

Терапия, раздел нефрология

№1

Острый гломерулонефрит:

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

№2

При остром гломерулонефрите:

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

№3

Остронефритический синдром:

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

№4

При каких заболеваниях нефротический синдром возникает чаще всего?

- 1 при хроническом гломерулонефрите и хроническом пиелонефрите
- 2 при остром гломерулонефрите и остром пиелонефрите
- 3 при системной красной волчанке и синдроме Гудпасчера
- 4 при хроническом гломерулонефрите и амилоидозе

№5

Характеристики диспротеинемии при нефротическом синдроме:

- 1 гиперпротеинемия
- 2 гипергаммаглобулинемия
- 3 гипоальбуминемия
- 4 наличие моноклонального иммуноглобулина

№6

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

- 1 острый гломерулонефрит
- 2 хронический пиелонефрит
- 3 острое почечное повреждение
- 4 нефротический синдром

№7

Для классического нефротического синдрома не характерно развитие:

- 1 массивной протеинурии
- 2 гиперлипидемии
- 3 отеков
- 4 макрогематурии

№8

Для IgA-нефропатии характерно:

- 1 синфарингитная макрогематурия
- 2 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 м²

- 4 характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации <5 мл/мин/1,73 м²

№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 м²
- 2 выявлении 4-й стадии хронической болезни почек
- 3 снижении скорости клубочковой фильтрации <5 мл/мин/1,73 м²
- 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 непосредственного воздействия экстраренальных повреждающих факторов
- 2 патологическое состояние, характеризующееся быстрым развитием нарушения функции почек в результате непосредственного острого воздействия ренальных повреждающих факторов
- 3 патологическое состояние, характеризующееся наличием признаков повреждения почек длительностью более 3 месяцев подряд в результате постоянного воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов
- 4 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 осложнением:

- 1 сепсиса
- 2 пневмонии
- 3 хронической болезни почек
- 4 острой хирургической патологии

5 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 м²
- 3 преходящие изменения в осадке мочи
- 4 стойкое снижение клубочковой фильтрации до 65-70 мл/мин/1,73 м²