

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов

На современном этапе выделяют стадий хронической болезни почек:

- а 3
- б 5
- в 2
- г 1
- д 7

Показаниями к амбулаторной консультации нефролога являются:

- а Протеинурия/альбуминурия
- б Гематурия
- в Снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин, или повышение выше нормы уровне креатинина или мочевины крови
- г Артериальная гипертензия (впервые выявленная в возрасте младше 40 или старше 60 лет или резистентная к лечению)
- д Верно все

Перечислите показания к госпитализации в нефрологический стационар.

- а Олигурия, анурия
- б Быстро прогрессирующее снижение функции почек
- в Впервые выявленное снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин, или повышение уровня креатинина выше 250 мкмоль/л для мужчин и более 200 мкмоль/л для женщин
- г Нефротический синдром
- д Верно все

Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

- а Полностью
- б Частично
- в Не фильтруются
- г Полностью фильтруется только глюкоза

- д Полностью фильтруется только креатинин

Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

- а Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.
- б Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
- в Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- г Снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.
- д Ни один из перечисленных факторов

Маркерами поражения почек, позволяющими диагностировать хронической болезни почек являются:

- а Стойкие изменения в анализах мочи;
- б Изменения в почках при визуализирующих исследованиях;
- в Изменения биохимических показателей крови;
- г Стойкое снижение уровня клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1.73 м².
- д Все ответы верны

Какой уровень альбуминурии по современной международной классификации считают «оптимальным»:

- а < 30 мг/сут
- б < 10 мг/сут
- в 30-300 мг/сут
- г >300 мг/сут
- д 300 мг/сут

Гиперфильтрация представляет собой:

- а Адаптационный механизм в условиях снижения количества функционирующих нефронов
- б Независимый фактор прогрессирования нефропатии

- в Истощение почечного функционального резерва
- г Все выше перечисленное
- д Ничего из выше перечисленного

Укажите одно из вышеперечисленных заболеваний, которое является наименее вероятной причиной нефротического синдрома.

- а Гломерулонефрит
- б Поликистоз почек
- в Тромбоз почечных вен
- г Волчаночный нефрит
- д Диабетическая нефропатия

Причиной остронефритического синдрома могут быть:

- а Острый гломерулонефрит (постстрептококковый, сывороточный)
- б Другие гломерулонефриты, связанные с инфекцией
- в Хронический гломерулонефрит
- г Системные заболевания (системные васкулиты, синдром Гудпасчера)
- д Все перечисленные варианты верны

Главное патофизиологическое звено нефротического криза:

- а Гиперкалиемия
- б Гипернатриемия
- в Гиповолемия, снижение объема циркулирующей крови
- г Надпочечниковая недостаточность
- д Гипокальциемия

Лабораторные признаки нефротического криза:

- а Гиперурикемия
- б Гиперкалиемия
- в Гиперпротеинемия
- г Гипоальбуминемия
- д Гиперальбуминемия

Основной клинический признак нефротического синдрома:

- а Повышение артериального давления

- б Сердцебиение
- в Отеки
- г Олигурия
- д Макрогематурия

Важнейшим для диагностики нефротического синдрома является следующий показатель:

- а Отеки
- б Альбумин сыворотки ниже 30 г/л
- в Гиперхолестеринемия
- г Гиперкоагуляция
- д Анемия

Гломерулонефрит может манифестировать:

- а Остронефритическим синдромом
- б Нефротическим синдромом
- в Изолированной микрогематурией
- г Персистирующей бессимптомной протеинурией с или без гематурией
- д Всеми перечисленными синдромами

Выделите из перечисленных вариантов гломерулонефрита такой, для которого наименее характерна микрогематурия.

- а Липоидный нефроз
- б Мембранозный нефрит
- в Мезангиопролиферативный нефрит
- г Мезангиокапиллярный нефрит
- д Волчаночный нефрит

Нехарактерным для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз) является следующий признак:

- а Селективная протеинурия
- б Преимущественное развитие у детей
- в Артериальная гипертония
- г Внезапное начало
- д Хороший прогноз

Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:

- а Мембранозный нефрит
- б Мезангиокапиллярный нефрит
- в Формирование полулуний
- г Фокально-сегментарный гломерулосклероз
- д Ни одна из перечисленных морфологических форм

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит не встречается при:

- а Системной красной волчанке
- б Эссенциальной криоглобулинемии
- в Инфекционном эндокардите
- г Болезни минимальных изменений
- д Болезни Шенлейн-Геноха

В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

- а Нефрите при ANCA-ассоциированных васкулитах
- б Активном волчаночном нефрите
- в Хроническом гломерулонефрите нефротического типа
- г Быстро прогрессирующем нефрите
- д При всех перечисленных заболеваниях

Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения хронического гломерулонефрита нефротического типа

- а 0,3 - 0,4 мг
- б 0,5 - 0,6 мг
- в 0,7 - 0,8 мг
- г 1 мг
- д 3 мг

Терапия стероидами показана при следующих состояниях:

- а Хронический гломерулонефрит гипертонического типа
- б Хронический гломерулонефрит латентного типа

- в Амилоидоз с поражением почек
- г Активный волчаночный нефрит
- д Терминальный нефрит

В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

- а Узелковом периартериите с поражением почек
- б Активном волчаночном нефрите
- в Хроническом гломерулонефрите нефротического типа
- г Быстро прогрессирующем нефрите
- д При всех перечисленных заболеваниях

Не является показанием для назначения иммуносупрессивной терапии у больных IgA-нефропатией:

- а Морфологические признаки активности болезни
- б Умеренное снижение функции почек
- в Протеинурия более 3 г/сут
- г Изолированная гематурия
- д Все перечисленное

Препараты, используемые для лечения мезангиокапиллярного гломерулонефрита при HCV-ассоциированной криоглобулинемии:

- а Глюкокортикостероиды
- б Циклофосфамид
- в Пегилированные интерфероны
- г Ритуксимаб
- д Верно все

Осложнениями поликистоза почек являются:

- а Кровотечение в кисты или ретроперитонеальное пространство
- б Инфицирование кист
- в Образование камней в почках
- г Полицитемия
- д Все перечисленное верно

Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:

- а Мезангиокапиллярный нефрит
- б Фокально-сегментарный гломерулонефрит
- в Мембранозный нефрит
- г Интерстициальный нефрит
- д Мезангиопролиферативный нефрит

Больному с подагрической нефропатией рекомендуется:

- а Обильное питье
- б Прием ощелачивающих средств
- в Диета с исключением пуринов
- г Все перечисленное
- д Ни одно из перечисленных мероприятий.

Назовите заболевание почек, при котором артериальная гипертония встречается относительно редко:

- а Диабетическая нефропатия
- б Амилоидоз почек
- в IgA-нефропатия
- г Волчаночный нефрит
- д Склеродермическая нефропатия

Тромботическая микроангиопатия представляет собой клинико-морфологический синдром, который проявляется:

- а Микроангиопатическая гемолитическая анемия
- б Тромбоцитопения
- в Повышение уровня лактатдегидрогеназы
- г Поражение микроциркуляторного русла ЦНС и почек
- д Верно все

Нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом – это:

- а Хроническая тромботическая микроангиопатия с рецидивами острых тромбозов сосудов микроциркуляторного русла почек (острой тромботической микроангиопатия)
- б Иммунокомплексный нефрит, обусловленный воздействием антител к фосфолипидам
- в Острый канальцевый некроз, вызванный тромбозом мелких внутривисочечных сосудов
- г Инфаркт почки
- д Все вышеперечисленное

Больным с рецидивирующим течением атипичного гемолитикоуремического синдрома или атипичного гемолитикоуремического синдрома, резистентным к лечению свежзамороженной плазмой, показано лечение:

- а Циклофосфамидом в сверхвысоких дозах внутривенно
- б Ритуксимабом
- в Препаратами микофеноловой кислоты
- г Экулизумабом
- д Метотрексатом

Острый тромбоз почечных вен проявляется:

- а Болями в поясничной области
- б Олигурией
- в Нарушением функции почек
- г Гематурией
- д Верно все

Нецелесообразно при гипертонической гипергидратации у пациентов с острым почечным повреждением:

- а Применение раствора сернокислой магнезии внутрь с целью диареи
- б Введение лазикса

- в Лечение перитонеальным диализом
- г Лечение гемофильтрацией
- д Продолжение инфузионной терапии

Нецелесообразно при гипохлоремическом алкалозе у пациентов с острым почечным повреждением:

- а Отмена салуретиков
- б Применять внутрь или вводить в/в 1-2% раствор калия хлорида
- в Применять внутрь или вводить в/в 0,05-0,1 N раствор соляной кислоты
- г Вводить в/в 0,9% раствора хлорида натрия
- д Принимать слабительные, энтеросорбенты

Нецелесообразно при гепаторенальном синдроме:

- а Вводить аналоги вазопрессина
- б Вводить альбумин
- в Альбуминовый диализ
- г Применять салуретики
- д Имплантировать трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный стент

При лечении острой почечной недостаточности при тромботической микроангиопатии вследствие типичного гемолитикоуремического синдрома и тромботической тромбоцитарной пурпуры противопоказаны:

- а Инфузия свежесзамороженной плазмы
- б Плазмаферез
- в Ритуксимаб
- г Антибиотики
- д Нейтрализующие антитела к тромбину

В дебюте постренальной острой почечной недостаточности вследствие двустороннего нефролитиаза противопоказаны:

- а Спазмолитики
- б Антибиотики
- в Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
- г Стентирование мочеточников
- д Нефростомия

Отметьте наилучший вид постоянного сосудистого доступа для проведения процедур гемодиализа.

- а Искусственный артериовенозный протез
- б Артериовенозная фистула
- в Двухходовой центральный венозный катетер
- г Одноходовой центральный венозный катетер
- д Артериовенозный шунт (шунт Скрибнера)

Нехарактерный для острого почечного повреждения симптом:

- а Острое начало
- б Олигурия
- в Уменьшенные размеры почек
- г Гиперкалиемия
- д Коллапс

Для поддержания белкового баланса на фоне ограничения потребления белка назначают:

- а Диуретики
- б Незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги
- в Антигипертензивные препараты
- г Статины
- д Энтеросорбенты

Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

- а Острый вирусный гепатит
- б Острая бактериальная пневмония
- в Сердечно-сосудистые заболевания
- г Онкологические заболевания

д Диализный амилоидоз

Показания к началу заместительной почечной терапии:

- а Снижение скорости клубочковой фильтрации менее 10 мл/мин
- б Гиперкалиемия
- в Уремическая прекома
- г Гипергидратация с неконтролируемой гипертензией с признаками хронической сердечной недостаточности, начинающегося отека легких.
- д Верно все

Показавания к диализной терапии при острой почечной недостаточности:

- а Ренальная острая почечная недостаточность с гиперкатаболизмом
- б Концентрация креатинина крови более 8 мг/дл
- в Анурия с гипергидратацией
- г Уремическая энцефалопатия
- д Верно все

Для иммуносупрессии при аллотрансплантации почки применяют:

- а Такролимус
- б Микофеноловая кислота
- в Циклоспорин
- г Преднизолон
- д Все выше перечисленное

Основной механизм развития ренальной анемии, все кроме

- а Дефицит эритропоэтина
- б Влияние уремических токсинов
- в Метаболический ацидоз
- г Хроническая кровопотеря на гемодиализе
- д Дефицит витамина В-12

Целевой уровень гемоглобина у больных на гемодиализе:

- а 100-110
- б 90-100

- в 110-120
- г 120-130
- д 130-140

**Больным с нарушенной функцией почек
рекомендуемое суточное потребление
белка (г/кг массы тела) составляет:**

- а 0,2-0,3
- б 0,3-0,5г
- в 0,6-0,8
- г 0,8-1,1
- д 1,1-1,2

Осложнения на перитонеальном диализе:

- а Перитонит
- б Туннельные инфекции
- в Кальцификация брюшины
- г Сердечно-сосудистые осложнения

- д Все выше перечисленное

Хронические заболевания почек:

- а Число пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, в мире неуклонно возрастает
- б Одной из причин непрерывного увеличения количества пациентов с терминальной хронической почечной недостаточности является общий научно-технический прогресс в целом и медицинской науки в частности
- в Возможности современного диализа все еще не позволяют использовать его у пациентов с сосудистыми поражениями почек и распространенным атеросклерозом
- г Ятрогенные поражения почек не влияют на увеличение нефрологической заболеваемости
- д В мире возрастает количество пациентов с диабетической нефропатией

**Тубулоинтерстициальные поражения
почек по своей природе могут быть:**

- а Лекарственными
- б Инфекционно-опосредованными
- в Ассоциированными с тяжелыми гломерулопатиями
- г Метаболическими
- д Связанными с артериовенозными малформациями

Обязательному обследованию на предмет выявления хронической болезни почек подлежат лица, страдающие:

- а Артериальной гипертензией
- б Анемией
- в Сердечной недостаточностью
- г Хроническая обструктивная болезнь легких
- д Сахарным диабетом

Риск хронического поражения почек возрастает при длительном использовании:

- а Антибиотиков
- б Нестероидных противовоспалительных препаратов
- в Ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- г Анальгетиков
- д Химиотерапевтических препаратов

При нефротическом синдроме следует дифференцировать:

- а Гломерулонефриты
- б Амилоидоз
- в Тромбоз почечной вены
- г Тромботическую микроангиопатию
- д Диабетический гломерулосклероз

Для диагностики амилоидоза имеют значение:

- а Наличие выраженной протеинурии
- б Картина упорной гипотонии
- в Данные стеральной пункции/трепанобиопсии
- г Наличие почечной недостаточности

- д Биопсия почки (или слизистой десны/подкожной жировой складки передней брюшной стенки)

Поражения почек при плазмноклеточных дискразиях включают:

- а Цилиндр нефропатию
- б Амилоидоз
- в Болезнь отложения легких цепей
- г Иммунотактоидный гломерулонефрит
- д Мембранозную нефропатию

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит встречается при:

- а Системной красной волчанке
- б Эссенциальной криоглобулинемии
- в Инфекционном эндокардите
- г Болезни отложения легких цепей
- д Болезни Геноха-Шенлейна

Цитостатические препараты показаны при:

- а Узелковом периартериите с поражением почек
- б Активном волчаночном нефрите
- в Мембранозной нефропатии
- г Быстропрогрессирующем нефрите
- д При IgA нефропатии

Побочные действия цитостатиков:

- а Лейкопения
- б Агранулоцитоз
- в Инфекции
- г Олиго-азооспермия
- д Сахарный диабет

Возможные причины смерти пациентов с тяжелым нефротическим синдромом и сохранной функцией почек:

- а Гиповолемический шок
- б Тромбозы и эмболии
- в Инфекционные осложнения
- г Острая сердечная недостаточность
- д Все перечисленные причины

Варианты паранеопластического поражения почек:

- а Амилоидоз
- б Мембранозная нефропатия
- в Нефроангиосклероз
- г Острая мочекишечная блокада почек
- д Гидронефроз

Отличительные особенности паранеопластических нефропатий:

- а Морфологической основой чаще всего является мембранозные нефропатии
- б Может протекать с бессимптомной протеинурией
- в Характерен рефрактерный к терапии нефротический синдром
- г Возможна ремиссия при успешном лечении опухоли
- д Протекает с рецидивирующей макрогематурией

Наиболее часто амилоидоз почек развивается при

- а Миеломной болезни
- б Ревматоидном артрите
- в Болезни Бехтерева
- г Псориастическом артрите
- д Узелковом периартериите

У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:

- а Наследственный нефрит
- б Периодическая болезнь
- в Системная красная волчанка
- г Хронический гломерулонефрит
- д Хронический панкреатит

59-летняя пациентка жалуется на нарастающую слабость и боли в позвоночнике. Уровень гемоглобина крови 65 г/л, протеинурия 22,0 г в сутки, уровень креатинина крови 190 мкмоль/л, уровень альбумина сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятен диагноз

- а Неустановленный ранее хронический гломерулонефрит в стадии хронической почечной недостаточности
- б Миеломная болезнь с развитием цилиндр-нефропатии
- в AL- амилоидоз с поражением почек
- г Мембранозная нефропатия
- д Болезнь минимальных изменений

Для миеломной почки (цилиндр-нефропатии) характерны:

- а Выраженная протеинурия (до уровня нефротической)
- б Выраженная протеинурия в сочетании с гематурией
- в Ренальная глюкозурия
- г Артериальная гипертензия
- д Гиперкальциемия

Тромботическая микроангиопатия может быть проявлением:

- а Гемолитико-уремического синдрома
- б Тромботической тромбоцитопенической пурпуры
- в Артериальной гипертонии
- г AL- амилоидоза почек
- д Миеломной почки

Ингибиторы ангиотензин-конвертирующего фермента могут вызывать

- а Преренальную острую почечную недостаточность
- б Ренальную острую почечную недостаточность
- в Гипонатриемию
- г Необратимую почечную недостаточность

д Гиперкалиемию

Основным клиническим признаком поражения почек при нефропатии беременных является:

- а Гематурия
- б Протеинурия
- в Гиперпротеинемия
- г Лейкоцитурия
- д Отеки

Какая группа антигипертензивных средств абсолютно противопоказана при беременности:

- а Бета-адреноблокаторы
- б Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- в Диуретики
- г Блокаторы медленных кальцевых каналов
- д Все перечисленные группы

У больных с первичным и вторичным антифосфолипидным синдромом поражение почек может быть представлено:

- а Антифосфолипидный синдром-ассоциированной нефропатией
- б Тромбозом почечных вен
- в Стенозом почечных артерий
- г Инфарктом почек
- д Всем вышеперечисленным

Перечислите клинико-лабораторные признаки туберкулеза почек:

- а Асептическая лейкоцитурия
- б Стойко кислая рН мочи
- в Гигантские клетки Пирогова –Ланганса при биопсии слизистой мочевого пузыря
- г Округлые, эхонегативные образования, окруженные плотной капсулой с неоднородным содержимым, кальцификатами
- д Все перечисленные

Хронические заболевания почек:

- а Классификация заболеваний почек основана на выделении групп болезней, объединяемых по принципу поражения определенных структур ткани почек
- б Хронический пиелонефрит является тубуло-интерстициальным нефритом, вызванным бактериальной инфекцией
- в Хронический пиелонефрит - одна из наиболее частых причин терминальной хронической почечной недостаточности
- г Среди причин терминальной хронической почечной недостаточности в мире одно из главных мест принадлежит диабетической нефропатии
- д Сосудистые поражения почек не играют значимой роли в структуре терминальной хронической почечной недостаточности

Гломерулярные заболевания почек включают:

- а Гломерулонефриты
- б Поражения почек при метаболическом синдроме
- в Аналгетическую нефропатию
- г Диабетическую нефропатию
- д Гипертонический нефроангиосклероз

Хроническая болезнь почек констатируется при:

- а Изолированной лейкоцитурии
- б Изолированной артериальной гипертензии и уровне клубочковой фильтрации от 60 до 90 мл/мин.
- в Снижении клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин, независимо от наличия/отсутствия мочевого синдрома и артериальной гипертензии
- г Микроальбуминурии у пациента с артериальной гипертензией

- д Нормальном уровне клубочковой фильтрации и выявлении мочевого синдрома

Факторы риска хронической болезни почек:

- а Распространенный атеросклероз
- б Гипердислипидемия
- в Сахарный диабет
- г Бедность
- д Алкоголизм

Факторы риска хронической болезни почек :

- а Ожирение
- б Наркомания
- в Курение
- г Физические перегрузки
- д Возраст до 55 лет

Скрининг болезней почек следует проводить в группах населения:

- а Школьники старших классов
- б Дети дошкольного возраста
- в Лица старше 60 лет
- г Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- д Группы пациентов с артрозами, дорсопатиями

Обязательные исследования, необходимые для выявления хронической болезни почек:

- а Ультразвуковое исследование почек
- б Экскреторная урография
- в Пункционная биопсия почки
- г Общий анализ мочи
- д Определение концентрации креатинина в плазме крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации

Функции почек в организме:

- а Поддержание постоянства концентрации осмотически активных веществ в крови и других жидкостях организма (осморегуляция)
- б Регуляция объема крови и внеклеточной жидкости (волюмрегуляция)
- в Экскреция конечных продуктов азотистого обмена, чужеродных и ряда органических веществ
- г Регуляция постоянства концентрации водородных ионов во внеклеточной жидкости
- д Регуляция парциального давления кислорода в крови

Почки осуществляют регуляцию:

- а Гомеостаза
- б Уровня гликемии
- в Уровня триглицеридемии
- г Запасов железа в организме
- д Обмена кальция и фосфора в организме

Пациент 50 лет, страдает хронической болезнью почек в течение 20 лет. Вес 80 кг, креатинин плазмы крови 650 мкмоль/л. Предложить наиболее рациональную тактику ведения пациента.

- а Патогенетическая терапия
- б Нефропротекция
- в Патогенетическая терапия + нефропротекция
- г Симптоматическая терапия и подготовка к заместительной почечной терапии
- д Немедленный гемодиализ

Пациент 29 лет. Патология в анализах мочи диагностирована 6 мес. назад, заболевание протекает с артериальной гипертонией, усмеренной протеинурией и «активным» мочевым осадком. Креатинин крови 350 мкмоль/л. Вес 75 кг. Определить тактику ведения.

- а Ограничиться назначением нефропротекции и симптоматической терапии
- б Выполнить ультразвуковое исследование почек
- в Выполнить биопсию почек и решить вопрос о патогенетической терапии
- г Назначить симптоматическую терапию и начать подготовку к заместительной почечной терапии
- д Начать гемодиализ

Пациентка 69 лет, страдает хронической болезнью почек в течение 40 лет. Вес 64 кг, креатинин крови 230 мкмоль/л. Определить стадию хронической болезни почек и предложить наиболее рациональную тактику ведения пациента.

- а Патогенетическая терапия
- б Только нефропротекция + симптоматическая терапия
- в Нефропротекция + диагностика и коррекция гиперпаратиреоза и анемии
- г Симптоматическая терапия только
- д Только подготовка к заместительной почечной терапии (наложение артерио-венозной фистулы)

Основная структурно-функциональная единица почки:

- а Капиллярный клубочек
- б Нефрон
- в Почечная пирамида
- г Чашечно-лоханочная система

д Сосудистая система и интерстиций почек

Стадии хронической болезни почек определяются по:

- а Уровню протеинурии и артериального давления
- б Величине скорости клубочковой фильтрации как интегрального показателя почечной функции
- в Способности почки к осмотическому концентрированию мочи
- г Наличие/ отсутствию полиурии
- д Наличие/ отсутствию никтурии

При интегральной оценке функции почек признается, что :

- а В качестве интегрального показателя функции почек может использоваться показатель только такой функции, величина которой зависит исключительно от числа функционирующих нефронов, но не от состояния этой функции в нефроне
- б Клубочковая фильтрация при хронической болезни почек в действующих нефронах не снижается, и ее показатель зависит только от числа действующих нефронов
- в Для оценки числа функционирующих нефронов может использоваться не только определение клубочковой фильтрации, но и измерение способности к осмотическому концентрированию мочи
- г Оценка почечного кровотока в равной мере, как и показатель КФ, отражает степень сохранности/снижения массы действующих нефронов
- д Ренографическая кривая позволяет оценить степень сохранности/снижения массы действующих нефронов

При оценке величины клубочковой фильтрации справедливы следующие положения :

- а Клубочковая фильтрация может быть определена по клиренсу веществ, выделяющихся только посредством клубочковой фильтрации
- б Для определения клубочковой фильтрации может измеряться клиренс веществ, выделяющихся как посредством клубочковой фильтрации, так и канальцевой секреции и/или реабсорбции
- в Наиболее точно клубочковая фильтрация может быть определена по клиренсу инулина или клиренсу ряда радиофармпрепаратов
- г Измерение суточного клиренса креатинина со сбором суточной мочи позволяет надежно оценить величину клубочковой фильтрации
- д Определение клиренса цистатина С точнее, чем клиренс креатинина, характеризует величину клубочковой фильтрации

Щеточная кайма в нефроне имеется в:

- а Проксимальном канальце
- б Петле Генле
- в Дистальном извитом канальце
- г Связующем отделе
- д Собирательной трубке

Экскреция важнейших электролитов почками зависит только от :

- а Клубочковой фильтрации
- б Уровня канальцевой секреции
- в Величины канальцевой реабсорбции
- г Соотношения процессов клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и секреции
- д Концентрации электролитов в сыворотке крови

Реабсорбция профильтрованного белка осуществляется в:

- а Проксимальном канальце
- б Петле Генле
- в Дистальном канальце
- г Собирательной трубчатке
- д На всем протяжении нефрона

Клубочковый фильтр :

- а Нормально фильтрует молекулы массой более 60 000 дальтон
- б Полианионные гликопротеины могут задерживать альбумин
- в Является трехслойным
- г Имеет отрицательный заряд
- д Щелевая диафрагма образуется подоцитами и играет главную роль в пассаже сывороточных белков через клубочковый фильтр

Постановки наиболее информативным методом диагностики гломерулонефрита является:

- а Экскреторная урография
- б Ультразвуковое исследование
- в Биопсия почки
- г Радионуклидная реносцинтиграфия
- д Количественная и качественная оценка протеинурии

Современная классификация гломерулонефритов основана на:

- а Преимущественно на морфологических данных
- б На оценке характера патологии клубочков
- в На данных о течении и клинической картине болезни
- г Оценке величины и типа протеинурии
- д Присутствию / отсутствию артериальной гипертензии

Нефротический синдром :

- а Характерен для гломерулярных поражений почек

- б Не может сопровождаться гематурией
- в Может быть проявлением лимфоклеточных дискразий
- г Обязательно сопровождается отёками
- д Пункционная биопсия обязательна во всех случаях, как у взрослых, так и у детей.

Понятие "нефротический синдром" включает :

- а Суточную экскрецию белка с мочой от 1,0 до 3,0 г.
- б Гипо-диспротеинемию
- в Суточную потерю белка 3,0 г и более
- г Гиперлипидемию
- д Снижение функции почек

Нефротический синдром развивается при следующих заболеваниях почек:

- а С иммунно-комплексным механизмом развития
- б С антительным механизмом развития
- в Гипертонической природы
- г Метаболической природы
- д При лекарственных поражениях

Для выяснения природы нефротического наиболее важное значение имеют:

- а Изучение анамнеза
- б Иммунохимическое исследование белков крови и мочи
- в Выполнение биопсии почки
- г Стернальная пункция/трепанобиопсия
- д Ультразвуковое исследование

Для острого нефритического синдрома характерно :

- а Отёки
- б Протеинурия в сочетании с микро (макро) гематурией
- в Изолированная протеинурия
- г Гиперхолестеринемия

д Артериальная гипертензия

Канальцевая реабсорбция натрия и воды:

- а В проксимальном извитом канальце происходит в изоосмотическом соотношении
- б В толстом восходящем колене петли Генле реабсорбция натрия происходит без сопутствующей реабсорбции воды (отдел непроницаем для воды)
- в В дистальном извитом канальце реабсорбция натрия стимулируется альдостероном
- г В собирательных трубочках транспорт воды регулируется вазопрессином
- д Реабсорбция воды не зависит от канальцевого транспорта натрия в нефроне

Основные факторы, определяющие работу противоточно-множительного механизма:

- а Клубочковая фильтрация
- б Проксимальная реабсорбция натрия
- в Активный транспорт хлорида натрия в восходящем колене петли Генле
- г Способность собирательных трубок изменять проницаемость для воды под воздействием вазопрессина
- д Состояние и осмолярность тубуло-интерстиция

Хроническая почечная недостаточность развивается вследствие:

- а Снижения клубочковой фильтрации в нефроне
- б Нарушения процессов канальцевого транспорта
- в Склероза тубуло-интерстиция
- г Гломерулосклероза

- д Уменьшения массы функционирующей ткани почек (уменьшения массы действующих нефронов)

Синдром уремии возникает при утрате почечной паренхимы на:

- а 2%
- б 10%
- в 50%
- г 75%
- д 90%

Морфологический субстрат хронической почечной недостаточности

- а Нефросклероз (гломеруло- и тубулоинтерстициальный склероз)
- б Отёк и инфильтрация тубулоинтерстиция
- в Гломерулярная пролиферация
- г Тубулонекроз
- д Гиалиноз артериол с нефроангиосклерозом

Уменьшение массы функционирующих нефронов при хронической болезни почек может быть обусловлено:

- а Изолированным гломерулосклерозом
- б Гломерулосклерозом с сопутствующим склерозом интерстиция
- в Хронической сердечной недостаточностью
- г Острой сердечной недостаточностью
- д Хроническим нарушением пассажа мочи по мочевой системе

Симптомы уремической интоксикации обусловлены:

- а Высоким уровнем мочевины крови
- б Накоплением уремических токсинов
- в Развитием артериальной гипертензии

- г Высоким уровня креатинина сыворотки крови
- д Анемией

Экскреция белка более 1,0 г в сутки характерна для:

- а Гломерулонефритов
- б Тубуло-интерстициального нефрита
- в Нефроангиосклероза
- г Амилоидоза почек
- д Диабетической нефропатии

Гематурия является характерным симптомом :

- а Острого гломерулонефрита
- б IgA - нефропатии
- в Амилоидоза почек
- г Синдрома Альпорта
- д Туберкулеза почки

Транспорт креатинина в нефроне:

- а Экскретируется только посредством клубочковой фильтрации
- б Фильтруется, реабсорбируется и секретируется
- в Фильтруется и далее реабсорбируется в канальцах
- г Экскретируется посредством клубочковой фильтрации и канальцевой секреции
- д Экскретируется только посредством канальцевой секреции

К прекращению/ослаблению клубочковой фильтрации в нефроне ведет:

- а Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена
- б Снижение фильтрационного давления вследствие падения притока по афферентной артериоле в сочетании с усилением оттока по эфферентной артериоле
- в Снижение систолического давления ниже 60 мм рт.ст.

- г Снижение фильтрационного давления вследствие усиления оттока по эфферентной артериоле
- д Сегментарный гломерулосклероз

В основе осмотического концентрирования мочи лежат:

- а Реабсорбция Na без сопутствующей реабсорбции воды в восходящем колене петли Генле
- б Гиперосмолярный интерстиций в мозговом слое почки
- в Проксимальная реабсорбция натрия и воды
- г Регулируемая вазопрессинном проницаемость собирательных трубок для воды
- д Замедленный (по сравнению с кортикальным) кровоток по прямым сосудам мозгового вещества

Ортостатическая протеинурия :

- а Отсутствует в горизонтальном положении пациента
- б У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия
- в У большинства пациентов развивается почечная недостаточность
- г Суточная протеинурия как правило не превышает 1,0 г
- д Сочетается с микрогематурией

Микрогематурия не характерна для:

- а Болезни минимальных изменений
- б Мембранозной нефропатии
- в Болезни тонких мембран
- г Полулунного гломерулонефрита
- д Волчаночного нефрита 3 и 4 классов

Причинами нефротического синдрома могут быть:

- а Гломерулонефриты
- б Тромботическая микроангиопатия
- в Тромбоз почечных вен

- г Гипертонический нефроангиосклероз
- д Тубуло-интерстициальный нефрит, обусловленный действием НПВС

**Клиническая манифестация
гломерулонефрита:**

- а Острый нефритический синдром
- б Хронический нефротический синдром
- в Острый нефритический синдром + нефротический синдром
- г Минимальный мочево́й синдром
- д Микроальбуминурия

Гипокомплементемия характерна для:

- а Острого постинфекционного гломерулонефрита
- б IgA нефропатии
- в Волчаночного нефрита
- г АНЦА ассоциированного гломерулонефрита
- д Амилоидоза

**Для болезни минимальных изменений
характерны:**

- а Селективная протеинурия
- б Преимущественное развитие у детей
- в Артериальная гипертензия
- г Кортикоид - чувствительность
- д Кортикоид – зависимость

Болезнь минимальных изменений:

- а Может развиваться в пожилом возрасте
- б Может индуцироваться НПВС
- в Часто ассоциируется с острой почечной недостаточностью
- г Во всех случаях острая почечная недостаточность обусловлена повреждением почечной паренхимы
- д Только у пожилых острая почечная недостаточность обусловлена острым тубулонекрозом

Мембранозная нефропатия:

- а Может иметь паранеопластический характер
- б Требуется доказательств идиопатического характера заболевания
- в Может протекать со спонтанными ремиссиями
- г Протекает с нормальным уровнем комплемента крови
- д Во всех случаях требуется немедленной патогенетической терапии

Для постинфекционного гломерулонефрита характерно:

- а Нормальный уровень АД в дебюте заболевания
- б Отеки
- в Выраженная микрогематурия, лейкоцитурия
- г Значительная эндокапиллярная пролиферация
- д Во всех случаях заканчивается полной ремиссией

Экстракапиллярный гломерулонефрит может развиваться:

- а Вследствие действия антител на базальную мембрану клубочков
- б По иммунокомплексному механизму
- в В рамках АНЦА - васкулита
- г При тромботической микроангиопатии
- д При фокальном сегментарном гломерулосклерозе

Прогностически неблагоприятные факторы быстро прогрессирующего гломерулонефрита:

- а Полулуния более чем в 80% клубочков
- б Микрогематурия
- в Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев
- г Гломерулосклероз и фиброзные полулуния

д Олигурия

Для IgA нефропатии характерно:

- а Нефротический синдром
- б Бессимптомная гематурия
- в Чаще болеют мальчики и мужчины
- г Тесная связь с респираторной инфекцией
- д Депозиты Ig A в мезангии клубочков

Изолированная терапия кортикостероидами может применяться при:

- а Болезни минимальных изменений
- б IgA нефропатии
- в Быстро прогрессирующем гломерулонефрите
- г Фокально-сегментарном гломерулосклерозе
- д Мембранозной нефропатии

Противопоказания к лечению глюкокортикостероидами :

- а IgA нефропатия
- б Диффузный склерозирующий нефрит
- в Истинная склеродермическая почка
- г Поражение почек при гранулематозе Вегенера
- д Амилоидоз почек

Адекватная терапевтическая суточная доза преднизолона на 1 кг массы пациента при изолированной терапии кортикостероидами :

- а 0,3 - 0,4 мг
- б 0,5 - 0,6 мг
- в 0,7 - 0,8 мг
- г 1,0 мг
- д 1,5 – 2,0 мг

Лечение преднизолоном при гломерулонефрите показано при:

- а Давности заболевания менее 2-х лет
- б Наличии нефротического синдрома

- в Ig A нефропатии с протеинурией менее 0,5 г/с
- г Болезни минимальных изменений
- д Хроническом нефритическом синдроме, не верифицированном морфологически

**АНЦА-ассоциированный
гломерулонефрит:**

- а Часто манифестирует легочно-почечным синдромом
- б Не следует начинать терапию без морфологической верификации диагноза
- в Требуется немедленного лечения, включающего пульсы метилпреднизолона в комбинации с циклофосфаном
- г При легочных кровотечениях требуется назначения плазмафереза/плазмаобмена
- д При рефрактерности или противопоказаниях к традиционной терапии показан ритуксимаб

**АНЦА-ассоциированный
гломерулонефрит характеризуется:**

- а Рецидивирующим течением
- б Отсутствием свечения иммуноглобулинов в клубочках при иммунофлюоресцентном исследовании
- в Течением с изолированным нефротическим синдромом
- г Связью между уровнем АНЦА-антител и развитием рецидива заболевания
- д Плохим прогнозом, если лечение начинается при уровне креатинина сыворотки крови выше 500 мкмоль/л

**При дифференциальной диагностике ОПН
и ХПН имеют значение:**

- а Расчет СКФ
- б Ультразвуковое исследование почек
- в Проба по Зимницкому

- г Определение уровня мочевины сыворотки
- д Данные анамнеза

Анти-ГБМ гломерулонефрит:

- а Характеризуется линейным свечением иммуноглобулинов вдоль базальных мембран капилляров клубочков
- б Как правило, имеет быстро прогрессирующее течение
- в Требуется включения в комплекс терапии плазмафереза/плазма-обмена
- г Имеет плохой прогноз, если терапия начинается начинается при уровне креатинина сыворотки крови выше 500 мкмоль/л
- д Трансплантация почки может выполняться в любые сроки после констатации отсутствия эффекта терапии

Для определения тактики лечения амилоидоза необходимо:

- а Определение типа амилоидоза (верификация белка-предшественника)
- б Оценка анамнеза
- в Определение селективности протеинурии
- г Иммунохимическое исследование белков крови и мочи
- д Исследование пунктата (трепанобиоптата) костного мозга

У 23-летнего пациента, страдающего в течение 14 лет остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия, анемия, тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена крови. Наиболее вероятен диагноз.

- а Постинфекционный гломерулонефрит

- б Декомпенсированный цирроз печени
- в Гепаторенальный синдром
- г АА- амилоидоз с поражением почек
- д Миелопролиферативный синдром

У 49-летнего пациента с ревматоидным артритом и поражением крупных суставов, по поводу которого длительно получал НПВС, появились отеки ног. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, гиперкреатининемия, увеличение печени. Основные диагностические действия:

- а УЗИ почек
- б Биопсия почек
- в Определение ревматоидного фактора
- г Биопсия слизистой прямой кишки
- д Исследование протеинограммы сыворотки крови

Острая почечная недостаточность осложняет течение:

- а Тяжелых пневмоний
- б Сепсиса и/или синдрома системного воспаления
- в Опухолей желудочно-кишечного тракта
- г Острого гломерулонефрита
- д Гиповолемического шока

Для нефротического криза характерны:

- а Развивается при критически низком уровне альбумина крови
- б Артериальная гипертензия
- в Плевральная симптоматика
- г Появление рожеподобной эритемы
- д Перитонитоподобные симптомы

У 19-летнего пациента после гриппа появились стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Наиболее вероятные диагнозы.

- а Постинфекционный гломерулонефрит
- б Ig A- нефропатия
- в Быстро прогрессирующий гломерулонефрит в рамках ANCA-ассоциированного некротизирующего васкулита
- г Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите Геноха-Шенлейна
- д Синдром Гудпасчера

Патогномоничным иммунофлюоресцентным морфологическим признаком синдрома Гудпасчера является свечение в виде:

- а Гранулярных отложений иммуноглобулинов
- б Линейных отложений IgG вдоль базальной мембраны капилляров клубочков
- в Включения в них IgM
- г Свечения в клубочках фибриногена
- д Отложений Ig A в мезангии клубочков

Лекарственное тубуло-интерстициальное поражение почек характеризуется :

- а Четкой связью с приемом лекарственного препарата
- б Частым сочетанием с поражением печени и поджелудочной железы
- в Острой почечной недостаточностью при минимальном мочевом синдроме

- г Сопровождается высоким уровнем IgA в сыворотке крови
- д Может сопровождаться кожными высыпаниями, артралгиями или другими аллергическими явлениями

Диагностическими критериями тромботической микроангиопатии являются:

- а Анемия
- б Шистоцитоз
- в Тромбоцитопения
- г Высокий уровень ЛДГ крови
- д Острая почечная недостаточность

Тромботическая микроангиопатия развивается:

- а Вследствие патологии в системе регуляции альтернативного пути комплемента
- б При первичном антифосфолипидном синдроме
- в При системной красной волчанке
- г При мембранозной нефропатии
- д При IgA-нефропатии

Гипонатриемия возникает вследствие:

- а Низкого содержания натрия в пище
- б Избыточных потерь натрия без сопутствующей адекватной экскреции воды
- в Избыточной (неадекватной) секреции вазопрессина
- г Избыточного поступления в организм воды при потерях натрия с мочой
- д Нарушения процессов канальцевого транспорта натрия

Причинами гипонатриемии могут быть:

- а Любые повреждения ЦНС
- б Действие антиконвульсантов, трициклических антидепрессантов
- в Пневмонии
- г Применение диуретиков в терапевтических дозах

д Сильные болевые воздействия