

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.43 «НЕФРОЛОГИЯ»**

1	Организация медицинской и нефрологической службы в РФ
1	В формировании общественного здоровья определяющую роль играют
	генетические факторы
	природно-климатические факторы
	уровень и образ жизни населения
	уровень, качество и доступность медицинской помощи
2	Информация статистики здравоохранения включает в себя
	обеспеченность населения медицинскими кадрами
	анализ деятельности ЛПУ
	обеспеченность населения койками
3	Основными показателями естественного движения населения являются
	рождаемость, смертность
	смертность, заболеваемость
	инвалидность, смертность
	заболеваемость, инвалидность
	рождаемость, заболеваемость
4	В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают
	инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
	болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
	новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
	инфекционные и паразитарные заболевания; болезни органов дыхания; травмы и отравления
5	Основные методы изучения заболеваемости
	по причинам смерти, по обращаемости, поданным медицинских осмотров
	по данным переписи населения, поданным физического развития
	по обращаемости, по данным физического развития

	по данным медицинских осмотров, по обращаемости
6	Сущность термина «болезненность»
	вновь выявленные заболевания в данном году
	все заболевания, зарегистрированные в данном году
	заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах
	заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах
7	Система здравоохранения в России является
	государственно-страховой
	смешанной (обязательное и добровольное страхование)
	бюджетно-страховой
	частно-государственной
	государственной
8	Комплексную оценку здоровья трудоспособного населения определяют показатели
	общая заболеваемость
	профессиональная заболеваемость
	заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности
	распределение по труппам здоровья
	показатель первичного выхода на инвалидность
9	Приоритетное направление в национальном проекте «Здоровье» предполагает
	повышении эффективности в лечении инфекционных заболеваний
	разработку новых методов лечения плохо изученных болезней
	снижение смертности от предотвратимых причин
	снижение заболеваемости болезнями, обозначенными, как «социально обусловленные»
	снижение заболеваемости детей и подростков
10	Реализованными мероприятиями национального проекта «Здоровье» являются
	преобразования в организации здравоохранения
	преобразования в управлении здравоохранения
	медико-технологические преобразования
	преобразования в финансировании здравоохранения

	кадровые преобразования
11	Основными путями развития первичной и вторичной профилактики являются
	экономические механизмы
	активная социальная пропаганда здорового образа жизни
	адекватные управленческие мероприятия по стимуляции первичной профилактики заболеваний
	выделение дополнительных врачебных и медсестринских должностей для проведения профилактической работы с населением
	создание организационных структур для развития первичной профилактики
12	Эффективность терапии наиболее распространенных заболеваний позволяет
	увеличить продолжительность жизни больных с учетом инвалидности
	сократить длительность стационарного лечения
	перераспределить потоки пациентов между амбулаторно-поликлинической и стационарной службой
	более эффективно расходовать финансовые потоки
	увеличить эффективность мер вторичной профилактики
13	Индикаторами качества медико-социальной помощи на региональном уровне являются
	удельный все обоснованных жалоб, поступивших в ФС
	число стационаров, в которых есть формулярная комиссия
	число ЛПУ, в которых есть локальные сети
	число медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет
	количество коек сестринского ухода на 100 000 населения
14	Потребность населения в госпитализации определяется
	числом коек на определенную численность населения
	определением доли населения, нуждающегося в госпитализации
	числом госпитализированных за год больных
	числом врачебных должностей стационара на определенную численность населения
	числом госпитализаций на одного жителя в год
15	Самостоятельное согласие на участие в программах по трансплантации органов в качестве донора граждан РФ может предоставлять, при наступлении возраста с
	14 лет

	15 лет
	16 лет
	17 лет
	18 лет
16	Выполнение медицинского вмешательства с согласия законных представителей допускается
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет и недееспособным гражданам
	при отказе от медицинского вмешательства несовершеннолетнего пациента в возрасте от 15 до 18 лет и при отказе недееспособного гражданина
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, недееспособным гражданам, а так же при невозможности получить согласие от дееспособного пациента
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет (до 16 лет для лиц, страдающих наркоманией), так же недееспособным гражданам
	при недееспособности гражданина
17	Необходимое число мед.персонала рассчитывается в зависимости от
	годового бюджета рабочего времени одной должности
	годового бюджета чистого рабочего времени одной должности
	финансирования медицинского учреждения
	критериев качества работы специалистов
	категории специалистов
18	Страховые медицинские организации имеют право проводить обязательное и добровольное медицинское страхование
	одновременно
	раздельно
	одновременно согласно специальным указаниям в договоре
	одновременно в особых случаях
	одновременно, но особому распоряжению руководства
19	Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является
	амбулаторная карта
	листок нетрудоспособности
	экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении
	карта выбывшего больного из стационара

	статистический талон уточненного диагноза
20	В понятие «Основная причина смерти» входит
	основное заболевание, приведшее к летальному исходу
	заболевание, непосредственно приведшее к смерти
	ведущий синдром, явившийся непосредственной причиной смерти.
	осложнение основного заболевания
	ведущий синдром основного заболевания
21	МКБ-10 - это
	законодательный документ
	единый международный нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении
	инструктивный документ
	методическое средство для обеспечения автоматизации основных управленческих и планово-нормативных работ
	юридический документ
22	Выполнение медицинского вмешательства с согласия законных представителей допускается
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет и недееспособным гражданам
	при отказе от медицинского вмешательства несовершеннолетнего пациента в возрасте от 15 до 18 лет и при отказе недееспособною гражданина
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, недееспособным гражданам, а так же при невозможности получить согласие от дееспособного пациента
	несовершеннолетним в возрасте до 15 лет (до 16 лет для лиц, страдающих наркоманией), так же недееспособным гражданам
	при недееспособности гражданина
23	Необходимое число медицинского персонала рассчитывается в зависимости от
	годового бюджета рабочего времени одной должности
	годового бюджета чистого рабочего времени одной должности
	финансирования медицинского учреждения
	критериев качества работы специалистов
	категории специалистов

24	Страховые медицинские организации имеют право проводить обязательное и добровольное медицинское страхование
	одновременно
	раздельно
	одновременно согласно специальным указаниям в договоре
	одновременно в особых случаях
	одновременно по особому распоряжению руководства
25	Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является
	амбулаторная карта
	листок нетрудоспособности
	экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении
	карта выбывшего больного из стационара
	статистический талон уточненного диагноза
26	В понятие «Основная причина смерти» входит
	основное заболевание, приведшее к летальному исходу
	заболевание, непосредственно приведшее к смерти
	ведущий синдром, явившийся непосредственной причиной смерти.
	осложнение основного заболевания
	ведущий синдром основного заболевания
27	Развитие специализированной нефрологической помощи населению определяют
	министерство здравоохранения РФ
	органы управления здравоохранением субъекта Федерации
	муниципальные органы управления здравоохранения
	экспертный совет ЛПУ
	общественные организации врачей нефрологов и больных нефрологического профиля субъектов РФ
28	Распространенность ХБП среди взрослого населения в РФ составляет около (%)
	1
	5
	15

	25
	40
29	Количество центров (отделений) заместительной почечной терапии в РФ составляет
	100
	150
	200
	300
	500
30	Организация нефрологической помощи в РФ регламентируется
	приказами МЗ РФ
	распоряжениями МЗ РФ
	приказами (распоряжениями) органов управления здравоохранением субъектов РФ
	приказами Главных врачей ЛПУ
	решениями Съездов нефрологов РФ
31	В поликлинике нефрологический кабинет организуется из расчета «одна должность врач – нефролога на»
	25 тысяч населения
	50 тысяч населения
	100 тысяч населения
	250 тысяч населения
	500 тысяч населения
32	В стационаре одна должность врача-нефролога организуется из расчета на
	10 коек
	15 коек
	20 коек
	25 коек
	30 коек
33	Право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеет
	врач станции скорой помощи

	врач станции переливания крови
	врач бальнеолечебницы
	врач приемного покоя больницы
	судебно-медицинский эксперт
34	Единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач может
	до 10 дней
	до 30 дней
	до 45 дней
	до 60 дней
35	Направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет право
	руководители ЛГТУ и поликлиник
	лечащий врач самостоятельно
	лечащий врач с утверждения зав. отделением
	лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ
36	Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей
	несовершеннолетним детям
	при несчастных случаях, травмах, отравлениях
	лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ
	лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
37	Разрешение на занятия частной медицинской практикой выдает
	орган управления здравоохранением области
	Министерство здравоохранения РФ
	профессиональная медицинская ассоциация
	местная администрация по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями
38	Медицинское страхование - это
	оплата медицинских услуг через страховую организацию
	форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья
	оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств

	медицинское обслуживание населения за счет страховой организации
39	Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь
	в территориальной поликлинике
	в любой поликлинике населенного пункта
	в любой поликлинике Российской Федерации
	в любой поликлинике субъекта Федерации
40	Лицензирование медицинского учреждения представляет собой
	определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
	выдачу государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности
	процедуру предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица
	проверку хозяйственной деятельности учреждения
41	Подлежат лицензированию следующие медицинские учреждения
	частные амбулаторно-поликлинические учреждения
	научно-исследовательские институты
	государственные больницы
	медицинские учреждения независимо от форм собственности
42	Целью аккредитации является
	изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения
	защита интересов потребителей на основе установления соответствия деятельности медицинского учреждения существующим профессиональным стандартам
	оценка эффективности деятельности медицинского учреждения
	определение объемов медицинской помощи
43	Медицинскому учреждению после успешного прохождения аккредитации выдается
	диплом
	свидетельство
	лицензия
	сертификат
	справка

44	Укажите наиболее точное определение-качество медицинской помощи
	характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели
	полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом
	степень удовлетворения потребителя медицинской помощью
	степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
45	Эффективностью медицинской помощи называется
	улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
	степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов
	степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
	полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом
46	При направлении нефрологического больного во ВТЭК необходимо указать в диагнозе
	характер основного заболевания и фазу процесса (обострение ремиссии) на момент освидетельствования
	отразить особенности течения болезни и частоту обострений за последний год, с указанием их продолжительности
	функциональное состояние почек (отсутствие, или наличие хронической почечной недостаточности и степень ее выраженности)
47	Необходимый объем исследований при направлении нефрологического больного во МСЭ может быть выполнен при обследовании
	амбулаторно врачом-нефрологом
	в любом стационаре
	в условиях нефрологического стационара
	на дому
48	Зарегистрированные общественные организации специалистов в области нефрологии в РФ
	творческое объединение детских нефрологов
	российское диализное общество
	российское Научное общество нефрологов

	российское общество врачей нефрологов Северо-Западного региона
49	Критериями оценки состояния здоровья населения являются
	общая заболеваемость и по отдельным группам болезней, травматизм
	показатели физического развития
	показатели смертности, в том числе предотвратимой
	самооценка здоровья пациентами
50	Формирование здорового образа жизни - это комплекс мероприятий, направленных на
	сохранение здоровья и увеличение продолжительности активной жизни
	мотивацию граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей
	разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в т.ч. у детей
	борьбу с факторами риска развития ХНИЗ
	ответственность предприятий за здоровье работающих на данном предприятии
51	Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время
	дети и подростки
	беременные женщины
	работающие граждане
	все население, за исключением неработающих граждан
1	Анатомия, гистология и физиология мочеобразующей и мочевыделительной системы
52	В норме ворота почек расположены
	на уровне X1-X1F грудных позвонков
	на уровне 1-11 поясничного позвонка
	на уровне III-IV поясничного позвонка
	у женщин выше, чем у мужчин
53	По отношению к позвоночнику почки расположены
	параллельно
	симметрично под углом 30
	асимметрично под углом 30
	симметрично под углом 45
	асимметрично под углом 45

54	Мальпигиевы пирамиды состоят из
	коркового вещества
	коркового вещества и наружного мозгового слоя
	коркового вещества и внутреннего мозгового слоя
	наружного мозгового и внутреннего мозгового слоев
55	Вершиной пирамиды почек называется
	основные чашечки
	незначительные чашечки
	почечный сосочек
	почечная лоханка
	мочеточник
	основные чашечки
56	Канал, в который сливаются почечные чашечки называется
	почечная фасция
	почечная лоханка
	почечные пирамиды
	почечные сосочки
	почечный синус
57	Почечную ножку образуют
	мочеточник и почечная артерия
	почечная артерия и вена
	почечная вена и мочеточник
	мочеточник, почечные артерия и вена
58	Почечная артерия в воротах почки делится на
	дугобразные артерии
	приносящие артериолы
	междольковые артерии
	междольковые артерии

59	Выносящая артериола кортикальных нефронов, выйдя из капсулы клубочка, делится на капилляры
	оплетающие проксимальные и дистальные каналцы
	оплетающие собирательные трубки
	оплетающие петлю Генле
	не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек
60	Выносящая артериола юкстамедуллярных нефронов, выйдя из капсулы из клубочка, делится на капилляры
	оплетающие проксимальные и дистальные каналцы
	оплетающие собирательные трубки
	оплетающие тонкий сегмент петли Генле
	не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек
61	Прямые артерии и вены залегают
	в Бертиниевых столбах
	в Мальпигиевых пирамидах
	между корковым и мозговым веществом
	между наружным и внутренним мозговым веществом
62	Лимфатическая система почки функционально подчинена
	клубочковой фильтрации
	реабсорбционной работе канальцев
	секреторной работе канальцев
	всем указанным процессам
63	В иннервации канальцевого аппарата почек участвуют нервы
	адренергические
	холинергические
	адренергические и холинергические
	ауторегулируются
64	Источником иннервации клеток юкстагломерулярного аппарата является
	аортальное сплетение
	ренальное сплетение

	аорторенальное сплетение
	аортальное и ренальное сплетение
	ренальное и аорторенальное сплетение
	аортальное, ренальное и аорторенальное сплетение
65	Главными морфологическими элементами юкстагломерулярного аппарата являются клетки
	эпителиоидные (гранулярные) и мезангиальные
	эпителиоидные и плотного пятна (Macula densa)
	плотного пятна и Гурмагтига
	эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига
66	Структурно-функциональной единицей почечной ткани является
	чашечка
	лоханка
	пирамидка
	нефрон
67	Ренин секретируется следующими клетками
	эпителиоидными (гранулярными)
	эпителиоидными и плотного пятна (Macula densa)
	плотного пятна и Гурмагтига
	эпителиоидными, плотного пятна, мезангиальными и Гурмагтига
68	Основное функциональное значение клеток плотного пятна заключается в регуляции синтеза
	простагландинов
	ренина
	калликреин-кинина
	простагландинов, ренина, калликреина
69	Простагландины вызывают
	вазодилатацию и стимуляцию секреции вазопрессина
	депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина
	вазодилатацию и стимуляцию синтеза урокиназы
	депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ

70	Фильтром для форменных элементов крови являются
	поры эндотелиального слоя
	поры базальной мембраны
	щелевые мембраны
	ножки подоцитов
	щеточная кайма
71	Часть нефрона между капсулой Боумена и петлей Генле называется
	собирательные канальцы
	дистальные канальцы
	юктагломерулярный аппарат
	макула Денса
	проксимальные канальцы
72	Клетки петли Генле
	богаты митохондриями
	митохондрии отсутствуют
	митохондрии только в кортикальных нефронах
	митохондрии только в юкстамедуллярных нефронах
	митохондрии только в восходящем отделе петли Генле
73	Понятие «дистальный нефрон» включает
	дистальный извитой каналец
	собирательные трубки и Беллиниевы протоки
	весь участок нефрона, начиная с тонкого отдела петли Генле
	весь участок нефрона, начиная с толстого восходящего отдела петли Генле
	весь участок нефрона, начиная с дистального извитого канальца
74	Почечную ножку образуют
	мочеточник и почечная артерия
	почечная артерия и вена
	почечная вена и мочеточник
	почечная артерия и мочеточник

75	Процесс ультрафильтрации является
	активным
	пассивным
	активным и пассивным
	активным или пассивным под влиянием различных гуморальных факторов
76	Механизмы ауторегуляции клубочковой фильтрации локализованы в
	Боуменовской двустенной капсуле
	капиллярах клубочка
	приносящей и выносящей артериолах
	проксимальных канальцах
77	В практической нефрологии скорость клубочковой фильтрации обычно определяют по клиренсу
	мочевины
	глюкозы
	электролитов
	креатинина
	альбумина
78	Заряд базальной мембраны клубочка
	положительный
	отрицательный
	нейтральный
	положительный только в кортикальных нефронах
	положительный только в юкстамедуллярных нефронах
79	В почках мочевина и мочевая кислота
	фильтруются, реабсорбируются и секретируются
	фильтруются и реабсорбируются, секретируется только мочевая кислота
	фильтруются и реабсорбируются
	фильтруется мочевина, секретируется мочевая кислота
80	Под действием ренина происходит

	сужение приносящей артериолы
	расширение приносящей артериолы
	уменьшение размеров пор базальной мембраны
	гипертрофия сосудистых петель клубочка
	уменьшение реабсорбции белка
81	Из ингредиентов первичной мочи в почечных канальцах пассивно реабсорбируется
	натрий
	глюкоза
	вода
	уробилиноген
	калий
82	Реабсорбция воды отсутствует
	в проксимальном канальце
	в нисходящем отделе петли Генле
	в восходящем отделе петли Генле
	в собирательной трубке
	походу всего нефрона
83	Под действием паратгормона реабсорбция фосфатов
	увеличивается
	уменьшается
	увеличивается только в кортикальных нефронах
	уменьшается только в кортикальных нефронах
	не изменяется
84	В канальцах активно реабсорбируются
	вода
	калий
	натрий
	мочевина
	фосфаты

85	Между секрецией ионов калия и водорода в нефроне имеется
	прямая зависимость
	обратная зависимость
	зависимость отсутствует
	секреция калия зависит от реабсорбции кальция
	секреция водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия
86	Действие АДГ осуществляется
	в проксимальном канальце
	в петле Генле
	в дистальном канальце
	в собирательной трубке
	походу всего нефрона
87	Метаболический ацидоз в здоровых почках вызывает
	повышение аммонийного коэффициента
	снижение аммонийного коэффициента
	увеличение клиренса мочевины
	увеличение секреции калия
88	Эритропоэтин вызывает
	анаболический эффект
	эритропоэтическую порфирию
	восстановление эритропоэза и анаболический эффект
	увеличение жизни эритроцита
89	Витамин D3 стимулирует реабсорбцию кальция в
	канальцах
	кишечнике
	собирательных трубках
	канальцах и кишечнике
	собирательных трубках и канальцах
90	Увеличение канальцевой реабсорбции натрия развивается при

	недостаточности коры надпочечников
	гиперсекреции альдостерона
	угнетении ацидо- и аммионогенеза в почках
	назначении ртутных диуретиков
	деструктивных поражениях эпителиальных клеток канальцев нефронов
91	Уменьшение канальцевой реабсорбции воды развивается при недостаточности
	глюкокортикоидов
	альдостерона
	вазопрессина
	кортикотропина
	тиреотропина
92	Нарушение канальцевой секреции водородных ионов приводит к
	усилению реабсорбции натрия
	усилению реабсорбции воды
	усилению реабсорбции гидрокарбонатов
	канальцевому ацидозу
	усилению реабсорбции глюкозы
93	Губулярная протеинурия возникает при
	пониженной реабсорбции белков ультрафильтрата
	пониженном содержании в плазме низкомолекулярных белков
	повышенной проницаемости клубочкового фильтра для плазменных белков
	повышенном выделении аномальных белков
	гистурии
94	Снижение относительной плотности мочи: называется
	изостенурией
	гиперстенурией
	гипостенурией
	цилиндрурией
	никтурией

95	Относительная плотность окончательной мочи при изостенурии
	1025-1035
	1020-1030
	1016-1020
	1006-1012
	1010-1011
	1110
96	Усиление секреции ренина происходит при
	гиповолемии
	снижении перфузионного давления в афферентных артериолах
	сниженном поступлении натрия в организм
	снижении перфузионного давления в эфферентных артериолах
97	В клетках петли Генле
	богаты митохондриями
	митохондрии отсутствуют
	митохондрии только в кортикальных нефронах
	митохондрии только в юкстамедуллярных нефронах
	митохондрии только в восходящем отделе петли Генле
98	Процесс ультрафильтрации является
	активным
	пассивным
	активным и пассивным
	активным или пассивным под влиянием различных гуморальных факторов
99	Заряд базальной мембраны клубочка
	положительный
	отрицательный
	нейтральный
	положительный только в кортикальных нефронах
	положительный только в юкстамедуллярных нефронах

100	В почках мочевины и мочевая кислота
	фильтруются, реабсорбируются и секретируются
	фильтруются и реабсорбируются, секретируется только моче
	фильтруются и реабсорбируются
	фильтруется мочевины, секретируется мочевая кислота
101	Под действием ренина происходит
	сужение приносящей артериолы
	расширение приносящей артериолы
	фильтруются и реабсорбируются мочевая кислота
	фильтруется мочевины
102	Из ингредиентов первичной мочи в почечных канальцах пассивно реабсорбируется
	натрий
	глюкоза
	вода
	уробилиноген
	калий
103	Реабсорбция воды отсутствует
	в проксимальном канальце
	в нисходящем отделе петли Генле
	в восходящем отделе петли Генле
	в собирательной трубке
	по ходу всего нефрона
104	Под действием паратгормона реабсорбция фосфатов
	увеличивается
	уменьшается
	увеличивается только в кортикальных нефронах
	уменьшается только в кортикальных нефронах
	не изменяется
105	Из нижеперечисленных веществ активной реабсорбции в канальцах подвержены

	вода
	калий
	натрий
	мочевина
	фосфаты
106	Между секрецией ионов калия и водорода в нефроне имеется
	прямая зависимость
	обратная зависимость
	зависимость отсутствует
	секреция калия зависит от реабсорбции кальция
	секреция водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия
107	Действие АДГ осуществляется
	в проксимальном канальце
	в петле Генле
	в дистальном канальце
	в собирательной трубке
	по ходу всего нефрона
108	Метаболический ацидоз в здоровых почках вызывает
	повышение аммонийного коэффициента
	снижение аммонийного коэффициента
	увеличение клиренса мочевины
	увеличение секреции калия
109	Метаболический ацидоз в здоровых почках вызывает
	повышение аммонийного коэффициента
	снижение аммонийного коэффициента
	увеличение клиренса мочевины
	увеличение секреции калия
110	Клетки эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтца являются главными морфологическими элементами

	эпителия клубочков
	эпителия канальцев
	мезангия
	юкстагломерулярного аппарата
111	На резорбцию кальция в канальцах и кишечнике влияет
	Эргокальциферол
	Холекальциферол
	1,25-дигидроксиголекальциферол
	гидроксиголекальциферол
112	Секретирующими ренин клетками являются
	эпителиоидные (гранулярные)
	клетки плотного пятна
	клетки Гурмагтга
	мезангиальные клетки
113	На осмолярность мочи оказывают влияние
	мочевины
	натрия
	оксалатов
	альбуминов
	фосфаты
114	Основные структурные элементы стенки клубочка
	мезангиум
	интерстициальная ткань
	эндотелий
	базальная мембрана
	подоциты
1	Семиотика и методы обследования в нефрологии
115	Нейтрофильная лейкоцитурия является симптомом
	нефротического синдрома

	инфекции мочевой системы
	острого цистита
	острого гломерулонефрита
116	Общий анализ крови способствует установлению:
	хронического гломерулонефрита
	хронического пиелонефрита
	амилоидоза почек
	люпус-нефрита
	не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения
117	Диагностическим уровнем бактериурии в средней порции мочи
	$\geq 10^2$ КОЕ/мл
	$\geq 10^5$ КОЕ/мл
	$\geq 10^3$ КОЕ/мл
	$\geq 10^4$ КОЕ/мл
	любое количество колоний
118	Наличие бактериурии является диагностическим критерием
	нефротического синдрома
	гемолитико-уремического синдрома
	интерстициального нефрита
	Пиелонефрита
	хронического гломерулонефрита
119	Термин макрогематурия используется при наличии эритроцитов в моче
	более 100 в п/зр
	более 500 в п/зр
	приводящее к изменению цвета мочи
	более 10 в п/зр
	более 1000 в п/зр
120	К функциональной протеинурии относится
	ортостатическая протеинурия

	лихорадочная протеинурия
	протеинурия напряжения
	протеинурия переполнения
121	Протеинурия переполнения наблюдается при
	миеломной болезни
	рабдомиолизе
	внутрисосудистом гемолизе
	нефротическом синдроме
	макрогематурии
122	Обнаружение эритроцитарных цилиндров свидетельствует о
	гематурии из мочевого пузыря
	кровотечении из верхних отделов мочевыводящих путей
	почечном происхождении эритроцитов
	кровотечении из уретры
123	Наличие дизурических явлений может иметь место при
	остром и хроническом гломерулонефрите
	остром и хроническом пиелонефрите
	«губчатой почке»
	всех указанных заболеваний
124	Критериями нефротического синдрома у взрослых являются
	протеинурия 1,0 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия
	протеинурия 3,5 г/сутки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, отеки
	отеки, гематурия, артериальная гипертония
	гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертония
	отеки, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия
125	Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче свидетельствует о
	хроническом гломерулонефрите
	хроническом пиелонефрите
	амилоидозе почек

	патологии почек без дифференциации заболевания
	не имеет диагностической ценности
126	О почечном происхождении эритроцитов свидетельствует
	обнаружение выщелоченных эритроцитов
	одновременное обнаружение эритроцитов и гиалиновых цилиндров
	обнаружение эритроцитарных цилиндров
	нарастание микрогематурии во 2 и 3 порциях мочи при трёх-стаканной пробе
	одновременное обнаружение эритроцитов и восковидных цилиндров
127	Для выявления и оценки бактериурии наиболее информативен
	бактериоскопический метод
	бактериологический метод
	калориметрический метод
	ценность всех методов одинаково значима
128	Функциональные исследования почек
	имеют самостоятельное диагностическое значение
	не имеют самостоятельного диагностического значения
	имеют самостоятельное диагностическое значение в зависимости от характера функционального исследования
	имеют самостоятельное диагностическое значение в зависимости от природы заболевания
	имеют самостоятельное диагностическое значение только у детей
129	Определение чувствительности флоры к антибактериальным препаратам
	имеет существенное клиническое значение
	не имеет клинического значения
	имеет значение только при пиелонефрите
	имеет значение только при интерстициальном нефрите
	имеет значение только при гломерулонефрите
130	Наиболее ранним нарушением при заболеваниях почек является процесс
	разведения мочи
	концентрирования мочи

	разведение и концентрирование нарушаются одновременно
	в зависимости от уровня артериального давления
	в зависимости от характера заболевания
131	Причиной дистального канальцевого ацидоза является
	невозможность создания ионо-водородного градиента между канальцевой жидкостью и кровью
	нарушение реабсорбции аминокислот
	идиопатическая гиперкальциурия
	повышенное ЦАМФ и экскреция ренина
	нарушение образования 1,25(OH)2D3
132	Животный белок и поваренная соль в диете
	повышают клубочковую фильтрацию
	понижают клубочковую фильтрацию
	не изменяют клубочковой фильтрации
	влияние зависит от уровня артериального давления
	влияние зависит от природы основного заболевания
133	В пожилом возрасте происходит
	повышение клубочковой фильтрации
	понижение клубочковой фильтрации
	сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне
	понижение клубочковой фильтрации только у мужчин
	вопрос не исследован
134	Для диагностики туберкулеза почек целесообразно использование
	обзорной рентгенографии органов брюшной полости
	хромоцистографии
	ретроградной пиелографии
	исследования мочи на выявление бактериурии
135	Для отеков почечного генеза характерными локализациями являются
	только на нижних конечностях
	только на лице

	изолированно на руках
	распространены по всему телу
	на лице и верхних конечностях
136	Экскреторная урография используется при диагностике
	аномалии развития почечных сосудов
	аномалии развития почек
	острого гломерулонефрита
	хронического пиелонефрита
	реноваскулярной гипертонии
137	Гипоонкотические отеки отмечаются при
	нефритическом синдроме
	пиелонефрите
	нефротическом синдроме
	гломерулонефрите
	цистите
138	Диагностика острого цистита основана на
	клинико-лабораторных маркерах
	данных цистоскопии
	на данных посева мочи
	на данных общего анализа мочи
139	Диагностика хронического цистита основана на
	клинико-лабораторных маркерах
	данных цистоскопии
	на данных посева мочи
	на данных общего анализа мочи
140	Отсутствие наследственной причины заболевания характерна
	синдрома Альпорта
	поликистоза почек
	врожденного нефротического синдрома

	вторичного амилоидоза
	медуллярной кистозной болезни
141	Олигурия - это уменьшение объема выделенной жидкости
	на ½ от физиологической нормы
	на ¼ от физиологической нормы
	на 1/3 от физиологической нормы
	менее 2/3 от физиологической нормы
142	При отсутствии функции на экскреторной урографии, малой ёмкости мочевого пузыря или обструкции мочеточника используют
	антеградную пиелографию
	УЗИ почек
	ретроградную пиелографию
	обзорной рентгенографии органов брюшной полости
143	При азотемии предпочтительнее проведение
	Рентгеноконтрастных методов исследования
	Радиоизотопных методов исследования
	Нет предпочтений между рентгеноконтрастными и радиоизотопным методами
	Оба метода противопоказаны
144	Протеинурия переполнения наблюдается при
	миеломной болезни
	рабдомиолизе
	внутрисосудистом гемолизе
	нефротическом синдроме
	макрогематурии
145	При остром тромбозе почечных вен на внутривенной урографии будет
	нефункционирующая почка с наличием нефрограммы
	нефункционирующая почка с отсутствием нефрограммы
	нефункционирующая почка с наличием или отсутствием нефрограммы
	при данной патологии внутривенная урография не имеет диагностической ценности

146	При гидронефрозе на внутривенной урографии будет
	нефункционирующая почка с наличием нефрограммы
	нефункционирующая почка с отсутствием нефрограммы
	нефункционирующая почка с наличием или отсутствием нефрограммы
	при данной патологии внутривенная урография не имеет диагностической ценности
147	Методом исследования концентрационной функции почек является
	проба по Нечипоренко
	проба по Амбурже
	проба Зимницкого
	проба по Адисс-Коковскому
148	Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса следует использовать
	внутривенную урографию
	цистоуретрографию
	ретроградную пиелографию
	цистоскопию
149	Выявление микроальбуминурии важно в диагностике
	диабетического гломерулосклероза
	нефроангиосклероза при гипертонической болезни атеросклерозе
	криза отторжения почечной трансплантата
	нефропатии беременных
	миеломной болезни
150	Укажите нарушения диуреза, характерные для полиурии
	монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 – 1,012
	увеличение суточного количества мочи
	учащенное (свыше 6 раз в сутки) мочеиспускание
	уменьшение суточного количества мочи
	прекращение мочеотделения (менее 50 мл/сут)
151	Укажите нарушения диуреза, характерные для изостенурии

	монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 – 1,012
	увеличение суточного количества мочи
	учащенное (свыше 6 раз в сутки) мочеиспускание
	уменьшение суточного количества мочи
	прекращение мочеотделения (менее 50 мл/сут)
152	Причины одностороннего запаздывания экскреторной функции
	реноваскулярная гипертония
	хронический пиелонефрит
	рефлюкс-нефропатия
	амилоидоз почек
	гранулематоз Вегенера
153	Кистозную дисплазию почек определяют с помощью
	внутривенной урографии
	ретроградной пиелографии
	ультразвукового исследования
	нефросцинтиграфии
154	Отсутствие изменения цвета мочи наблюдается при
	употреблении свеклы
	приеме фурагина, рифампицина
	заболевании почек
	заболевании печени и желчных путей
	при употреблении зеленого чая
155	Выберите метод, отличающий гематурию при нефропатиях от гематурии, сопровождающей урологические заболевания
	трехстаканная проба
	фазовоконтрастная микроскопия осадка мочи
	Цистоскопия
	УЗИ почек и мочевого пузыря
	радиоизотопная ренография

1	Первичные заболевания почек
156	Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие
	стафилококковой инфекции
	вирусной инфекции
	стрептококковой инфекции
	инфицирования кишечной палочкой
	инфицирования другими бактериями
157	При остром гломерулонефрите стрептококковой этиологии повреждение клубочков происходит под влиянием
	комплекса антиген - антитело
	антитела, направленного против мембраны стрептококка
	токсинов стрептококка
	всех перечисленных факторов
158	Наиболее часто ОГН развивается в возрасте
	1 года до 5 лет
	от 6 до 20 лет
	от 21 до 40 лет
	от 41 до 60 лет
	старше 60 лет
159	Наиболее характерная морфологическая картина при ОГН
	мезангиопролиферативный гломерулонефрит
	мезангиокапиллярный гломерулонефрит
	экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
	эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
	фокально-сегментарный гломерулосклероз
160	Острый гломерулонефрит манифестирует
	массивными отеками
	гематурией с гипертензией
	анурией
	полиурией

	почечной коликой
161	Типичные проявления ОГН
	остронефритический синдром
	нефротический синдром
	ОПН
	злокачественная гипертензия
	макрогематурия
162	При ОГН всегда имеется
	гематурия
	гипертензия
	отеки
	олигурия
	дизурия
163	Причина артериальной гипертензии при ОГН
	симпатикотония
	активация почечной РААС
	острая гиперволемическая гипергидратация
	острый ДВС-синдром
	гиперальдостеронизм
164	Причина развития отеков при ОГН
	снижение онкотического давления плазмы
	повышение гидростатического давления
	нарушение венозного оттока
	лимфостаз
	снижение тургора тканей
165	Критерии лабораторной диагностики ОГН
	обнаружение в крови антител к БМК
	обнаружение в крови АНЦА
	сывороточные антистрептококковые антитела

	бактериемия
	повышение в крови IgA
166	При развитии нефротического синдрома при ОГН в лечении применяются
	высокие дозы салуретиков
	глюкокортикостероиды
	циклофосфан
	ингибиторы АПФ
	ингибиторы циклооксигеназы-1
167	Для лечения отеков при ОГН используются
	в/в инфузии 0.9% NaCl
	в/в инфузии 20% альбумина
	в/в инфузии 20% альбумина + петлевые диуретики
	калийсберегающие диуретики
	петлевые диуретики
168	Лабораторные маркеры БПГН
	нарастающая протеинурия в первые 3-4 недели болезни
	нарастающая гематурия в первые 3-5 недель болезни
	ускорение СОЭ в первые 2-4 недели болезни
	удвоение уровня креатинина крови в первые 4-12 недель болезни
	гипокомплементемия, развивающаяся в первые 2-4 недели болезни
169	Обязательные клинические признаки БПГН
	ускоренно прогрессирующая почечная недостаточность
	длительно персистирующая макрогематурия
	неконтролируемая артериальная гипертензия
	нефротический синдром и нарастающая протеинурия
	остронефритический синдром
170	Из всех вариантов БПГН наименее благоприятный прогноз характерен для
	БПГН при эозинофильном гранулематозном полиангиите
	БПГН при гранулематозе Вегенера

	АНЦА-негативного БПГН
	АНЦА-позитивного БПГН
	лекарственного БПГН
171	Схемой индукционной терапии малоиммунного БПГН с $Cr < 400$ мкмоль/л является
	терапия высокими дозами ГКС внутрь с ингибиторами АПФ
	высокие дозы ГКС с азатиоприном внутрь
	монотерапия метилпреднизолоном (МП) внутривенно
	комбинированные в/венные «пульсы» МП с циклофосфаном (ЦФ)
	интенсивный плазмаферез
172	Гипокомплементемия менее всего вероятна при
	остром постстрептококковом ГН
	болезни Берже
	волчаночном нефрите
	мезангиокапиллярном ГН
	шунт-нефрите
173	Основной клинический признак нефротического синдрома
	повышение артериального давления
	тахикардия
	отеки
	олигурия
	брадикардия
174	Минимальные изменения в гломерулах могут трансформироваться в
	мембранозный нефрит
	мезангиокапиллярный нефрит
	формирование полулуний
	фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)
	мембранопролиферативный нефрит II типа
175	Микрогематурия наименее характерна для
	болезни с минимальными изменениями

	мембранозного нефрита
	мезангиопролиферагивного нефрита
	мезангиокапиллярного нефрита
	фокально-сегментарного гломерулосклероза
176	При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается
	гиперстенурия
	изостенурия
	гипостенурия
	гипостенурия при высокой протеинурии
	гипостенурия при низкой протеинурии
177	Больному острым гломерулонефритом при суточном диурезе 250 мл и нормальной температуре тела допустимо выпивать в течение суток
	250 мл жидкости
	500 мл жидкости
	750 мл жидкости
	1500 мл жидкости
	жидкость можно не ограничивать
178	Патогенетическая терапия при остром гломерулонефрите
	показана
	не показана
	показана в зависимости от дебюта заболевания
	показана в зависимости от выраженности протеинурии
	показана при повышении креатинина плазмы
179	Морфологическая форма «минимальные изменения» наиболее часто клинически проявляется
	артериальной гипертензией
	нефротическим синдромом
	минимальным мочевым синдромом
	нефротическим синдромом с гипертензией
	микрогематурией

180	У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль
	за креатином
	за форменными элементами крови
	за ЭКГ
	за состоянием прозрачных сред глаза
181	В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанный» соответствует сочетание
	гематурии и отеков
	гипертензии и/или гематурии и нефротического синдрома
	гематурии и артериальной гипертензии
	любых двух синдромов
182	Иммунный механизм ренальных повреждений имеет место
	при синдроме Альпорта
	при поликистозе почек
	при остром пиелонефрите
	при липоидном нефрозе
	при подагрической почке
183	Артериальная гипертензия наиболее характерна
	для нефротического синдрома с минимальными изменениями
	для мембранозной нефропатии
	для болезни Берже
	для мезангиопролиферативного нефрита
	для мезангиокапиллярного нефрита
184	При гематурической форме гломерулонефрита, проявляющейся эпизодами изолированной макрогематурии, следует
	воздержаться от терапии
	назначить индометацин
	назначить преднизолон
	назначить цитостатики
	назначить 4-компонентную схему

185	Отложение субподоцитарных иммунных комплексов отмечается при
	болезни минимальных изменений
	IgA-нефропатии
	мембранозной нефропатии
	фокально-сегментарном гломерулосклерозе
	мезангиопролиферативном гломерулонефрите
186	Основным показанием к лечению 4-компонентной схемой является
	изолированный нефротический синдром
	злокачественная артериальная гипертония
	выраженная активность гломерулонефрита
	длительное течение нефрита
	выраженная гематурия
187	Терапия гепарином при хроническом гломерулонефрите требует постоянного наблюдения
	за временем кровотечения
	за временем свертывания
	за уровнем протромбина
	за скоростью фибринолиза
	за уровнем тромбоцитов
188	Неосложненная ИМП наиболее часто вызывается
	<i>P. Mirabilis</i>
	<i>E. Coli</i>
	<i>Klebsiella spp.</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>S. Saprophyticus</i>
189	Основной бактериальный агент при бессимптомной бактериурии
	<i>S. Saprophyticus</i>
	<i>P. Mirabilis</i>
	<i>E. Coli</i>
	<i>Klebsiella spp.</i>

190	При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно проведение только
	урографии
	цистографии
	УЗИ почек
	радиоизотопного исследования почек
	ангиографии
191	Для дифференциальной диагностики хронического пиелонефрита имеет значение
	величина протеинурии
	макрогематурия
	увеличении относительной плотности мочи
	снижение относительной плотности мочи
	уменьшение диуреза
192	Лечение бессимптомной бактериурии следует проводить
	во всех выявленных случаях
	у больных с почечной недостаточностью
	у больных с сердечной недостаточностью
	у беременных женщин
	у подростков
193	Длительность назначения антибиотиков при неосложненной инфекции мочевых путей у женщин составляет
	5 дней
	7-10 дней
	10-14 дней
	14-20 дней
	более 20 дней
194	Длительность назначения антибиотикотерапии при пиелонефрите
	5 дней
	не более 7 дней

	10 дней
	не менее 14 дней
	не менее 28 дней
195	Тубулоинтерстициальный нефрит – это
	поражение канальцев и интерстиция почки бактериальной этиологии
	поражение канальцев и интерстиция почки абактериальной этиологии
	поражение канальцев и интерстиция почки любой этиологии
	сочетанное поражение канальцев и клубочков почки
	поражение канальцев почки и чашечно-лоханочной системы
196	Наиболее часто причиной острого интерстициального нефрита являются факторы
	лекарственные
	вирусные
	паразитарные
	травматические
	идиопатические
197	Тубулоинтерстициальный нефрит-увеит синдром является заболеванием
	идиопатическим
	вирусной этиологии
	бактериальной этиологии
	паразитарной этиологии
	лекарственной этиологии
198	Возникновению острого пиелонефрита чаще всего способствует
	охлаждение
	перегревание
	нарушение пассажа мочи
	острый цистит
	все указанные факторы
199	Некроз почечных сосочков у больных острым пиелонефритом наиболее часто развивается при одновременном наличии

	артериальной гипертензии
	хронического пиелонефрита
	сахарного диабета
	беременности
	реноваскулярной гипертензии
200	Возникновение апостематозного нефрита является чаще следствием
	невылеченного острого пиелонефрита
	хронического сепсиса различной этиологии
	острого пиелонефрита при нарушенном оттоке мочи
	имеющегося какого-либо заболевания почек
	любого из указанных состояний
201	Лечение апостематозного нефрита чаще всего требует
	массивной антибактериальной терапии
	массивной антибиотикотерапии в сочетании с сульфаниламидами
	оперативного лечения
	оперативного лечения с массивной антибактериальной терапией
202	Хронический пиелонефрит чаще вызывается
	кишечной палочкой
	L-формами бактерий
	микоплазмой
	протеем
	синегнойной палочкой
203	В этиологии хронического пиелонефрита ведущая роль принадлежит
	наследственному генетическому фактору
	вирулентности микроорганизмов
	уростазу
	нерациональной терапии острого пиелонефрита
	аутоагрессии
204	Морфологической характеристикой хронического пиелонефрита является

	атрофия эпителия канальцев
	лимфогистоцитарная инфильтрация интерстиция
	поражение сосудов почек
	инвазивный гломерулит
	перигломерулярный склероз
205	Для выявления бактериурии целесообразно исследование
	ночной мочи
	утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря
	мочи, взятой в любое время суток
	мочи, взятой катетером
	мочи, полученной после подмывания антисептиком
206	Для лекарственного острого интерстициального нефрита характерны
	гиперкалиемия
	олигурия
	артериальная гипертензия
	снижение относительной плотности мочи
207	При пиелонефрите поражается
	слизистая оболочка мочевого пузыря
	кровеносная и лимфатическая система почек
	мочеточники и уретра
	чашечно-лоханочный аппарат и тубуло-интерстициальная зона почки
208	Для установления диагноза инфекции мочевой системы наибольшее значение имеет
	общий анализ мочи
	анализ мочи по Зимницкому
	анализ мочи по Нечипоренко
	посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
209	Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи наиболее характерны
	лейкоцитурия
	протеинурия

	гематурия
	бактериурия
210	К развитию острого интерстициального нефрита наиболее часто приводят
	антибиотики
	гипотензивные средства
	диуретики
	сердечные гликозиды
	ганглиоблокаторы
211	Первым клиническим признаком острого интерстициального нефрита после успешного лечения инфекции антибиотиками является
	появление отеков голеней
	появление болей в пояснице
	повторная волна лихорадки
	повышение артериального давления
	все указанные симптомы
212	Кортикостероидная терапия при остром интерстициальном нефрите проводится при
	выявления его после назначения ампициллина
	выявления его после назначения рифампицина
	идиопатическом интерстициальном нефрите с передним увеитом
	выявлении его после назначения НПВП
	во всех перечисленных случаях
213	Абсолютным показанием к проведению гемодиализа при остром интерстициальном нефрите является
	анурия в течение 1 суток
	олигурия в течение 1 недели
	повышение креатинина плазмы до 700 мкмоль/л
	повышение калия плазмы до 7 мэкв/л
214	Наиболее характерными изменениями при морфологическом исследовании почек у больных хроническим интерстициальным нефритом является
	инвазивный гломерулит

	перигломерулярный фиброз
	обнаружение иммунных комплексов в интерстиции
	наличие инфильтратов в интерстиции из лимфоцитов и плазматических клеток
	атрофия канальцев
215	Наиболее характерными признаками хронического интерстициального нефрита являются
	умеренная протеинурия, гематурия
	отеки, артериальная гипертония, гипоизостенурия
	полиурия, полидипсия, анемия
	полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия
	полиурия, полидипсия, протеинурия более 3 г в сутки
216	У больного с продолжительным анамнезом заболевания на фоне массивной протеинурии и высокого артериального давления выявляется быстрое прогрессирование почечной недостаточности. Это наиболее характерно для
	туберкулеза почек
	опухоли почек
	поликистоза почек
	подострого гломерулонефрита
	пиелонефрита
217	При медуллярной губчатой почке кисты образуются
	из проксимальных канальцев
	из дистальных канальцев
	из клубочков
	из собирательных трубок
	из различных участков нефрона
218	При медуллярной губчатой почке как правило
	поражается печень
	имеются органические изменения в сердце
	имеются органические изменения в надпочечниках
	имеется поражение различных органов
	повреждения других органов нет

219	При медуллярной губчатой почке наиболее часто первым клиническим признаком болезни является
	острый пиелонефрит
	почечная колика
	ренальная остеодистрофия
	артериальная гипертензия
	ренальный тубулярный ацидоз
220	При медуллярной кистозной болезни протеинурия в общем анализе мочи
	отсутствует, или минимальна
	чаще представляет собой десятые доли промилле
	чаще представляет собой целые промилле
	может быть значительной при высоком артериальном давлении
	может колебаться у разных больных
221	При поликистозной болезни взрослых имеет место
	повышенная чувствительность почек к инфекции
	повышенная чувствительность почек к инфекции при развитии ХПН
	повышенная чувствительность почек к инфекции при высоком артериальном давлении
222	Развитие хронической почечной недостаточности при медуллярной кистозной болезни почек
	зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
	не зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
	зависит от длительности и выраженности пиелонефрита
	не зависит от выраженности пиелонефрита и калькулеза почек
223	Особенностью артериальной гипертензии при медуллярной кистозной болезни является
	большая частота, чем в общей популяции
	меньшая частота, чем в общей популяции
	зависимость ее от наличия ренального тубулярного ацидоза
	зависимость ее от уровня калия плазмы
	высокая солезависимость
224	Повышение артериального давления при солитарных кистах почек связано

	с большим количеством натрия в диете
	с наличием высокого содержания ренина в кистах
	с наличием нефроангиосклероза
	с уменьшением почечного кровотока из-за сдавления кистой и повышением выброса ренина
	с наличием пиелонефрита
225	Имеющийся эритроцитоз при поликистозной болезни взрослых связан
	с относительной гиповолемией
	с повышением уровня железа плазмы
	с нормальным артериальным давлением
	с повышенной продукцией эритропоэтина клетками кист
	окончательного мнения по этому вопросу нет
226	При поликистозе почек у взрослых имеет место
	нарушение концентрирования мочи
	нарушение концентрирования мочи только при присоединении пиелонефрита
	нарушение концентрирования мочи в сочетании с нарушением разведения мочи
	нарушение концентрирования мочи только при снижении клиренса креатинина
	нарушение концентрирования мочи только при высоком артериальном давлении
227	Наиболее выражено повреждение функции почек по осмотическому концентрированию мочи
	при поликистозе почек
	при медуллярной губчатой почке
	при медуллярной кистозной болезни почек
	при солитарных кистах почек
	нарушение функции концентрирования выражено одинаково при всех указанных состояниях
228	Наименее прогрессирующее течение хронической почечной недостаточности наблюдается
	при хроническом гломерулонефрите
	при хроническом пиелонефрите
	при поликистозе почек
	при люпус-нефрите
	при медуллярной кистозной болезни почек

229	Для острого гломерулонефрита характерны
	боли в поясничной области
	лихорадка с ознобами
	макрогематурия
	лейкоцитурия
230	В пользу острого гломерулонефрита свидетельствуют
	отеки
	эритроцитурия
	артериальная гипертензия
	высокая плотность мочи
231	Клиническая картина остронефритического синдрома наблюдается при
	болезни минимальных изменений
	мембранозной нефропатии
	фокально-сегментарного гломерулосклероза
	Ig-A нефропатии
	острого постинфекционного ГН
232	Клинико-лабораторными характеристиками мембранокапиллярного гломерулонефрита является
	дебют заболевания с нефротического синдрома
	снижение уровня С3-компонента в сыворотки крови
	дебют заболевания с любой формы гломерулонефрита
	чаще всего сопровождается повышением АД
	никогда не сопровождается повышением АД
233	Преимущественное отложение Ig-A в ткани почки отмечается при
	системной красной волчанке
	геморрагическом васкулите
	идиопатической Ig-A нефропатии
	мембранозной нефропатии
	мембранокапиллярном ГН
234	К пролиферативным формам гломерулонефрита относятся

	фокально-сегментарный гломерулосклероз
	мембранозная нефропатия
	мезангиопролиферативный ГН
	мезангиокапиллярный ГН
	болезнь-минимальных изменений
235	Осложнения ОГН
	плохо контролируемая артериальная гипертензия
	почечная эклампсия
	острая левожелудочковая недостаточность
	ОПН
	тромбоз почечных сосудов
236	В лечении неосложнённого ОГН применяются
	диуретики
	антигипертензивные препараты
	антибиотики
	глюкокортикоиды
237	Для коррекции артериальной гипертензии при ОГН используются
	тиазидные диуретики
	петлевые диуретики
	блокаторы кальциевых каналов
	бета-адреноблокаторы
238	При ОГН для расчета количества потребляемой жидкости и у больного с олигурией учитывается
	поверхность тела пациента
	вес пациента
	суточный диурез
	выраженность отеков
239	Назначение преднизолона при ОГН показано при
	злокачественной гипертензии
	быстро прогрессирующем течении

	развитии ОПН
	формировании НС
240	БПГН встречается при
	СКВ
	смешанном HCV-позитивной криоглобулинемии
	подостром бактериальном эндокардите
	липоедном нефрозе
241	БПГН наиболее характерен для системных заболеваний
	некротизирующие васкулиты
	геморрагический васкулит
	СКВ
	ревматоидный артрит
242	Почечно-легочный синдром наиболее характерен для
	гранулематоз Вегенера
	микроскопического полиангиита
	синдрома Гудпасчера
	СКВ
243	Морфологические критерии диагностики БПГН
	экстракапиллярная пролиферация
	коллабирующий вариант ФСГС
	волчаночный нефрит IV класса
	волчаночный нефрит III класса
244	Для экстракапиллярного ГН справедливо утверждение
	возможен антительный механизм повреждения
	возможен иммунокомплексный механизм повреждения
	возможно отсутствие иммунных депозитов на БМК при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
	может развиваться при ФСГС

245	Иммунологические маркеры БПГН
	antinuclearный фактор
	антитела к БМК
	антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)
	антитела к фосфолипидам
246	Принципы терапии БПГН
	эмпирическая пульс-терапия метилпреднизолоном
	применение цитостатиков
	максимально раннее начало терапии
	обязательное морфологическое и серологическое исследование
	плазмаферез
247	При резистентности БПГН к препаратам I ряда (глюкокортикоиды, алкилирующие агенты) применяют
	ингибиторы кальцинейрина (циклоsporин А, такролимус)
	микофенолата мофетил (селлсепт)
	прямые антикоагулянты
	антицитокиновые препараты (инфликсимаб, ритуксимаб)
248	Лечебная тактика при малоиммунном БПГН с развитием анурии с ОПН (Cr>700 мкмоль/л)
	применение интермиттирующего гемодиализа
	отмена иммунодепрессантов
	продолжение комбинированных в/венных пульсов иммунодепрессантами
	трансплантация почки противопоказана
249	При развитии почечно-легочной недостаточности при БПГН показаны
	низкопоточные диализные методы
	интубация с ИВЛ
	антибактериальная терапия
	комбинированные в/венные пульсы иммунодепрессантами
250	Причиной активации РААС при нефротическом синдроме является
	уменьшение объема плазмы

	снижение реабсорбции натрия
	гипоперфузия почек
	снижение коллоидно-осмотического давления плазмы
251	Осложнения нефротического синдрома
	тромбоэмболизм
	снижение иммунитета
	гиперлипидемия
	задержка натрия
252	Причиной вторичного ФГС может быть
	ВИЧ
	подагрическая нефропатия
	сахарный диабет
	ишемическая нефропатия
253	К инфекциям почек и верхних мочевых путей относят
	карбункул почки
	пиелонефрит
	апостематозный нефрит
	простатит
254	Факторы, препятствующие инфицированию мочевых путей
	протяженность уретры и секрет предстательной железы у мужчин
	вагинальный секрет у женщин
	редкие обильные мочеиспускания
	низкий pH и колебания осмолярности мочи
	высокое содержание мочевины и органических кислот в моче
255	Факторы риска инфекции мочевых путей
	нарушения уродинамики
	бессимптомная бактериурия
	иммуносупрессия
	хронический алкоголизм

	олигурия
256	Осложненные инфекции мочевых путей чаще всего развивается
	у больных с обструктивными уропатиями
	у больных, длительно получающих антибиотикотерапию
	на фоне катетеризации мочевых путей
	у больных с почечной недостаточностью
257	При цистографии уточняются
	наличие рефлюксов
	состояние уретры
	количество остаточной мочи
	функционального состояния почек
258	Для острого пиелонефрита пожилых характерно
	нарушение ментальности
	изолированный интоксикационный синдром
	выраженная анемия
	частое развитие бактериемического шока и гнойных осложнений
	бессимптомное течение
259	Бактериемический шок при остром пиелонефрите характеризуется
	снижением адекватной перфузии почек
	уменьшением диуреза
	резким падением артериального давления
	резким повышением артериального давления
260	Осложнениями острого пиелонефрита являются
	поражение противоположной почки
	эндотоксический шок
	сепсис
	развитие хронической почечной недостаточности
261	Противорецидивные мероприятия при инфекции мочевых путей

	длительное лечение с использованием фитопрепаратов
	употребление не менее 2 л жидкости в сутки
	регулярное опорожнение мочевого пузыря
	употребление диуретиков
262	Успешное лечение хронического пиелонефрита базируется на
	данных посева мочи
	оценке функции почек
	данных о состоянии уродинамики
	оценке коморбидности
	данные pH мочи
263	Наиболее частая причина лекарственного острого тубулоинтерстициального нефрита
	фторхинолоны
	НПВП
	пенициллины
	аминогликозиды
264	Тубулоинтерстициальный нефрит-увеит синдром чаще всего развивается
	у пожилых мужчин
	у пожилых женщин
	у мальчиков-подростков
	у девочек-подростков
265	Признаки анальгетической нефропатии
	гипостенурия
	никтурия
	полиурия
	азотемия
	умеренная протеинурия
266	К развитию госпитальной острой почечной недостаточности вследствие поражения канальцев почек чаще всего приводят
	рентгеноконтрастные средства

	антибиотики
	нестероидные противовоспалительные средства
	препараты лития
267	Кортикостероиды при лечении хронического нефрита могут воздействовать на все следующие звенья патогенеза
	подавления синтеза антител
	противовоспалительного действия
	блокады активации комплемента
	уменьшения проницаемости базальной клубочковой мембраны
	уменьшения гиперкоагуляции
268	Поликистозной болезни взрослых могут сопутствовать
	калькулез почек
	хронический пиелонефрит
	артериальная гипертония
	подагрический артрит
269	При поликистозной болезни у детей могут иметь место
	врожденный печеночный фиброз
	пролиферация желчных протоков
	нарушения функции печени
	Калькулез желчных путей
1	Вторичные заболевания почек
270	Терапия стероидами наиболее эффективна
	при хроническом нефрите гипертонического типа
	при хроническом нефрите латентного течения
	при амилоидозе с поражением почек
	при активном волчаночном нефрите
	при терминальном нефрите
271	Назначение стероидов абсолютно противопоказано
	при нефрите с минимальными изменениями

	при активном волчаночном нефрите
	при истинной склеродермической почке
	при поражении почек при синдроме Вегенера
	при мезангиопролиферативном нефрите
272	Степень вовлечения в патологический процесс артериол почек при доброкачественном артериолонефросклерозе коррелирует с таковыми в артериолах
	глазного дна
	поджелудочной железы
	слюнных желез
	всех указанных органов
273	Одним из характерных симптомов злокачественной артериальной гипертензии являются:
	абдоминальные боли
	необъяснимое похудение
	артралгии
	геморрагическая сыпь
274	При доброкачественном артериолонефросклерозе в мочевом осадке
	в подавляющем большинстве случаев изменений нет
	наблюдается изолированная протеинурия до 1,5 г/л
	микрогематурия
	макрогематурия
	выраженная лейкоцитурия и цилиндурия
275	При злокачественном артериолонефросклерозе протеинурия
	наблюдается всегда
	может отсутствовать
	никогда не наблюдается
	не характерна
276	Наиболее ранним функциональным проявлением поражения почек при артериальной гипертензии является
	снижение клубочковой фильтрации

	снижение канальцевого максимума для парааминогипурата
	повышение плазмотока
	снижение реабсорбции фосфора
277	Определение уровня ренина в периферической крови
	является важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией
	не информативно в дифференциально-диагностическом плане
	является вспомогательным тестом на реноваскулярную природу артериальной гипертонии
	является диагностическим критерием феохромоцитомы
278	Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются
	первичными и независимыми
	вторичными по отношению к поражению сосудов
	как первичными, так и вторичными
	клубочки не поражаются
279	Неэффективность $\beta$ -блокаторов может объясняться
	усилением секреции ренина
	увеличением общего периферического сопротивления
	нарушением углеводного и липидного обмена
	увеличением сердечного выброса
280	Поражение почек при гипертонической болезни наблюдается
	постоянно
	постоянно только у молодых лиц
	постоянно только у пожилых лиц
	непостоянно
281	Кардиальные и церебральные симптомы более всего свойственны
	артериальной гипертензии
	гипертонической болезни с поражениями почек
	реноваскулярной гипертонии
	любой форме гипертонии

282	Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются
	первично-сморщенная почка
	пиелонефрит
	стеноз почечных артерий
	вторично-сморщенная почка
283	При поражении почек вследствие артериальной гипертензии показана диетотерапия с ограничением хлористого натрия и использование
	преднизолона
	цитостатика
	курантила
	гепарина
	гипотензивной и диуретической терапии
284	Бактериальный эндокардит наиболее часто вызывается
	пневмококками
	грамотрицательными бактериями
	стрептококками, стафилококками
	гонококками, менингококками
	вирусами
285	Поражение почек при инфекционном эндокардите обусловлено
	иммунологическими факторами
	бактериальными тромбами
	нарушением свертывания крови
	непосредственным действием микробов
286	Поражение почек при инфекционном эндокардите может характеризоваться
	диффузным нефритом
	очаговым нефритом
	инфарктом почки
	амилоидозом почек
	любым указанным поражением

287	У больного инфекционным эндокардитом развился нефротический синдром. Наиболее вероятен в этом случае
	интерстициальный нефрит
	инфаркт почки
	амилоидоз почек
	пиелонефрит
	вероятность любого поражения одинакова
288	При поражении почек у больных с инфекционным эндокардитом наиболее целесообразно назначение
	пенициллина
	полусинтетических пенициллинов
	гентамицина или стрептомицина
	препаратов тетрациклинового ряда
	терапии только после получения результатов посева крови
289	Поражение почек при недостаточности кровообращения возникает преимущественно при недостаточности
	левого желудочка
	правого желудочка
	обеих желудочков
	аортального клапана
	митрального клапана
290	Умеренная недостаточность кровообращения наиболее часто характеризуется
	снижением экскреции и концентрации натрия в моче
	наличием протеинурии
	наличием гематурии
	повышением артериального давления
	всеми указанными проявлениями
291	Системная красная волчанка возникает в основном
	у мужчин
	у девушек, молодых женщин

	у женщин в пожилом возрасте
	заболевание не связано с полом
292	В патогенезе системной красной волчанки основное значение имеет
	непосредственное воздействие инфекции на ткани
	токсическое влияние лекарств
	антительный механизм
	иммунокомплексное воспаление
	сочетание механизмов
293	Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является
	диффузный волчаночный гломерулонефрит
	очаговый волчаночный гломерулонефрит
	мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
	мембранозный гломерулонефрит
	интерстициальный нефрит
294	Наиболее достоверным лабораторным признаком волчаночной природы нефрита является обнаружение
	повышение СОЭ
	анемии
	антител к нативной ДНК
	LE-клеток
	лейкопении
295	Для лечения активного волчаночного нефрита применяются в основном
	антибиотики
	иммуностимуляторы
	стероиды и цитостатики
	аминоинолиновые препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
296	Пульс-терапия при системной красной волчанке позволяет

	получить быстрый эффект
	улучшить функцию почек при активности
	уменьшить поддерживающую дозу кортикостероидов
	уменьшить количество осложнений стероидной терапии
297	В развитии системной склеродермии наименьшее значение придают
	охлаждению
	травмам
	эндокринным нарушениям
	стрептококковой инфекции
	химическому воздействию
298	В патогенезе системной склеродермии наиболее вероятным является
	непосредственное воздействие инфекции
	антительный механизм
	иммунокомплексное повреждение
	химическое воздействие на кожу
	механическое воздействие на кожу
299	Наиболее тяжелым типом поражения почек при системной склеродермии является поражение по типу
	хронического гломерулонефрита гипертонической формы
	хронического нефрита нефротической формы
	истинной склеродермической почки
	хронического нефрита латентной формы
300	При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является
	гематурия
	артериальной гипертония
	ретинопатия
	сохранная функция почек
	энцефалопатия
301	Прогноз в отношении жизни больных при системной склеродермии обычно определяет поражение

	легких
	сердца
	почек
	серозных оболочек
	нервной системы
302	Наиболее частым этиологическим фактором узелкового полиартериита являются
	инфекционный
	лекарственный
	генетический
	HbS-антигемия
	химический
303	Наиболее частым патогенетическим механизмом развития узелкового полиартериита является
	прямое воздействие микроорганизма на стенку сосуда
	прямое воздействие химических продуктов на стенку сосуда
	антительный механизм повреждения
	иммунокомплексное поражение
304	Артериальная гипертония при узелковом полиартериите
	имеет злокачественное течение
	имеет мягкое течение
	легко поддается терапии
	трудно поддается терапии
	возникает редко
305	При морфологическом исследовании в почках при узелковом полиартериите обнаруживается
	мембранозный гломерулонефрит
	пролиферативный гломерулонефрит
	поражение артерий с образованием аневризм и инфарктов
	почках
	фибропластический гломерулонефрит
	мезангиопролиферативный гломерулонефрит

306	Узелковому полиартерииту наиболее свойственно
	доброкачественное течение
	быстро прогрессирующее течение
	медленно прогрессирующее течение
	молниеносное течение
	рецидивирующее течение
307	Геморрагический васкулит относят в настоящее время к заболеваниям
	соединительной ткани
	геморрагическим диатезам
	инфекционным
	гиперчувствительным васкулитам
308	В группе системных васкулитов наиболее часто встречаются
	узелковый полиартериит
	гранулематоз Вегенера
	геморрагический васкулит
	неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)
309	В патогенезе геморрагического васкулита основное значение имеет
	непосредственное токсическое воздействие
	аллергическое воспаление
	иммунокомплексное повреждение
	атеросклеротическое поражение
310	Из перечисленных клинических проявлений геморрагического васкулита наиболее часто встречаются
	лихорадка
	поражение кожи
	артрит(артралгия)
	поражение почек (гломерулонефрит)
	абдоминалгии
311	Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать

	с нефритом Берже
	с острым гломерулонефритом
	с хроническим гломерулонефритом нефротической формы
	с хроническим гломерулонефритом с изолированным мочевым синдромом
312	Медикаментозная терапия активного гломерулонефрита с нефротическим синдромом при геморрагическом васкулите заключается в преимущественном назначении
	глюкокортикоидов в больших дозах
	нестероидных противовоспалительных препаратов
	цитостатиков и глюкокортикоидов
	антикоагулянтов
	симптоматической терапии
313	В патогенезе гранулематоза Вегенера основную роль играет
	аллергическое воспаление
	токсическое поражение
	аутоиммунные нарушения
	циркулирующие иммунные комплексы
	инфекция
314	Основным клиническим признаком, позволяющим предположить гранулематоз Вегенера является
	поражение почек
	поражение легких
	поражение верхних дыхательных путей
	поражение суставов
	поражение кожи
315	Основным при лечении гранулематоза Вегенера является
	кортикостероиды
	цитостатики и кортикостероиды
	антимикробные препараты
	плазмаферез
	гемосорбция

316	Более быстрое прогрессирование развившейся нефропатии наблюдается чаще
	при сахарном диабете 1 типа
	при сахарном диабете 2 типа
	тип диабета значения не имеет
	одинаково часто
317	Играют ли роль иммунные механизмы в развитии диабетического гломерулосклероза
	при диабете 1 типа
	при диабете 2 типа
	не играют роли вообще
	при обоих типах диабета
318	У больных диабетической нефропатией с хронической почечной недостаточностью лучшие результаты дает применение
	хронического гемодиализа
	перитонеального диализа
	трансплантации почки
	все методы равнозначны
319	При диабетическом гломерулосклерозе наблюдаются
	гиалиноз эфферентных артериол
	гиалиноз афферентных артериол
	склероз почечных артерий и гиалиноз эфферентных артериол
	склероз почечных артерий и гиалиноз афферентных артериол
320	Максимальная канальцевая реабсорбция глюкозы в ранней стадии диабетической нефропатии
	снижена
	нормальная
	повышена
	резко повышена
321	При диабетической нефропатии чаще наблюдаются
	неселективная протеинурия
	селективная протеинурия

	селективная протеинурия с преобладанием иммуноглобулина
	селективная протеинурия с преобладанием альбумина
322	При сахарном диабете течение пиелонефрита
	всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями
	может носить бессимптомный характер
	всегда приводит к развитию артериальной гипертонии
	всегда носит циклический характер
323	При диабетической нефропатии адекватная инсулино-терапия
	уменьшает тяжесть нефротического синдрома
	уменьшает выраженность артериальной гипертонии
	отдляет наступление почечной недостаточности
	не влияет на течение нефропатии
324	Для профилактики развития диабетической микроангиопатии и гломерулосклероза предпочтительно
	введение пролонгированного инсулина
	дробное введение инсулина
	сочетание пролонгированного инсулина с дробным его введением
325	Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является
	артериальная гипертония
	протеинурия до 0,5 г/л
	микроальбуминурия
	снижение удельного веса мочи
	отеки голеней
326	К особенностям нефротического синдрома при диабетической нефропатии относится
	отсутствие гиперхолестеринемии
	умеренная выраженность отеков
	резистентность к мочегонным и другим препаратам
	гипер-альфа2-глобулинемия
327	Для диагностики вторичного амилоидоза наибольшее значение имеет

	данные внутривенной урографии
	нефротический синдром
	гематурия
	биопсия почки
	биопсия слизистой десны
328	Для амилоидоза характерно
	мезангиальная пролиферация
	субэндотелиальные депозиты
	отложение амилоида в тканях
	дистрофия канальцевого эпителия
	фиброз интерстиция
329	В патогенезе вторичного амилоидоза первоочередное значение придается
	повышенному синтезу белка сывороточного амилоида (SAA)
	отложению иммунных комплексов
	нарушению ультрафильтрации
	аутоиммунным процессам
	пролиферации мезангия
330	При вторичном амилоидозе прогноз в основном определяет поражением
	почек
	надпочечников
	сердечно-сосудистой системы
	периферической нервной системы
331	Нефротический синдром при амилоидозе
	легко купируется стероидами
	сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
	встречается очень редко
	исчезает при развитии хронической почечной недостаточности
332	Гипотония у больного амилоидозом свидетельствует
	о поражении сердца

	о недостатке натрия в диете
	о поражении надпочечников
	о развитии почечной недостаточности
333	Диагноз амилоидоза может быть поставлен на основании
	биохимического исследования крови
	определения иммуноглобулинов
	данных ультразвукового исследования почек
	биопсии пораженного органа
	рентгенологического обследования
334	Для диагностики амилоидоза наиболее информативна биопсия
	слизистой десны
	подкожного жира
	слизистой прямой кишки
	кожного лоскута
335	Наиболее информативным для диагностики амилоидоза является биопсия
	слизистой десны
	подкожного жира
	слизистой прямой кишки
	почки
336	Появление у ребенка гепатоспленомегалии и нефротического синдрома после длительного течения
	остеомиелита характерно для
	системной красной волчанки
	периодической болезни
	синдрома Гудпасчера
	вторичного амилоидоза
337	Для инфаркта почки у больного инфекционным эндокардитом характерно
	боль в области поясницы
	выраженная микро- или макрогематурия
	дизурия

	повышение артериального давления
338	Для профилактики поражения почек при инфекционном эндокардите необходимо назначение
	постельного режима
	диеты с ограничением белка
	антибактериальной терапии
	обильное питье
	назначение ингибиторов АПФ
339	Стойкая выраженная недостаточность кровообращения характеризуется
	протеинурией
	микрогематурией
	задержкой экскреции натрия
	никтурией
	полиурией
340	Функциональное состояние почек у больных со стенозом почечных артерий зависит
	от степени стенозирования
	от давности заболевания
	от одно- или двустороннего процесса
	от присутствия инфекции мочевых путей
341	Для тромбоза почечных вен характерно
	лейкоцитурия, гематурия
	протеинурия до нефротического уровня
	боли в пояснице
	почечная колика
	олигурия
342	Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить
	с острым гломерулонефритом
	с хроническим нефритом
	с мочекаменной болезнью

	с экстракапиллярным нефритом
	с бактериальным эндокардитом
343	Для клинической картины системной склеродермии, помимо поражения почек, наиболее характерно
	синдром Рейно
	кожный синдром
	поражение сердца
	фиброз легких
	поражение нервной системы
344	Основными клиническими проявлениями узелкового полиартериита являются
	лихорадка и похудание
	поражение почек
	бронхиальная астма
	артериальная гипертония
	периферические невриты
345	Клинически поражение почек при гранулематозе Вегенера может проявляться следующими симптомами
	протеинурией
	микрогематурией
	почечной недостаточностью
	лейкоцитурия
	артериальной гипертонией
346	Диагноз гранулематоза Вегенера устанавливается на основании
	язвенно-некротического ринита и отита
	инфильтратов в легких
	кожного синдрома
	артрита
	быстро прогрессирующего нефрита
347	Для подтверждения диагноза множественной миеломы с поражением почек наиболее целесообразно проведение

	биопсии почки
	артериографии почки
	компьютерной томографии почек
	ультразвукового исследования почек
	иммуноэлектрофореза белков сыворотки
348	Причинами вторичного амилоидоза могут быть все следующие заболевания
	туберкулез
	остеомиелит
	болезнь Крона
	хронический тонзиллит
	ревматоидный артрит
349	При амилоидозе почек справедливы следующие утверждения
	болезнь чаще всего развивается в молодом возрасте и у детей
	редкое выявление гематурии и лейкоцитурии
	частое и раннее развитие артериальной гипертонии
	характерно неуклонно прогрессирующее течение с неизбежным развитием ХПН
	показано лечение колхицином при всех типах заболевания
350	Для амилоидоза почек характерно
	при первичном AL-типе амилоидоза ХПН протекает более доброкачественно, в отличие от вторичного AA-типа амилоидоза
	тяжесть вторичного AA-типа амилоидоза зависит от основного заболевания
	связь возникновения и прогрессирования заболевания с простудными заболеваниями
	отёчный синдром хорошо поддается лечению мочегонными препаратами
	возможно обратное развитие процесса
351	Следующие утверждения справедливы в случае нефротического синдрома при амилоидозе почек
	нефротический синдром развивается редко
	в большинстве случаев выявляются большие размеры почек
	легко купируется приемом цитостатиков
	сохраняется при развитии ХПН
	как правило, сопровождается артериальной гипертензией

352	Для ХПН при амилоидозе почек справедливы утверждения
	является наиболее частой причиной смерти при всех типах амилоидоза
	сохраняется выраженная протеинурия
	артериальная гипертензия часто отсутствует
	цитостатики оказывают быстрый положительный эффект
	терапия колхицином существенно улучшает прогноз
353	Поражение почек при вторичном амилоидозе имеет следующие формы
	протеинурическую
	гипертоническую
	нефротическую
	терминальную
	уремическую
1	Поражение почек у беременных
354	Повторная беременность женщины, перенесшей нефропатию беременной с последующим исчезновением всех симптомов в послеродовом периоде
	противопоказана
	не противопоказана
	возможна, но не желательно
	нежелательна
355	При нефропатии беременных наибольшую угрозу для плода представляет
	повышенный уровень мочевины крови
	повышенный уровень мочевой кислоты крови
	гипопротеинемия
	анемия
356	Лейкоцитурия у беременных в отсутствии признаков инфекционно-воспалительного поражения почек наблюдается
	всегда
	никогда
	у части пациенток (10%)

	у большинства пациенток
357	У беременной женщины возник острый гломерулонефрит. Нормальное течение беременности, родов, рождение здорового ребенка в этом случае
	возможно
	невозможно
	невозможно при наличии пиелонефрита
	невозможно при наличии злокачественной артериальной гипертензии
358	Для прогноза течения преэклампсии наибольшее значение имеет
	наличие отеков
	наличие артериальной гипертензии
	наличие лейкоцитурии
	наличие протеинурии
359	Наиболее неблагоприятно для плода назначение терапии при нефропатии беременных
	постельным режимом и диетой
	фуросемидом
	гипотиазидом
	плазмозаменителями
360	У беременной в I триместре увеличение диуреза указывает на
	развитие полиурической ОПН
	развитие острого пиелонефрита
	развитие нефропатии беременных
	физиологическое увеличение диуреза в этот период беременности
361	Возможными противопоказаниями для сохранения беременности у больного сахарным диабетом являются
	тяжелая нефропатия
	пролиферативная ретинопатия
	кетоацидоз в начале беременности
	молодой возраст
	непролиферативная ретинопатия

362	В качестве гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом во время беременности можно применять
	ингибиторы АПФ
	селективныйβ-адреноблокаторы
	блокаторы АТ-рецепторов
	метилдопа
	антагонисты кальция
363	Гормональная деятельность плаценты может способствовать
	нарушению толерантности к углеводам у женщин
	почечной глюкозурии
	нарушению развития плода
	снижению липидов
	снижению кетоновых тел
364	Поздний токсикоз беременных у больных диабетом проявляется
	выраженной нефропатией
	нарастанием отеков
	почечной недостаточностью
	нормогликемией
	гипотензией
365	Показанием к досрочному прерыванию беременности оперативным путем является
	нарастание симптомов ретинопатии (свежие множественные кровоизлияния)
	тазовое предлежание плода
	нарастания симптомов диабетической нефропатии с развитием почечной недостаточности
	НbA1c выше 14 ммоль/л
	нарастание многоводия
366	Основные клинические проявления нефропатии беременных
	гипертензия
	протеинурия
	преэклампсия, эклампсия

	отечный синдром
367	Патогенетическим лечением нефропатии беременных осуществляется назначением
	диуретиков
	антигипертензивных препаратов
	стероидов
	антикоагулянтов и антиагрегантов
1	Острое почечное повреждение и хроническая болезнь почек
368	Под острой задержкой мочи подразумевают
	отсутствие мочи в связи с уменьшением фильтрации
	отсутствие мочи в связи с поражением канальцевого аппарата
	нарушение выделения мочи из мочевого пузыря
369	Объем циркулирующей крови при весе пациента 5-10 кг составляет
	70 мл/кг
	75 мл/кг
	80 мл/кг
	85 мл/кг
370	Объем циркулирующей крови при весе пациента 11-20 кг составляет
	70 мл/кг
	75 мл/кг
	80 мл/кг
	85 мл/кг
371	Объем циркулирующей крови при весе пациента более 21-45 кг составляет
	70 мл/кг
	75 мл/кг
	80 мл/кг
	85 мл/кг
372	Объем циркулирующей крови при весе пациента более 46 кг составляет
	70 мл/кг

	75 мл/кг
	80 мл/кг
	85 мл/кг
373	Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка 1 месяц составляют
	150–200
	100–300
	300–400
	400–500
374	Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка 1 года составляют
	100-300
	300-600
	500-700
	700-900
375	Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка от 1 года до 3 лет составляют
	300-600
	500-700
	700-900
	760-820
376	Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка 3-5 лет составляют
	500-700
	700-900
	760-820
	900-1100
377	Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка старше 7 лет составляют
	900-1200
	800-1300
	1000-1300
	1300-1500

378	Под олигурией следует подразумевать
	монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 – 1,012
	увеличение суточного количества мочи
	снижение диуреза менее 400 мл/сут
	снижение диуреза менее 50 мл/сут
379	Под анурией следует подразумевать
	монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 – 1,012
	увеличение суточного количества мочи
	снижение диуреза менее 400 мл/сут
	снижение диуреза менее 50 мл/сут
380	Под острым почечным повреждением подразумевают
	острое, потенциально обратимое нарушение регулируемых почками параметров гомеостаза
	иммуновоспалительный процесс в клубочках с развитием эпителиальных полулуний
	острое нарушение кальциево-фосфорного равновесия
	развитие тяжелой анемии
381	Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей раннего возраста является
	гломерулонефрит
	пиелонефрит
	гемолитико-уремический синдром
	отравление
382	Гемолитико-уремический синдром подразумевает
	поражение почек при гемолитическом кризе вследствие иммунной гемолитической анемии
	поражение эндотелия сосудов с развитием тромбоза, в том числе сосудах почек
	токсическое поражение почек вследствие отравления ядохимикатами
	поражение почек вследствие инфекционно-токсического шока
383	Для купирования ДВС-синдрома проводят
	введение фенилина
	переливание свежзамороженной плазмы

	переливание криопреципитата
	переливание эритроцитарной массы
384	Причиной развития полиорганной недостаточности при ДВС-синдроме является
	торможение тканевого дыхания продуктами деградации фибриногена
	блокада микроциркуляции
	повреждение тромбином плазматических мембран жизненно важных органов
	повреждение тромбином лизосомных мембран
385	При трансфузии свежзамороженной донорской плазмы при ДВС-синдроме происходит
	связывание продуктов деградации фибриногена
	восполнение потребленных факторов свертывания и естественных антикоагулянтов
	снижение агрегационной способности тромбоцитов
	удаление клеточных антигенов
386	Развитие острого почечного повреждения на фоне приема ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента происходит при
	гломерулонефрите
	интерстициальном нефрите
	патологии собирательной системы
	двустороннем стенозе почечных артерий
387	Снижение клубочковой фильтрации связано с
	понижением эффективного фильтрационного давления в клубочках
	понижением тонуса приносящих клубочковых артерий
	понижением онкотического давления крови
	увеличением площади клубочкового фильтра и повышением его проницаемости
388	Для ХБП 1 стадии характерна СКФ мл/мин: (то же для ХБП2.3.4.5.)
	90 и более
	60-89
	59-30
	29-15
	менее 15

389	Для ХБП 2 стадии характерна СКФ мл/мин: (то же для ХБП2.3.4.5.)
	90 и более
	60-89
	59-30
	29-15
	менее 15
390	Для ХБП 3 стадии характерна СКФ мл/мин: (то же для ХБП2.3.4.5.)
	90 и более
	60-89
	59-30
	29-15
	менее 15
391	Для ХБП 4 стадии характерна СКФ мл/мин: (то же для ХБП2.3.4.5.)
	90 и более
	60-89
	59-30
	29-15
	менее 15
392	Для ХБП 5 стадии характерна СКФ мл/мин: (то же для ХБП2.3.4.5.)
	90 и более
	60-89
	59-30
	29-15
	менее 15
393	Причиной хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы является
	перенесенный гломерулонефрит
	острый пиелонефрит
	хронический пиелонефрит
	уретерогидронефроз

	метастазы в почках
394	Для хронической болезни почек характерно повреждение почек в течение
	3-х месяцев и более
	1 года
	более 30 дней
	более 5 лет
	более суток
395	Бета-2-микроглобулин является сывороточным предшественником
	амилоидоза при гемодиализе
	амилоидоза при миеломе
	старческого амилоидоза
	локального амилоидоза
396	Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается более
	10% почечной паренхимы
	2 % почечной паренхимы
	50% почечной паренхимы
	75% почечной паренхимы
	90% почечной паренхимы
397	Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является
	нефросклероз
	пролиферация мезангиальных клеток
	деструкция малых отростков подоцитов
	отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране
	гиалиноз почечных артерий
398	Изолированная ультрафильтрация используется только при
	ОПН
	неконтролируемой гиперкалиемии
	некупируемом отеке легких
	гиперкальциемии

	выраженной уремической интоксикации
399	При острой и хронической почечной недостаточности чаще применяют
	фурадонин
	невиграмон
	ампициллин
	сульфадиметоксин
	тетрациклин
400	Клинические признаки ХПН появляются при снижении клубочковой фильтрации ниже
	100-140 мл/мин
	60-50мл/мин
	50-25 мл/мин
	25-10 мл/мин
401	Уремическим токсином считают
	креатин
	«средние молекулы»
	мочевина
	ионы магния
	аминокислоты
402	Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является
	олигурия
	полиурия
	отеки
	артериальная гипертензия
	анемия
403	Основной причиной гипокальциемии при хронической почечной недостаточности является
	диарея
	гипомагниемия
	недостаточное поступление кальция с пищей
	дефицит активной формы витамина D

	гипонатриемия
404	Назовите потенциально нефротоксичные препараты
	ингибиторы АПФ
	пенициллин
	парацетамол
	цианкобаламин
	аскорбиновая кислота
405	Оптимальный уровень гемоглобина, который необходимо поддерживать у больных ХБП 5 ст.
	80-100 г/л
	100-115 г/л
	115-125 г/л
	125-145 г/л
	более 135 г/л
406	Препаратом выбора при лечении анемии у больных ХБП 5 ст. является
	преднизолон
	эритропоэтин
	рибофлавин
	сорбифер дурулес
	циклофосфамид
407	Ведущим патогенетическим механизмом при хронической почечной недостаточности является
	острая ишемия почки
	прогрессирующая гибель действующих нефронов
	увеличение массы действующих нефронов
	некроз канальцевого эпителия
	ишемия коркового слоя почки
408	Симптомы уремической интоксикации обусловлены
	массивной протеинурией
	уремическими токсинами
	артериальной гипертензией

	сердечной недостаточностью
	дыхательной недостаточностью
409	Лабораторными критериями хронической почечной недостаточности являются
	повышение уровня КФК крови
	снижение СКФ
	повышение АЛТ
	повышение креатинина мочи
	протеинурия
410	Заместительная почечная терапия проводится на следующих стадиях ХБП
	ХБП 1 ст.
	ХБП 2 ст.
	ХБП 3 ст.
	ХБП 4 ст.
	ХБП 5 ст.
411	Противопоказанием к хроническому гемодиализу является
	отказ больного от гемодиализа
	нефротический синдром
	злокачественная артериальная гипертензия
	высокий уровень азотемии
	инфаркт миокарда
412	К инициирующим факторам хронической болезни почек относится
	сахарный диабет и другие болезни обмена
	артериальная гипертензия
	рожа
	диффузные болезни соединительной ткани
	врожденные заболевания почек
413	Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии ХПН
	гипокалиемию
	объем-натрий зависимая гипертензия

	стенозирующий атеросклероз почечной артерии
	ренин-зависимая гипертензия
	гиперкалиемия
414	Почками секретируются следующие физиологически активные вещества
	ренин
	эритропоэтин
	карбоксипептидазы
	активная форма витамина Д
	паратгормон
415	Основными механизмами, способствующими формированию почечной гипертензии являются
	активация ренин- ангиотензивной системы
	активация калликреин-кининовой системы
	задержка ионов натрия и воды в организме
	снижение синтеза ренина
	снижение синтеза почечных простагландинов
416	Ведущими звеньями патогенеза шока являются
	снижение объема циркулирующей крови
	снижение выброса катехоламинов
	повышение проницаемости стенки сосудов
	гипоксия периферических тканей
	выделение в кровь биологически активных веществ ишемизированной тканью
417	Почка регулирует следующие гомеостатические параметры
	объем циркулирующей жидкости
	уровень гликемии
	кислотно-основное равновесие
	постоянство белкового состава крови
	уровень азотемии
418	Почечная олиго-анурия развивается при
	острой сосудистой недостаточности

	некрозе канальцев почек
	остром отравлении солями тяжелых металлов
	сужении мочеточника
	мочекаменной болезни
419	Этиологическими факторами развития ренального острого почечного повреждения являются
	гломерулонефрит
	гемоглинурия при гемолитической анемии
	острая длительная атония мочевого пузыря
	нефротический криз
	лекарственное повреждение почек
420	Патогенетическими причинами ренального острого почечного повреждения являются
	снижение объема циркулирующей крови
	токсико-аллергические поражения
	гломерулопатии
	гемолиз и миолиз
421	Причинами прerenального острого почечного повреждения являются
	острое поражение паренхимы почек
	обструкция мочевыводящих путей
	шок
	тромбоз и эмболия почечных артерий
	синдром сдавления
422	Патогенетическими механизмами прerenального острого почечного повреждения являются
	уменьшение внутрисосудистого объема крови
	снижение сердечного выброса
	токсический тубулoneкроз
	системная вазодилатация
	почечная вазодилатация
423	Острая почечная недостаточность возникает при
	переливании несовместимой крови

	интерстициальном нефрите
	амилоидозе
	шоковом состоянии
	артериолосклерозе сосудов почек
424	Показаниями к заместительной почечной терапии при остром почечном повреждении являются
	снижение скорости клубочковой фильтрации
	анурия
	гипокальциемия
	гиперкалиемия
425	При гемолитико- уремическом синдроме наблюдаются
	анемия
	тромбоцитоз
	тромбоцитопения
	острая почечная недостаточность
	хроническая почечная недостаточность
426	Для гиперкалиемии характерны
	судороги, мышечная слабость
	тахикардия
	брадикардия
	низкий зубец Т
	высокий острый зубец Т
427	Этиологическим фактором атипичного гемолитико-уремического синдрома является
	мутация гена MCP
	стрептококк
	недостаточность ADAMTS-13
	наличие антител к Н фактору
428	Плазмаферез эффективен при
	типичном ГУСе
	атипичном ГУСе, обусловленном мутацией гена Н фактора

	атипичном ГУСе, обусловленном наличием антител к H фактору
	тромботической тромбоцитопенической пурпуре
	тромботической тромбоцитопенической пурпуре, обусловленной наличием антител к ADAMTS-13
429	К развитию хронической почечной недостаточности может привести
	хронический гломерулонефрит
	поликистоз почек
	сепсис
	острый пиелонефрит
	системная красная волчанка
430	Лечение ХБП включает в себя
	гипотензивную терапию
	коррекцию анемии
	коррекцию гиперфосфатемии
	коррекцию гипопаратиреоза
	заместительную почечную терапию
431	Заместительная почечная терапия подразумевает
	гемодиализ
	перитонеальный диализ
	плазмаферез
	трансплантацию почки
432	К развитию ХПН может привести
	прогрессирующее течение нефропатии
	гиповолемический шок
	врожденные аномалии развития мочевыводящих путей
	наследственные заболевания почек
433	Основным видом лечением для пациента с терминальной стадией ХПН является
	диализ
	паратиреоидэктомия
	назначение препаратов железа

	трансплантация почки
434	Дифференциальный диагноз ХБП проводят с
	гипофизарным несахарным диабетом
	анемией неясной этиологии
	гипофизарным нанизмом
	острой почечной недостаточностью
435	К основным синдромам ХБП относятся
	остеодистрофия
	метаболический ацидоз
	гемолитико-уремический синдром
	артериальная гипертензия
	дизурический синдром
436	К причинам задержки роста при ХБП относятся
	недостаточная секреция гормона роста
	недостаток белка и калорий в пище
	ацидоз
	алкалоз
	почечная анемия
437	Для почечной остеодистрофии характерны
	повышение в крови концентрации 1,25 (ОН) <sub>2</sub> витамина D <sub>3</sub>
	снижение в крови концентрации 1,25 (ОН) <sub>2</sub> витамина D <sub>3</sub>
	гиперкальциемия
	гипокальциемия
	гипофосфатемия
438	Для начальных стадий ХБП характерны
	полиурия
	олигурия
	странгурия
	поллакиурия

	никтурия
439	Для диеты, назначаемой при ХБП, необходимо
	низкое содержание белка
	высокое содержание белка
	ограничение калия
	повышенное содержание калия
	повышенное содержание фосфора
440	Назовите механизм участвующий в становлении артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности
	подавление продукции простагландинов
	усиление продукции простагландинов
	водно-электролитный дисбаланс
	активация РААС
	увеличение ОЦК
441	Какое лечение используется для ведения больного при ХБП 3 ст.?
	лечение основного заболевания
	применение гемодиализа
	нефропротективные препараты (ингибиторы АПФ)
	диета
	статины
442	К активным методам лечения терминальной хронической почечной недостаточности относятся
	гемодиализ
	пульс-терапия преднизолоном
	постоянный амбулаторный перитонеальный диализ
	гемодиафильтрация
	трансплантация почки
443	Клиническими проявлениями хронической почечной недостаточности может быть
	метаболический ацидоз
	анемия

	лихорадка
	отеки
	гиперкалиемия
444	Причинами хронической почечной недостаточности могут быть все следующие заболевания
	хронический гломерулонефрит
	гипертоническая болезнь
	системная красная волчанка
	хроническая обструктивная болезнь легких
	диабетическая нефропатия
445	К демографическим факторам риска развития хронической болезни почек относится
	мужской пол
	женский пол
	возраст старше 50 лет
	низкий социальный уровень
	принадлежность к этническим меньшинствам
446	В развитии хронической болезни почек имеет значение
	табакокурение
	злоупотребление алкоголем
	самолечение (обезболивающие)
	малоподвижный образ жизни
	ежедневные занятия физкультурой
447	Для оценки функции почек используется
	СКД-ЕРІ
	клиренс креатинина
	цистатин С
	СКФ по MDRD
	СКФ по Амбурже
448	В фазе олигоанурии можно применять следующие диуретики

	маннитол
	фуросемид
	этакриновая кислота
	альдоктон
	дофамин
449	Острая почечная недостаточность характеризуется следующими признаками
	гипохлоремическим алкалозом
	азотемией
	гиперкалиемией
	снижением гематокрита
	лихорадка
450	Показанием к экстренному гемодиализу при неэффективности терапии мочегонными средствами является
	креатинин крови свыше 0,6 ммоль/л
	прогрессирующий ацидоз и гиперкалиемия
	гиперкалиемия и прогрессирующий ацидоз
	артериальная гипертензия
	тошнота и рвота
	олигурия
451	При острой почечной недостаточности в крови повышается содержание
	креатинина
	натрия
	калия
	мочевой кислоты
	мочевины
452	К потенциально модифицируемым факторам риска ХБП относятся
	активность основного заболевания
	артериальная гипертензия
	высокобелковая диета
	курение

	малобелковая диета
453	Укажите причины преренальной ОПН
	увеличение сердечного выброса
	дегидратация
	гиперволемя
	сосудистый коллапс
	гипертонический криз
454	Выделите формы ОПН с необратимым течением
	острый канальцевый некроз
	миоглобинурийный нефроз
	кортикальный некроз
	некротизирующий ангиит сосудов почек
	гемолитико-уремический синдром
455	Наиболее частыми причинами тромботической микроангиопатии у взрослых наиболее часто является
	тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
	атипичный ГУС
	СКВ
	типичный ГУС
456	Этиологическими факторами развития ТТП являются
	недостаток ADAMTS-13
	антитела к ADAMTS-13
	антитела к Н-фактору
	недостаток Н-фактора
457	Тяжелая артериальная гипертония характерна для
	типичный ГУС
	А-ГУС
	ТТП
	узелковый периартериит

458	Признаками отличающие почечную эклампсию от гипертонического криза являются
	наличие судорожного синдрома
	отек головного мозга
	отсутствии судорожного синдрома
	сильные головные боли
	ухудшение зрения
459	Укажите наиболее частые причины анемии при ХПН
	железодефицит
	дефицит вит. в-12 и фолиевой кислоты
	хронический гемолиз
	уменьшение синтеза эритропоэтина
	хроническая интоксикация алюминием
460	Выберите препараты эффективные при ЭПО-дефицитной анемии
	феррум лек
	андрогены
	рекормон
	витамины В-12
	эпрекс
461	Выделите противопоказания к лечению эритропоэтином
	абсолютный дефицит железа
	выраженная гипотония
	гемохроматоз
	трудноконтролируемая гипертензия
	хроническая интоксикация алюминием
462	Отберите осложнения ЭПО терапии диализных больных
	острая сосудистая недостаточность
	острая энцефалопатия
	гиперкальциемия
	усугубление гипертензии

	гиперкалиемиа
463	Отберите наиболее характерные для ХПН формы поражения костной ткани
	гиперпаратиреоидная остеодистрофия
	остеопороз
	алюминиевая остеодистрофия
	асептический некроз головок бедренных костей
	апластическая остеодистрофия
464	Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза
	обогащение диеты фосфором
	обогащение диеты кальцием
	применение фосфор-связывающих препаратов
	применение оксидевита, кальцитриола
	применение тиреокальцитонина
465	Выделите методы лечения алюминиевой остеодистрофии
	прием алмагеля, фосфолюгеля
	применение десферала
	резекция паращитовидных желез
	применение кальцитриола
	применение гемофильтрации
466	Укажите препараты, усугубляющие почечную гипертензию
	десфераль
	сандиммун
	ловастатин
	рекормон
	кальцитриол
467	Укажите формы контролируемой гемодиализом гипертензии
	объем-натрий зависимая гипертензия
	при медикаментозном синдроме Кушинга
	ренин зависимая

	при синдроме жесткой воды
	при сандиммуновой нефропатии
468	Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии ХПН
	гипокалиемиа
	объем-натрий зависимая гипертензия
	стенозирующий атеросклероз почечной артерии
	ренин-зависимая гипертензия
	гиперкалиемиа
1	Неотложные состояния в нефрологии
469	Холестериновая эмболия внутрипочечных артерий клинически проявляется
	резким прогрессирующим ухудшением функции почек, вплоть до острой почечной недостаточности
	полиурией
	никтурией
	дизурией
470	Фактором риска возникновения ОПН вследствие холестериновой эмболии верхней полой вены является
	увеличение сывороточной концентрации С-реактивного белка, регистрируемое до вмешательства на сосудах, отражающее нестабильность атеросклеротических бляшек
	инфекция нижних мочевых путей
	холестаз
	гипогликемия
471	Шок при НС может быть нескольких видов, кроме
	гиповолемического
	анемического
	гемокоагуляционного
	аритмического
472	Для нефротического криза характерно всё, кроме
	внезапно возникающего резкого ухудшения состояния с развитием перитонитоподобных симптомов
	гипотермии

	рожеподобных кожных эритем
	гипертермии
473	НС может осложняться ОПН вследствие
	анемии
	тромбоза почечных вен
	гиповолемического шока
	сепсиса и других инфекционных осложнений
474	Гиперкалиемия (более 7,5 ммоль/л) проявляется
	мышечными параличами
	нарушениями сердечного ритма и остановкой сердца в диастоле
	резкого подъёма АД
	вазодилатацией, быстрым снижением АД
475	Патогенез почечного поражения при тромбозе почечных вен обусловлен
	нарастающим расстройством внутрпочечной гемодинамики с ухудшением фильтрационной функции почек
	развитием ишемии почечной ткани
	утратой гломерулярной базальной мембраной отрицательного заряда
	лейкоцитурии
476	В пользу тромбоза почечных вен свидетельствуют
	быстрое увеличение почки на стороне поражения
	болей в поясничной области
	гематурии, протеинурии
	анемии
477	Важными механизмами развития склеродермического почечного криза считают
	тромбогенеза на уровне почечного микроциркуляторного русла
	расстройства внутрпочечной гемодинамики с нарастающей ишемией почечной ткани
	гипокалиемии
	гиперпродукции ренина

478	Факторами, предрасполагающими к развитию гепаторенального синдрома являются
	спонтанный бактериальный перитонит
	парацентез с удалением большого объема жидкости
	гипогликемия
	желудочно-кишечный кровотечение
479	Пусковыми факторами склеродермического почечного криза могут быть
	инфекции, переохлаждения
	инсоляции
	гиперлипидемии
	прекращение приема препаратов, используемых для лечения системной склеродермии
480	При форсированном диурезе у больных с нефротическим синдромом может быть
	гемодинамические осложнения, вплоть до гиповолемического шока
	гипогликемия
	гипокалиемию, сердечные аритмии
	снижение ОЦК и клубочковой фильтрации (вплоть до ОПН)
481	Частота холестериновой эмболии верхней полой вены увеличивается пропорционально
	количеству диагностических и лечебных вмешательств на сердце и сосудах
	процедурам тромболитика, антиагрегантной терапии
	клиническим проявлением распространенного атеросклероза
	вирусного гепатита
482	Холестериновая эмболия верхней полой вены возникает как следствие следующих причин
	надрыва фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки в брюшной аорте при продвижении катетера в процессе выполнения лечебных и диагностических вмешательств
	изъязвления и фрагментации покрывающей ее тромба при применении тромболитиков, антикоагулянтов
	повреждения фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки при тупой травме живота, ударах, падении
	быстрого снижения АД
483	Клиническими проявлениями холестериновой эмболии верхней полой вены могут быть
	острое почечное повреждение

	гипертонический криз
	боли в поясничной области
	никтурия
484	Первыми признаками нефротического криза являются
	возбуждение
	гипертермия
	гипотермия
	тошнота, рвота
485	Поздними проявлениями нефротического криза могут быть
	абдоминальные боли
	кожные мигрирующие рожеподобные эритемы
	резкое подъёме АД
	флеботромбозов
486	Выраженная гипокалиемия при НС обусловлена
	терапии цитостатиками
	потери транспортных белков
	гиперальдостеронизмом
	терапии калийуретиками
487	Причины фатальных тромбозов при НС обусловлены
	потери антитромбина III в связи с массивной протеинурией
	увеличения содержания фибриногена и других факторов
	свёртывания вследствие повышения синтетической функции печени
	тромбоцитоза при назначении больших доз глюкокортикоидов
	дефицита трансферрина
488	Причинами рабдомиолиза могут быть
	тяжёлые ДТП
	глубокие ожоги
	воздействие электрического тока на организм
	длительная иммобилизация

	токсикоз, вызванный травматическим шоком
	длительные оперативные вмешательства
489	Клиническими симптомами рабдомиолиза является
	мышечную слабость
	потемнение цвета мочи
	отёк и болезненность скелетной мускулатуры
	тахикардия, в последующем – нитевидный пульс
	брадикардия в дальнейшем тахикардия
	галлюцинации
490	Диагностическими маркерами рабдомиолиза являются
	повышенный уровень креатинфосфокиназы
	появление в крови миоглобина
	миоглобинурия
	гемоглобинурия
	гиповолемический шок
	повышение уровней фосфора и калия
1	Некоторые вопросы уронефрологии
491	При туберкулезе почки прежде всего возникает
	папиллит
	изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
	милиарные бугорки в паренхиме почек
	специфические воспалительные инфильтраты
	каверны
492	Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить
	сторону поражения
	функцию пораженной почки
	функцию здоровой почки
	строение опухоли
	наличие метастазов

493	При туберкулезе почки возникает прежде всего
	папиллит
	изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
	милиарные бугорки в паренхиме почек
	специфические воспалительные инфильтраты
	каверны
494	При опухоли лоханки почки из перечисленных признаков чаще наблюдается
	боль
	пальпируется почка
	гематурия
	протеинурия
	субфебрилитет
495	Для уточнения источника макрогематурии начинать обследование следует
	с цистоскопии
	с экскреторной урографии
	с УЗИ почек и мочевого пузыря
	с общего анализа мочи
	с радиоизотопной ренографии
496	При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследование следует начинать
	с обзорной рентгенографии мочевых путей
	с компьютерной томографии
	с УЗИ мочевого пузыря
	с экскреторной урографии
	с цистоскопии
497	Для нефроптоза 3 степени характерно
	сужение мочеточника
	расширение чашечно-лоханочной системы
	фиксированный перегиб мочеточника
	расширение чашечно-лоханочной системы и фиксированный перегиб мочеточника
	сужение мочеточника и расширение чашечно-лоханочной системы

498	В возникновении цистита основное значение придается
	местным расстройствам кровообращения
	физическим факторам
	инфекции
	химическим факторам
	иммунным факторам
499	При остром цистите показаны следующие виды инструментального обследования
	цистоскопия
	цистоскопия
	катетеризация мочевого пузыря
	уретроскопия
	УЗИ мочевого пузыря
500	Для цисталгии характерно сочетание
	с пиурией
	с гематурией
	с субфебрилитетом
	с дизурией
	с поллакиурией
501	Рентгенонегативными камнями являются
	фосфатные
	уратные
	оксалатные
	цистиновые
	ксантиновые
502	Основными этиологическими факторами мочекаменной болезни являются
	нарушения фосфорно-кальциевого обмена
	нарушение обмена щавелевой кислоты
	нарушение пуринового обмена
	хронический пиелонефрит

503	Боли при камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающем уродинамику, обычно не локализуется
	в поясничной области без иррадиации
	в подреберье с иррадиацией под лопатку
	в боковых отделах живота с иррадиацией в поясничную область
	в паховой области с иррадиацией в бедро
	в поясничной области с иррадиацией в паховую и половые органы
504	После травмы почки возможно развитие всего перечисленного
	нефролитиаза
	гидронефроза
	нефроптоза
	опухоли почки
	гнойного пиелонефрита
505	При раке почки (гипернефроме) часто отмечается
	железодефицитная анемия
	пальпируемая опухоль
	местная болезненность в области почки
	гематурия
506	При лечении уратной нефропатии показаны
	диета с ограничением жиров и белков
	обильное питье
	урикоостатические препараты
	тиазидовые мочегонные
	уросептики
507	Образованию камней в мочевых путях способствуют
	гипопаратиреоз
	гиперурикемия
	инфекция мочевыводящих путей
	нарушение уродинамики

	лечение антибиотиками
508	Предположение о нефролитиазе может возникнуть при наличии
	макрогематурии
	микрогематурии
	пиурии
	суточной потере белка свыше 2 г
	почечной колики
	тупых болей в поясничной области
509	Для уратной нефропатии характерны следующие варианты поражения почек
	нефротический синдром
	интерстициальный нефрит
	амилоидоз
	острая уратная блокада
	гематурический нефрит
510	Факторы, предрасполагающие к развитию уратного нефролитиаза
	стойкое закисление мочи
	защелачивание мочи
	гиперурикозурия
	вторичная почечная гиперурикемия
	уменьшение диуреза
1	Врожденные заболевания почек
511	Тазовая дистопия почки подразумевает
	расположение обеих почек в тазовой области в стоячем положении
	расположение правой почки в тазовой области
	расположение левой почки в тазовой области
	расположение обеих почек в тазовой области независимо от положения ребенка
512	При наличии поясничного нефроптоза в мочевого синдроме наблюдается
	протеинурия
	лейкоцитурия

	гематурия
	лейкоцитурия и гематурия
513	Рецидивирующий бронхит на первом году жизни характерен для
	аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек
	нефронофтиза Фанкони
	аутосомно-рецессивной поликистозной болезни почек
	губчатой почки
514	По данным УЗИ почек кисты визуализируются при
	аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
	нефронофтизе Фанкони
	медуллярной кистозной болезни
	микрокистозе почек
515	Синдром полиурии наблюдается при
	аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
	нефронофтизе Фанкони
	медуллярной кистозной болезни
	микрокистозе почек
516	Фиброз печени характерен для
	аутосомно-доминантного варианта поликистоза почек
	аутосомно-рецессивного варианта поликистоза почек
	медуллярной кистозной болезни
	олигомеганефронии
517	Наличие кист только в корковом слое отмечается
	при аутосомно-доминантном поликистозе
	при нефронофтизе Фанкони
	мультикистозе
	губчатой почке
518	Недостаточность митрального клапана может наблюдаться при

	аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
	аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек
	медуллярной кистозной болезни
	олигомеганефронии
519	Понятие нефроптоз подразумевает
	расположение почек на уровне 5-го поясничного позвонка
	повышенную подвижность почек
	расположение почек на уровне крестцового отдела
	поворот почки вокруг своей оси
520	Понятие аплазия почки предусматривает
	отсутствие почки вследствие нефроэктомии
	полное отсутствие одной из почек
	одна из почек редуцирована
	уменьшение в размерах с сохранением функциональной способности
521	Для простой гипоплазии почки характерно
	малое количество нефронов с нарушением гистологического строения
	эмбриональные клубочки с несформированной мезенхимальной тканью
	малое количество нефронов при сохраненном их гистологическом строении
	увеличение размеров нефронов в сочетании с микрокистами
522	Эхографическими признаками поликистоза является
	наличие более двух кист в одной почке
	наличие более шести кист в одной почке
	наличие более трех кист в двух почках
	наличие более пяти кист
523	Гипоплазия легких может наблюдаться при
	аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
	аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек
	нефронофтизе Фанкони
	олигомеганефронии

524	ХПН на первом году жизни развивается при
	аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
	аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек
	нефронофтизе Фанкони
	олигомеганефронии
525	Основными функциями почек являются
	поддержание гомеостаза организма
	синтез белков и углеводов
	водовыделительная функция
	регуляция эритропоэза
526	К кистозным формам дисплазии относятся
	мультикистозная дисплазия почек
	олигомеганефрония
	гипопластическая дисплазия
	нефронофтиз Фанкони
527	Нарушение расположения почек отмечается при
	поясничной дистопии почки
	нефроптозе
	подковообразной почке
	тазовой дистопии почки
528	Удвоение почки предполагает
	наличие двух почек с одной из сторон
	наличие двух чашечно-лоханочных систем в одной почке
	наличие двух чашечно-лоханочных систем в одной почке с отхождением двух мочеточников
	наличие двух чашечно-лоханочных систем в одной почке с отхождением одного мочеточника
529	Наличие артериальной гипертонии характерно для
	простой гипоплазии почек
	пиелэктазии обеих почек

	олигомеганефронии
	аутосомно-рецессивного поликистоза почек
530	Большие почки при рождении характерны для
	аутосомно-рецессивного поликистоза почек
	нефронофтиза Фанкони
	гидронефроза почки
	олигомеганефронии
531	Особенности функции почек у новорожденных
	низкий почечный кровоток
	низкая СКФ
	высокая СКФ
	высокий почечный кровоток
	высокое почечное сосудистое сопротивление
532	Развитие пиелозктазии наблюдается при
	стенозе в пиелоретральном сегменте
	гипоплазии обеих почек
	подковообразной почке
	стенозе уретры
	олигомеганефронии
533	Синдромокомплексом нефронофтиза Фанкони является
	анемия
	лейкоцитоз
	полиурия
	олигоурия
	низкий рост
534	Развитие интерстициального нефрита возможно при
	гидронефрозе почек
	аутосомно-рецессивном поликистозе почек
	гиподисплазии

	олигомеганефронии
535	Медуллярный кистоз наблюдается при
	нефронофтизе Фанкони
	губчатой почке
	аутосомно-рецессивном поликистозе почек
	аутосомно-доминантном поликистозе почек
1	Тубулопатии
536	Почечный тубулярный ацидоз характеризуется
	кислой реакцией мочи
	кислой реакцией крови
	кислой реакцией мочи и крови
	кислой реакцией пота
537	При псевдогипоальдостеронизме концентрация альдостерона в крови
	ниже нормы
	выше нормы
	соответствует норме или незначительное повышение
	не имеет диагностического значения
538	Второе название псевдогипоальдостеронизма
	почечный несахарный диабет
	почечный солевой диабет
	фосфат-диабет
	сахарный диабет
539	Почечный несахарный диабет является следствием понижения чувствительности клеток эпителия собирательных трубочек к
	альдостерону
	вазопрессину
	паратгормону
	глюкагону

540	Синдром артериальной гипертензии при синдроме Лиддла обусловлен
	активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
	увеличением объема циркулирующей крови
	вазоконстрикцией сосудов
	ретенцией натрия
541	Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете колеблется в пределах
	1010-1011
	1003-1005
	1005-1011
	1011-1015
542	Причиной развития почечного солевого диабета является
	низкая чувствительность к альдостерону
	повышенная чувствительность к паратгормону
	сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону
	повышенная чувствительность к альдостерону
543	Основным принципом лечения почечного солевого диабета является введение
	вазопрессина
	натрия хлорида
	гипотиозида
	глюкозы
544	При болезни де Тони-Дебре-Фанкони отмечается
	снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
	нарушенное кишечное всасывание
	повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
	незрелость ферментов печени
545	При почечном несахарном диабете уровень антидиуретического гормона
	выше нормы
	ниже нормы
	не изменен

	в норме или незначительно повышен
546	При почечном тубулярном ацидозе выявляется
	нарушенное кишечное всасывание
	снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
	незрелость ферментов печени
	снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать рН мочи и ограничение транспорта ионов H
547	Клинические проявления разгара витамин D-дефицитного рахита напоминает
	витамин D-зависимый рахит
	витамин D-резистентный рахит
	болезнь де Тони-Дебре-Фанкони
	фосфат-диабет
548	При витамин D-зависимом рахите имеется нарушение реабсорбции кальция в
	проксимальных канальцах
	дистальных канальцах
	собирательных трубочках
	петле Генле
549	При витамин D-зависимом рахите имеется
	повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
	нарушение образования в почках 1,25-дигидроксиолекальциферола
	недостаточное поступление витамина D в организм ребенка
	снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
550	У мальчика в возрасте 1г 3мес появилась деформация ног, что характерно для
	синдрома Де Тони-Дебре-Фанкони
	D-зависимый рахит
	фосфат-диабет
	почечный канальцевый ацидоз 2 типа
551	Гипохлоремия наблюдается при

	синдроме Лиддла
	болезни Де Тони-Дебре-Фанкони
	почечном тубулярном ацидозе
	синдроме Барттера
552	Для лечения гипонатриемии при ПТА назначают
	верошпирон 1-3мг/кг
	гипотиазид 4мг/кг
	фуросемид 2мг/кг
	гипотиазид 1-2мг/кг
553	Для диагностики почечного несахарного диабета проводят пробу с
	фуросемидом
	верошпираном
	адиуретином
	преднизолоном
554	В лечении синдрома Лиддла используются следующие препараты
	гипотиазид 1-2 мг/кг
	каптоприл 0,5-1,5мг/кг
	верошпирон 1-2мг/кг
	гипотиазид 4-6мг/кг
	витамин D 2000 ед.
555	Гиперальдостеронизм наблюдается при
	Синдроме Лиддла
	Псевдогипоальдостеронизме
	синдроме Барттера
	проксимальном тубулярном ацидозе
	фосфат-диабете
556	Гиперпаратиреодизм наблюдается при
	фосфат-диабете
	проксимальном тубулярном ацидозе

	D-зависимом рахите
	синдроме Барттера
	несахарном диабете
557	Развитие полиурии на первом году жизни характерно для следующих заболеваний
	D-зависимого рахита
	несахарного диабета
	проксимального тубулярного ацидоза 1 типа
	проксимального тубулярного ацидоза 2 типа
	синдрома Лидлла
	болезнь Де Тони-Дебре-Фанкони
558	Развитие полиурии в раннем возрасте характерно для следующих заболеваний
	синдрома Барттера классического
	несахарного диабета
	проксимального тубулярного ацидоза 1 типа
	проксимального тубулярного ацидоза 2 типа
	болезни Де Тони-Дебре-Фанкони
559	Синдром Бартерра характеризуется
	гиперхлоремией
	гиперкалиемией
	Гипокалиемией
	гипокальциемией
	гипонатриемией
	Гипохлоремией
560	Почечный солевой диабет характеризуется
	гипонатриемией
	гипернатриемией
	гипокалиемией
	гиперкалиемией
	гиповолемией
	гиперволемией

561	Для почечного несахарного диабета характерны
	олигурия
	полиурия
	полидипсия
	рвота
	ожирение
	гипостенурия
562	Основой лечения почечного несахарного диабета является
	ограничение жидкости
	введение достаточного количества жидкости
	преднизолон
	лазикс
	гипотиазид
563	При рахитоподобных заболеваниях первые изменения в крови касаются уровня
	кальция
	калия
	фосфора
	щелочной фосфатазы
	магния
564	Вальгусная деформация конечностей отмечается при
	витамином D-зависимом рахите
	фосфат-диабете
	болезни де Тони-Дебре-Фанкони
	витамином D-дефицитном рахите
	почечном тубулярном ацидозе