

# Терапия, раздел нефрология

№1

Острый гломерулонефрит:

- всегда переходит в хронический гломерулонефрит
- характеризуется наличием лейкоцитурии
- часто стрептококковой этиологии
- возникает у лиц пожилого возраста

№2

При остром гломерулонефрите:

- обязательно развитие нефротического синдрома
- не возникает гематурии
- требуется длительное лечение цитостатиками
- характерно развитие отеков и гипертонии

№3

Остронефритический синдром:

- возникает только при остром гломерулонефрите
- возникает только при постстрептококковом гломерулонефрите
- характеризуется массивной протеинурией, гипоальбуминемией, массивными отеками
- характеризуется олигурией, протеинурией, гематурией, отеками и повышением артериального давления

№4

При каких заболеваниях нефротический синдром возникает чаще всего?

- при хроническом гломерулонефрите и хроническом пиелонефрите
- при остром гломерулонефрите и остром пиелонефрите
- при системной красной волчанке и синдроме Гудпасчера
- при хроническом гломерулонефрите и амилоидозе

№5

Характеристики диспротеинемии при нефротическом синдроме:

- гиперпротеинемия
- гипергаммаглобулинемия
- гипоальбуминемия
- наличие моноклонального иммуноглобулина

№6

Если у больного имеются протеинурия  $>3,5$  г/сут, диспротеинемия в виде гипоальбуминемии и массивные отеки, то у больного:

- острый гломерулонефрит
- хронический пиелонефрит
- острое почечное повреждение
- нефротический синдром

№7

Для классического нефротического синдрома не характерно развитие:

- массивной протеинурии
- гиперлипидемии
- отеков
- макрогематурии

№8

Для IgA-нефропатии характерно:

- синфарингитная макрогематурия
- нефротический синдром

- 3  стойкая артериальная гипертензия
- 4  морфологический вариант в виде мембранозной нефропатии

#### №9

Мембранозная нефропатия:

- 1  самая частая причина нефротического синдрома у взрослых
- 2  самая частая причина нефротического синдрома у детей
- 3  характеризуется морфологическими изменениями в виде уплотнения мембраны и пролиферации мезангия
- 4  приводит к развитию почечной недостаточности через 20-30 лет от момента установления диагноза

#### №10

При фокально-сегментарном гломерулосклерозе:

- 1  артериальная гипертензия выявляется у всех пациентов
- 2  рекомендуется лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и блокаторами рецепторов ангиотензина
- 3  нефротический синдром не развивается
- 4  прогноз в отношении развития почечной недостаточности благоприятный

#### №11

Болезнь минимальных изменений отличается от других хронических гломерулонефритов:

- 1  неблагоприятным прогнозом
- 2  отсутствием эффекта от применения кортикостероидов
- 3  наличием отложений иммуноглобулинов и комплемента в структурах нефрона
- 4  отсутствием отложений иммуноглобулинов и комплемента в структурах нефрона

#### №12

Хроническая болезнь почек:

- 1  подразделяется на 4 стадии
- 2  делится на стадии в зависимости от уровня креатинина сыворотки
- 3  делится на стадии в зависимости от скорости клубочковой фильтрации
- 4  делится на стадии в зависимости от уровня экскреции альбумина

#### №13

Какой уровень мочевого экскреции альбумина [альбумин (мг) / креатинин (г)] считается оптимальным:

- 1  <5
- 2  <10
- 3  <30
- 4  <300

#### №14

К факторам прогрессирования хронической болезни почек относится:

- 1  молодой возраст
- 2  женский пол
- 3  высокий уровень артериального давления
- 4  низкий уровень артериального давления

#### №15

Препараты выбора для коррекции артериальной гипертензии у больных с хронической болезнью почек:

- 1  блокаторы кальциевых каналов
- 2  блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- 3  петлевые диуретики
- 4  тиазидные диуретики

#### №16

Терминальная почечная недостаточность:

- 1  является 3-й стадией хронической болезни почек
- 2  является 5-й стадией хронической болезни почек
- 3  характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

- 4  характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации  $<5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

№17

Большинство пациентов с терминальной почечной недостаточностью:

- 1  пациенты с хроническим гломерулонефритом
- 2  пациенты с мочекаменной болезнью
- 3  пациенты с хроническим пиелонефритом
- 4  пациенты с сахарным диабетом и артериальной гипертензией

№18

При терминальной почечной недостаточности:

- 1  причиной анемии является внутриклеточный гемолиз
- 2  причиной анемии является дефицит фолиевой кислоты
- 3  геморрагический синдром связан с нарушением в системе тромбоцитарно-сосудистого гемостаза
- 4  геморрагический синдром связан с дефицитом VIII фактора свертывания

№19

Электролитные нарушения при терминальной почечной недостаточности:

- 1  гипокальциемия, гипокалиемия, гипернатриемия
- 2  гипокальциемия, гиперкалиемия, гипонатриемия
- 3  гиперкальциемия, гипокалиемия, гипонатриемия
- 4  гиперкальциемия, гиперкалиемия, гипернатриемия

№20

Принятие решения о начале диализного лечения при хронической болезни почек основывается на:

- 1  наличии клинических проявлений уремии при снижении скорости клубочковой фильтрации  $<15$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- 2  выявлении 4-й стадии хронической болезни почек
- 3  снижении скорости клубочковой фильтрации  $<5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- 4  появлении электролитных нарушений у пациентов с хронической болезнью почек 4-5-й стадий

№21

Острое повреждение почек диагностируется:

- 1  при нарастании уровня креатинина  $>3$  раза от исходного в течение 7 дней
- 2  при нарастании уровня креатинина  $>26,5$  мкмоль/л в течение 48 ч
- 3  при наличии анурии
- 4  при отсутствии хронической болезни почек

№22

Острое повреждение почек:

- 1  возникает только у пациентов с предшествующей хронической болезнью почек
- 2  может быть обусловлено гипоперфузией почек
- 3  всегда сопровождается олигоанурией
- 4  чаще всего связано с острым интерстициальным нефритом

№23

Контрастиндуцированная нефропатия:

- 1  редко встречающееся патологическое состояние
- 2  смертельное осложнение внутрисосудистого введения рентгенконтрастных препаратов
- 3  один из вариантов острого повреждения почек
- 4  чаще всего возникает у пациентов с диабетической нефропатией

№24

В большинстве случаев причиной хронического тубулоинтерстициального нефрита является:

- 1  генетическая предрасположенность
- 2  иммунокомплексная патология
- 3  наличие антител к базальной мембране
- 4  лечение нестероидными противовоспалительными средствами и анальгетиками

№25

Мочевой синдром при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите характеризуется:

- 1  массивной неселективной протеинурией
- 2  бактериурией
- 3  высоким содержанием солей
- 4  гематурией и невысокой протеинурией

№26

Если у больного с длительно текущим остеомиелитом появляется нефротический синдром, то следует думать о:

- 1  первичном амилоидозе
- 2  вторичном амилоидозе
- 3  хроническом пиелонефрите
- 4  хроническом гломерулонефрите

№27

Наиболее информативным методом диагностики амилоидоза является:

- 1  определение белка Бенс-Джонса
- 2  биопсия
- 3  УЗИ почек
- 4  компьютерная томография почек

№28

Для лечения вторичного амилоидоза с поражением почек используют:

- 1  цитостатики
- 2  циклоспорин
- 3  колхицин
- 4  блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

№29

Хронический пиелонефрит:

- 1  всегда является следствием острого пиелонефрита
- 2  часто возникает у пациентов с нарушениями оттока мочи
- 3  в 6 раз чаще встречается у мужчин
- 4  не приводит к возникновению терминальной почечной недостаточности

№30

При гипернефроидном раке почки:

- 1  классической триадой симптомов являются пальпируемая опухоль, боль и протеинурия
- 2  классической триадой симптомов являются пальпируемая опухоль, боль и гематурия
- 3  наибольшей диагностической ценностью обладает УЗИ почек
- 4  у всех пациентов возникает анемия

№31

Острое повреждение почек — это:

- 1  быстрое развитие нарушения функции почек в результате
- 2  непосредственного воздействия экстраренальных повреждающих факторов
- 3  патологическое состояние, характеризующееся быстрым развитием нарушения функции почек в результате непосредственного острого воздействия ренальных повреждающих факторов
- 4  более 3 месяцев подряд в результате постоянного воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов
- 5  патологическое состояние, характеризующееся появлением признаков повреждения почек в период от 7 до 90 дней после острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов

№32

Острое почечное повреждение наиболее часто является

- 1  осложнением:
- 2  сепсиса
- 3  пневмонии
- 4  хронической болезни почек

- 5  острой хирургической патологии  
6  острого цистита

#### №33

Клинические синдромы гипоперфузии почек:

- 1  гиповолемический синдром  
2  острый ишемический тубулярный некроз  
3  синдром интраабдоминальной гипертензии  
4  острый тубулоинтерстициальный нефритический синдром

#### №34

Абсолютные показания к проведению заместительной почечной терапии больным с острым повреждением почек:

- 1  жизнеугрожающая и рефрактерная к медикаментозной терапии гипергидратация  
2  гиперкалиемия (>6,5 ммоль/л)  
3  клинические проявления уремической интоксикации  
4  тяжелый метаболический ацидоз (pH <7,1)  
5  Гипогидратация

#### №35

Для диагностики нефротического синдрома обязательно наличие:

- 1  гипоальбуминемии  
2  протеинурии  
3  липидурии  
4  гиперлипидемии

#### №36

При селективной протеинурии в моче обнаруживают:

- 1  альбумин  
2  лизоцим  
3  фибриноген  
4  церулоплазмин

#### №37

Для нефротического синдрома характерны:

- 1  активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы  
2  увеличение образования антидиуретического гормона  
3  увеличение образования натрийуретических пептидов  
4  увеличение объема циркулирующей плазмы

#### №38

Нефротический синдром может быть следствием вторичного амилоидоза почек при:

- 1  болезни Ходжкина  
2  ревматоидном артрите  
3  сахарном диабете  
4  болезни Хортона

#### №39

Для нефротического криза характерны:

- 1  абдоминальный болевой синдром  
2  гиповолемический шок  
3  мигрирующие рожеподобные эритемы  
4  отек легких

#### №40

Характерные признаки острого постстрептококкового гломерулонефрита:

- 1  диффузный пролиферативный гломерулонефрит  
2  повышение в крови уровня антистрептолизина-О  
3  снижение в крови уровня антистрептолизина-О

4  мезангиокапиллярный гломерулонефрит

№41

Морфологические отклонения при болезни минимальных изменений:

- 1  диффузное слияние ножковых отростков подоцитов
- 2  не определяются при световой микроскопии (только электронной)
- 3  отложение АА-амилоида
- 4  отложение АБ-амилоида

№42

Болезнь Берже характеризуется:

- 1  ассоциацией с хроническим тонзиллитом/фарингитом
- 2  благоприятным течением и прогнозом
- 3  массивной протеинурией с развитием нефротического синдрома
- 4  развитием терминальной почечной недостаточности в первые 5 лет

№43

Клинические формы хронического гломерулонефрита:

- 1  гематурическая
- 2  нефротический синдром
- 3  фиброзно-мышечная дисплазия
- 4  амилоидоз почек

№44

По течению тубулоинтерстициальный нефрит подразделяют на:

- 1  острый
- 2  хронический
- 3  быстро прогрессирующий
- 4  подострый

№45

К компонентам нефротического синдрома относятся:

- 1  массивная протеинурия (>3,5 г/сут)
- 2  отеки
- 3  тенденция к гипогликемии
- 4  повышение уровня общего белка

№46

Морфологически выделяют следующие типы амилоидоза:

- 1  AL-амилоидоз
- 2  AA-амилоидоз
- 3  MB-амилоидоз
- 4  XY-амилоидоз

№47

В отношении амилоидоза сердца верно следующее:

- 1  как правило, это AL-амилоидоз
- 2  характерна рефрактерная хроническая сердечная недостаточность
- 3  как правило, это AA-амилоидоз
- 4  характерно бессимптомное течение с благоприятным прогнозом

№48

Для нефротического синдрома характерно:

- 1  снижение уровня общего белка
- 2  дислипидемия
- 3  повышение уровня антистрептолизина-О
- 4  повышение уровня общего белка

№49

Нефротический синдром часто развивается при:

- 1  хроническом гломерулонефрите
- 2  паранеопластическом синдроме
- 3  диабетической нефропатии
- 4  остром гломерулонефрите

№50

Основными маркерами повреждения почек являются:

- 1  стойкие изменения в осадке мочи
- 2  стойкое снижение клубочковой фильтрации  $<60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>
- 3  преходящие изменения в осадке мочи
- 4  стойкое снижение клубочковой фильтрации до 65-70 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>