в дозе 1мг/кг/сут.в дозе
 - 2) Назначите циклоспорин А в дозе 3мг/кг/сут
 - 3) Назначите ингибиторы АПФ
 - 4) Назначите ингибиторы АПФ и проведёте коррекцию гипергликемии.
61. В отделение поступил мальчик 11 лет с клинико-лабораторными признаками нефротического синдрома. Более того, при беседе с ребенком установлено снижение слуха. Ваш предполагаемый диагноз и тактика ведения:
- 1) Нефротический синдром, назначить преднизолон в дозе 2 мг/кг/сут
 - 2) Нефротический синдром, назначить преднизолон в дозе 1мг/кг/сут и провести нефробиопсию
 - 3) Нефротический синдром на фоне синдрома Альпорта, назначить преднизолон в дозе 2 мг/кг/сут и провести нефробиопсию
 - 4) Нефротический синдром на фоне синдрома Альпорта, назначить циклоспорин А в дозе 3 мг/кг/сут и провести нефробиопсию
 - 5) Нефротический синдром на фоне синдрома Альпорта, назначить ингибиторы АПФ и провести нефробиопсию
62. Девочка 3 лет находится в отделении нефрологии в связи с обнаруженной макрогематурией на фоне полного здоровья. Из ген.анамнеза известно, что наличие гематурии отмечается у ее матери и старшей сестры. Ваша тактика:
- 1) Провести симптоматическую терапию и в дальнейшем выписать из стационара под наблюдение нефролога
 - 2) Провести симптоматическую терапию и нефробиопсию
 - 3) Назначить антибактериальную терапию, провести серологическое исследование на наличие стрептококковой инфекции
 - 4) Провести комплексное нефро-урологическое обследование, назначить симптоматическую терапию и выписать из стационара под наблюдение нефролога
63. Девочка 3 лет находится в отделении нефрологии в связи с обнаруженной макрогематурией на фоне полного здоровья. Из ген.анамнеза известно, что в семье отмечались ранние смерти по отцовской линии, а папа девочки (возраст 27 лет) находится на диализном лечении. Ваша тактика:

- 1) Провести симптоматическую терапию и в дальнейшем выписать из стационара под наблюдение нефролога
- 2) Провести симптоматическую терапию и нефробиопсию
- 3) Назначить антибактериальную терапию, провести серологическое исследование на наличие стрептококковой инфекции
- 4) Провести комплексное нефро-урологическое обследование, назначить симптоматическую терапию и выписать из стационара под наблюдение нефролога

64. Мальчику 15 лет с нефротическим синдромом на фоне синдрома Альпорта был назначен циклоспорин А. На фоне лечения НС купировался, однако при очередной госпитализации отмечалось увеличение азотемии с 83мкмоль/л до 98мкмоль/л. Ваша тактика:

- 1) Отменить циклоспорин А.
- 2) Отменить циклоспорин А и назначить ингибиторы АПФ
- 3) Продолжите лечение циклоспорином А с частым мониторингом азотемии
- 4) Продолжите лечение циклоспорином А с частым мониторингом азотемии и назначить ингибиторы АПФ.

65. Мальчик 13 лет находился в стационаре на обследовании в связи с наличием протеинурии до 2,5г/сут. При обследовании лабораторных признаков нефротического синдрома не выявили, отмечаются незначительные признаки воспаления (СОЭ 21мм/час, диспротеинемия) при морфологическом исследовании установлен диагноз патология 4 типа коллагена. Ваша лечебная тактика:

- 1) Назначить ингибиторы АПФ
- 2) Назначить преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут
- 3) Назначить циклоспорин А
- 4) Выписать под наблюдение нефролога с диагнозом синдром Альпорта

66. Девочка 15 лет поступила в клинику с признаками быстро прогрессирующего нефрита. После проведенной нефробиопсии, в морфологии почек выявлены следующие изменения: В препарате 13 клубочков из них 6 полностью склерозированы. В сохранных клубочках отмечается ишемия и тромбоз капилляров, в двух имеются фибриноидные полулуния. При иммуногистохимическом исследовании свечение иммуноглобулинов не отмечается. Ваш диагноз:

- 1) Системная красная волчанка, люпус-нефрит, быстро прогрессирующее течение
- 2) Узелковый периартериит, быстро прогрессирующий нефрит
- 3) Геморрагический васкулит, быстро прогрессирующий нефрит
- 4) Первичный быстро прогрессирующий нефрит
- 5) Гранулематоз Вегенера, быстро прогрессирующий нефрит

67. В отделение поступил мальчик 11 лет с признаками ишемического поражения сердца. Из анамнеза известно, что в течение года отмечались гипертонические кризы (до 170/110 мм.рт.ст), мама также отмечает резкое снижение веса за последний месяц. В клин.ан.крови: Нв- 98г/л, Эр- $3,1 \times 10^{12}/л$, Лейк-ты - $16,3 \times 10^9/л$, Тр.- $173 \times 10^9/л$, СОЭ- 31мм/ч. В ОАМ- б-2,1г/л, Эр-ты до 150 в п/зр, Лейк-ты- 10-15в п/зр. Ваш диагноз:

- 1) СКВ
- 2) Ишемическая болезнь сердца
- 3) Хронический гломерулонефрит, артериальная гипертония, вторичная кардиопатия
- 4) Узелковый периартериит, вторичный гломерулонефрит

68. В отделение поступил мальчик 14 лет с жалобами на заложенность носа, выраженную ринорею и экспираторную одышку. Из анамнеза болезни известно, что явления поллиноза у мальчика наблюдаются каждую весну, периодически отмечается одышка. На фоне лечения антигистаминными препаратами состояния улучшалось, при выраженной одышке мама использовала ингаляции беротеком. В отделении мальчику назначали сальбутамол, на фоне

которого явления одышки купировались, однако на обеих ногах появилась мелкоточечная сыпь, а в анализах мочи появились изменения в виде протеинурии до 1.2г/л и гематурии до 60 в п/зр. Какой диагноз вы заподозрили, и какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

- 1) Бронхиальная астма, период обострения, аллергический поллиноз, аллергический дерматит. Определить уровень IgE, количество эозинофилов в КАК.
- 2) Обструктивный бронхит, аллергический поллиноз, геморрагический васкулит, кожно-почечная форма. Определить уровень IgA, IgE, уровень эозинофилов в КАК, суточную протеинурию.
- 3) Обструктивный бронхит, аллергический поллиноз, синдром Чарга-Стросса. Определить уровень IgA, IgE, уровень эозинофилов в КАК, суточную протеинурию.
- 4) синдром Чарга-Стросса. Определить уровень IgE, уровень эозинофилов в КАК, суточную протеинурию, антинейтрофильные антитела.

69. Девочка 11 лет наблюдается с диагнозом ревматоидный артрит в течение 4 лет. Получала лечение метотрексатом с перерывами на фоне чего отмечалось прогрессирование заболевания в последнее время у девочки отмечается постоянный субфебрилитет с периодическими фебрильными свечками. В ОАМ появилась протеинурия до 2.7 г/л. При осмотре отмечается гепатоспленомегалия. Поставьте диагноз и какова ваша тактика?

- 1) Ревматоидный артрит, прогрессирующее течение, ревматическая лихорадка, вторичный нефрит. Провести полный лабораторно-инструментальный комплекс по ревматоидному артриту и усилите иммуносупрессивную терапию.
- 2) Ревматоидный артрит, прогрессирующее течение, ревматическая лихорадка. Провести полный лабораторно-инструментальный комплекс по ревматоидному артриту и усилите иммуносупрессивную терапию. Назначите антибиотики.
- 3) Ревматоидный артрит, прогрессирующее течение, вторичный нефрит. Провести полный лабораторно-инструментальный комплекс по ревматоидному артриту и усилить иммуносупрессивную терапию. При отсутствии лечебного эффекта провести нефробиопсию.
- 4) Ревматоидный артрит, прогрессирующее течение. Вторичный амилоидоз? Провести полный лабораторно-инструментальный комплекс по ревматоидному артриту и нефробиопсию, для определения дальнейшей лечебной тактики.

70. У ребенка 15 лет – сахарный диабет 1 типа с 3-х лет, в моче – белок – 0,165 ‰. Ваш диагноз и тактика лечения?

- 1) Сахарный диабет 1 типа, диабетическая нефропатия, протеинурическая стадия, ингибитор АПФ, жесткий метаболический контроль
- 2) Сахарный диабет, гломерулонефрит, преднизолон
- 3) Сахарный диабет, пиелонефрит, антибиотики
- 4) Сахарный диабет, ХПН, перевод в отделение диализа
- 5) Сахарный диабет, ОПН, перевод в отделение диализа

71. Ребенок 11 лет, в анамнезе: в 6 лет в некоторых анализах мочи микрогематурия при нормальном уровне IgA и кальциурии. С 9 лет персистирующая гематурия с эпизодами макрогематурии, протеинурия 1,25 г/сут. На момент осмотра протеинурия нефротическая, креатинин крови 114мкмоль/л. При обследовании семьи – прогрессирующая нефропатия с развитием почечной недостаточности и семейная миопия «лентиконус». Ваш диагноз:

- 1) синдром Альпорта
- 2) болезнь Берже
- 3) поликистозная болезнь (аутосомно-доминантная)
- 4) болезнь тонких базальных мембран
- 5) интерстициальный нефрит вследствие гиперсенсibilизации

72. Ребенку 15 лет. Болен хроническим гломерулонефритом. В сыворотке крови: креатинин 0,37 ммоль/л, мочевины 17,9 ммоль/л. У ребенка наблюдается:

- 1) хронический гломерулонефрит, ОПН
- 2) хронический гломерулонефрит, ХПН

- 3) обострение хронического гломерулонефрита
- 4) транзиторная азотемия 5) вторичное инфицирование

73. У мальчика 14 лет случайно выявленная гематурия, белок – 0,165%. Скорость клубочковой фильтрации по Шварцу – 72 мл/мин. Какой диагноз наиболее правомерен до точного выяснения болезни?

- 1) IgA – нефропатия 2) Острый гломерулонефрит 3) Хронический пиелонефрит
- 4) Хроническая болезнь почек, 2 стадия 5) Синдром Альпорта

74. У ребенка на фоне тяжелой пневмонии с сердечно-сосудистой недостаточностью уменьшился диурез. Какой диагноз и тактика ведения?

- 1) ХПН, диализ 2) Органическая ОПН, диализ
- 3) Функциональная ОПН, следить за водно-солевым балансом, состоянием ССС, диета, диуретики
- 4) Пневмония, токсикоз, усилить инфузионную терапию
- 5) Пневмония, токсикоз, смена антибиотиков

75. Ребенок 3 лет с гастроэнтеритом. Выявлены дегидратация, отеки, петехии, гепатоспленомегалия, микроангиопатическая анемия, тромбоцитопения, ОПН. Какое осложнение не характерно для этого заболевания?

- 1) Нарастающая анемия 2) Нефрокальциноз 3) Сердечная недостаточность
- 4) Гипертензия 5) Уремия

76. У ребенка 10 месяцев – после гастроэнтерита выявлены: анемия, тромбоцитопения, повышение креатинина. Какой из этих этиологических факторов наиболее частый?

- 1) Энтеровирус 2) E.coli, продуцирующий веротоксин 3) Шигеллы
- 4) Кампиллобактерии 5) Все правильно

77. У ребенка 12 лет диагностирован преддиализный период ХПН. Какая патология характерна для этого периода, требующая ранней коррекции?

- 1) Судороги 2) Артриты 3) Ренальная анемия
- 4) Кальцификация сосудов 5) Уремический перикардит

78. У подростка – хронический гломерулонефрит, имеется снижение функции почек (СКФ – 78 мл/мин белок в моче – 1,32 г/л). Какой золотой стандарт нефропротективной терапии показан этому больному?

- 1) Ингибитор АПФ 2) Блокатор кальциевых каналов 3) Эссенциале
- 4) В – блокаторы 5) Иммуносупрессоры

79. У нефролога поликлиники наблюдаются 10 больных с различными хроническими заболеваниями почек. Для определения прогноза и разработки тактики ведения в амбулаторной нефрологической практике незамедлительного внедрения требует метод:

- 1) Метод определения креатинина сыворотки крови для расчета скорости клубочковой фильтрации
- 2) Компьютерная томография 3) Экскреторная урография 4) Цистография 5) Дисбактериоз

80. Ребенок 4 г. с ОПН, выраженной анемией с шистоцитами в периферической крови. Вероятный диагноз:

- 1) Острый ГН 2) Острая ишемическая почечная недостаточность
- 3) Тромбоз почечных вен 4) ГУС 5) Почечная гемоглобинурическая недостаточность

81. Ребенок 3 года, у которого 2 дня диарея с кровью, олигурия, гематурия. Гемоглобин 35 г/л, с фрагментированными пустыми эритроцитами. Диагноз:

- 1) острый диффузный ГН
- 2) ГУС
- 3) IgA-нефропатия
- 4) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
- 5) колит с дегидратацией и вторичной олигоанурией

82. Мальчик 11 лет, находится в хирургическом отделении, получает курс антибактериальной терапии препаратами: ванкамицин + гентамицин. На фоне лечения внезапно уменьшился диурез, с последующим развитием анурии, моча цвета «мясных помоев». В б/х крови креатинин 176мкмоль/л, мочевины 9.5 ммоль/л. Ваш диагноз:

- 1) Острый гломерулонефрит
- 2) Острый пиелонефрит
- 3) Дебют хронического гломерулонефрита
- 4) Острый интерстициальный нефрит постлекарственный, ОПН
- 5) Острый интерстициальный нефрит

83. На приеме у гематолога девочка 14 лет, с жалобами на повышенную утомляемость, пониженный аппетит, в КАК Нв- 84г/л. При осмотре отмечается бледность и сухость кожных покровов, рост 137см, вес 48кг. Язык обложен белым налетом. По остальным органам и системам без особенностей. Ваши рекомендации:

- 1) Назначите препараты железа под контролем Нв в крови.
- 2) Провести анализ крови с определением ретикулоцитов, цветового показателя, затем назначите препараты железа.
- 3) Провести пункцию костного мозга и анализ крови с определением ретикулоцитов, цветового показателя.
- 4) Провести биохимическое исследование крови на определение креатинина, мочевины, электролитов и обмен железа. Клинический анализ крови на определение ретикулоцитов, цветового показателя.

84. Мальчик 7 лет с диагнозом гиподисплазия обеих почек. ХБП 4 ст. Какие симптомы могут у него наблюдаться?

- 1) Гипотензия, снижение аппетита, частые головокружения
- 2) Гипертония, низкорослость, почечный остеопороз(искривление конечностей)
- 3) Анемический синдром, низкорослость, почечный остеопороз (искривление конечностей), гипертония.
- 4) Олигоанурия, гипертония, низкорослость, рахитоподобные изменения.

85. У девочки 13 лет после перенесенной физической нагрузки уменьшился диурез, моча цвета «мясных помоев». В КАК лейкоц-14,1, метамиелоциты- 14%, миелоциты-3%, нейтрофилы- 53%. В б/х крови – креатинин – 310мкмоль/л. В ОАМ – б-1,3г/л, Эр-ты- сплошь. Ваш диагноз:

- 1) Острый гломерулонефрит
- 2) Острый интерстициальный нефрит
- 3) Острый лейкоз? ОПН
- 4) ОПН, сепсис

86. На приеме мальчик 13 лет с жалобами на головную боль. При осмотре выявлено повышение АД до 160/100мм.рт.ст., рост 143см, вес 46кг. В остальном без особенностей. Ваша тактика:

- 1) Назначить антигипертензивные препараты под контролем АД.
- 2) Провести исследование КАК, ОАМ, б/х крови, СМАД, УЗИ почек.
- 3) Провести СМАД и по результатам исследования назначите антигипертензивные препараты.
- 4) Провести исследование ОАМ, б/х крови, СМАД, УЗИ почек.
- 5) Провести исследование КАК, ОАМ, б/х крови, СМАД.

87. Девочка 2,5 лет поступила в инфекционное отделение с жалобами на выраженную диарею, олигоурию. При осмотре отмечаются признаки эксикоза. В КАК Нв- 95г/л, Лейк-ты- 13.1×10^9 /л, Тр- 215×10^9 /л. В ОАМ б-0,165/л, лейкоц-ты- 20-25 в п/зр, эр-ты- 50-60 в п/зр. В б/х крови: креатинин 117мкмоль/л, мочевины 13ммоль/л. Ваш диагноз:

- 1) ГУС 2) Кишечная инфекция. ОПН
- 3) Острый интерстициальный нефрит на фоне кишечной инфекции
- 4) Кишечная инфекция. Острый пиелонефрит.
- 5) Кишечная инфекция. Острый нефритический синдром.

88. Ребенок на приеме у нефролога впервые. Из анамнеза болезни известно, что неоднократно находился в стационаре с диагнозом ПМР 4 ст., рефлюкс-нефропатия. Какие обследования необходимо проводить ребенку в амбулаторных условиях?

- 1) Общий анализ мочи, клинический анализ крови, проба Зимницкого.
- 2) Общий анализ мочи, биохимия мочи, проба Зимницкого.
- 3) Общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимия мочи.
- 4) Б/х крови на определение креатинина, мочевины, Na, K, Ca, P, сыв. Fe, ферритина, общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимия мочи, проба Зимницкого.
- 5) Б/х крови на определение креатинина, мочевины, Na, K, Ca, P, общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимия мочи.
- 6) Б/х крови на определение креатинина, мочевины, Na, K, Ca, P, общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимия мочи, проба Зимницкого.

89. В отделение реанимации поступил ребенок в бессознательном состоянии, с олигурией. В КАК: Нв- 85г/л, Тр- 35×10^9 /л, Лейк- $13,1 \times 10^9$ /л. На кануне мама отмечает наличие лихорадки, плохого аппетита. Какие еще необходимо провести анализы для уточнения диагноза?

- 1) б/х крови с определением об.белка, альбумина, холестерина.
- 2) б/х крови с определением креатинина, мочевины, K, Na, билирубина.
- 3) б/х крови с определением креатинина, мочевины, K, Na, билирубина. Серологическое обследование с определением всех классов иммуноглобулинов.
- 4) б/х крови с определением креатинина, мочевины, K, Na, билирубина. Серологическое обследование с определением С3, С4 фракции комплемента.

90. Ребенок наблюдается с диагнозом вторичный пиелонефрит, на фоне двустороннего мегауретера. В настоящее время мама обратила внимание, что ребенок значительно меньше стал мочиться. Предположите диагноз?

- 1) Обострение пиелонефрита 2) Развитие ОПН 3) Развитие терминальной стадии ХПН

91. У мальчика ХБП 3ст. Жалуется на периодические «сведение» пальцев рук и ног. Какие показатели необходимо исследовать мальчику?

- 1) Креатинин, мочевины, гемоглобин, тромбоциты.
- 2) Паратгормон
- 3) Креатинин, мочевины, калий, натрий, кальций, фосфор, паратгормон.
- 4) Кальций, фосфор, паратгормон, калий, кислотно-основное состояние крови.

92. В ОАМ у ребенка 3-х лет отмечаются лейкоцитурия, бактериурия, в ОАК - лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ. Объективно: лихорадка, симптомы интоксикации.

Предполагаемый диагноз:

- 1) острый цистит 2) хронический цистит 3) острый пиелонефрит
- 4) хронический пиелонефрит, ремиссия 5) острый гломерулонефрит

93. У ребенка 10 месяцев высокая температура, интоксикация, прорезываются зубы. В крови – лейкоцитоз, высокая СОЭ, в моче – лейкоцитурия, бактериурия. Какой диагноз и терапевтическая тактика?

- 1) Цистит, лечение ко-тримоксазолом 2) Острый пиелонефрит, амоксилав
- 3) Острый гломерулонефрит, диета, пенициллин 4) «Реакция» на зубы, наблюдение
- 5) Исключить пневмонию, рентгенография грудной клетки

94. У ребенка 3-х лет – инфекция мочевой системы в виде интоксикации, изменений в моче. Какая начальная тактика ведения?
- 1) В начале – посев мочи на бактериальную флору и чувствительность к антибиотикам и сразу эмпирическое назначение антибиотика
 - 2) Посев мочи на флору и чувствительность и после получения результата начать лечение
 - 3) Провести цистографию и начать лечение
 - 4) При обнаружении ПМР – немедленная оперативная коррекция
 - 5) Лечение антибактериальное без бак. Исследований
95. У ребенка 10 лет – ночное недержание мочи. Какое лечение и исследование неправильное?
- 1) УЗИ почек
 - 2) Цистография
 - 3) Уродинамическое исследование
 - 4) Консультация невропатолога, десмопрессин
 - 5) Биопсия почки, длительная антибиотикотерапия
96. У мальчика 5 лет определяется фимоз с частыми обострениями. В моче – периодически асимптоматическая бактериурия. Анализы мочи в норме. Патологии почек нет. Что можно рекомендовать в данном случае?
- 1) Длительная антибактериальная терапия
 - 2) Операция – обрезание крайней плоти
 - 3) Урография, цистография
 - 4) Томография почки
 - 5) Биопсия почки
97. Ребенок 2 лет болен инфекцией мочевых путей (лейкоцитурия, бактериурия). Какой из следующих диагностических методов наиболее показан такому больному:
- 1) УЗИ брюшной полости
 - 2) УЗИ брюшной полости и цистография одновременно в диагностический момент
 - 3) УЗИ брюшной полости, цистография и радионуклидное исследование с изотопом DMSA
 - 4) УЗИ брюшной полости в момент диагностики и цистография после проведения антибактериальной терапии
 - 5) ничего из перечисленного
98. У ребенка 1,5 лет выявлены признаки инфекции мочевой системы. Какова Ваша тактика (5 последовательных действий):
- а) собрать анамнез
 - б) срочный анализ мочи
 - в) бак. посев мочи
 - г) эмпирическая антибактериальная терапия
 - д) антибактериальная терапия только после определения чувствительности флоры
 - е) немедленное рентгеноурологическое обследование
 - ж) УЗИ почек
99. Девочка наблюдается с диагнозом аутосомно-доминантный поликистоз почек. В ОАМ отмечается лейкоцитурия-15-20 в п/зр. Ваша тактика:
- 1) Назначить фурагин в лечебной дозе.
 - 2) Наблюдать без проведения лечения
 - 3) Провести бак. посев мочи и при необходимости назначить уросептики
 - 4) Назначить и АПФ
100. Мальчик, 15 лет поступил в отделение с жалобами на подъем АД до 160/100мм.рт.ст. В ОАМ – б-0,165г/л, эр-ты- до 20 в п/зр. На УЗИ – пр. почка в типичном месте – контур деформирован, левая – в тазовой области-уменьшена. Ваша тактика:
- 1) Назначить и АПФ и провести экскреторную урографию.
 - 2) Провести экскреторную урографию, КАК, б/х крови
 - 3) Провести экскреторную урографию, КАК, б/х крови, назначить и АПФ
 - 4) Провести КТ почек назначить и АПФ.