**Тестовые задания для тестового экзамена на высшую аттестационную категорию по специальности Нефрология**

***Инструкция: выберите один правильный ответ***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **Общественное здоровье и здравоохранение; организация нефрологической помощи в Российской Федерации** | |
| В | | 001 | ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | определением доли населения, нуждающегося в госпитализации | |
|  | | Б | числом коек на определенную численность населения | |
|  | | В | числом госпитализированных за год больных | |
|  | | Г | числом врачебных должностей стационара на определенную численность населения | |
|  | |  |  | |
| В | | 002 | САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ В КАЧЕСТВЕ ДОНОРА ГРАЖДАНИН РФ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ВОЗРАСТА С | |
|  | | А | 14 лет | |
|  | | Б | 16 лет | |
|  | | В | 17 лет | |
|  | | Г | 18 лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 003 | ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С СОГЛАСИЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ДОПУСКАЕТСЯ | |
|  | | А | несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, недееспособным гражданам, а также при невозможности получить согласие от дееспособного пациента | |
|  | | Б | при отказе от медицинского вмешательства несовершеннолетнего пациента в возрасте от 15 до 18 лет и при отказе недееспособного гражданина | |
|  | | В | несовершеннолетним в возрасте до 15 лет (до 16 лет для лиц, страдающих наркоманией), а также недееспособным гражданам | |
|  | | Г | при недееспособности гражданина | |
|  | |  |  | |
| В | | 004 | СОГЛАСИЕ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПОЛУЧАТЬ | |
|  | | А | всегда при проведении медицинского вмешательства | |
|  | | Б | всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно | |
|  | | В | всегда, когда медицинское вмешательство неотложно | |
|  | | Г | всегда, когда медицинское вмешательство производиться в плановом порядке | |
|  | |  |  | |
| В | | 005 | В ПОЛИКЛИНИКЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ОРГАНИЗУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА «ОДНА ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА НА» | |
|  | | А | 50 тыс населения | |
|  | | Б | 100 тыс населения | |
|  | | В | 200 тыс населения | |
|  | | Г | 250 тыс населения | |
|  | |  |  | |
| В | | 006 | В СТАЦИОНАРЕ ОДНА ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА ОРГАНИЗУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА | |
|  | | А | 15 коек | |
|  | | Б | 20 коек | |
|  | | В | 25 коек | |
|  | | Г | 30 коек | |
|  | |  |  | |
| В | | 007 | РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, НЕЗАКОННО | |
|  | | А | в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю | |
|  | | Б | по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством | |
|  | | В | по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина | |
|  | | Г | при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений | |
|  | |  |  | |
| В | | 008 | ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ | |
|  | | А | на всех лиц, которым в силу служебных отношений, стали известны данные, составляющие врачебную тайну | |
|  | | Б | на лиц, из медицинского персонала, имеющих доступ к документации о больном | |
|  | | В | на главных врачей и заведующих отделениями | |
|  | | Г | на лечащих и дежурных врачей | |
|  | |  |  | |
| В | | 009 | ОБЪЕКТОМ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | страховой случай | |
|  | | Б | застрахованное лицо | |
|  | | В | страховой риск | |
|  | | Г | застрахованное лицо, которому предоставляется страховое обеспечение | |
|  | |  |  | |
| В | | 010 | МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ, РАЗРАБОТАННАЯ ВОЗ, ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ НА | |
|  | | А | 100% | |
|  | | Б | 70% | |
|  | | В | 50% | |
|  | | Г | 10% | |
|  | |  |  | |
| В | | 011 | ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ (БЕЗ ПЕРЕРЫВА) МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ПРОДОЛЖАТЬСЯ | |
|  | | А | 12 месяцев | |
|  | | Б | 8 месяцев | |
|  | | В | 6 месяцев | |
|  | | Г | 4 месяца | |
|  | |  |  | |
| В | | 012 | КОМПОНЕНТОМ ОБЩЕГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В СВЯЗИ С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПЕНСИОНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | стоимость несозданной продукции | |
|  | | Б | размер пособия по стойкой нетрудоспособности | |
|  | | В | размер пособия по временной нетрудоспособности | |
|  | | Г | стоимость пребывания в стационаре | |
|  | |  |  | |
| В | | 013 | ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА ВК ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОДЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ | |
|  | | А | 10 дней | |
|  | | Б | 15 дней | |
|  | | В | 20 дней | |
|  | | Г | 30 дней | |
|  | |  |  | |
| В | | 014 | ЧИСЛО БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА БОЛЬНИЧНОЙ КОЙКЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | среднегодовая занятость койки | |
|  | | Б | выполнение плана койко-дней | |
|  | | В | среднее время простоя койки | |
|  | | Г | оборот койки | |
|  | |  |  | |
| В | | 015 | СТРАХОВАТЕЛЕМ ПРИ ОМС ДЛЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | медицинское учреждение | |
|  | | Б | медицинские страховые организации | |
|  | | В | юридические лица, заключившие со страховщиком договоры страхования | |
|  | | Г | юридические лица, осуществляющие медицинское страхование | |
|  | |  |  | |
| В | | 016 | ОТНОШЕНИЕ СУММЫ РАСХОДОВ НА СТАЦИОНАР К РАСЧЕТНОМУ ЧИСЛУ КОЙКО-ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | средний койко-день | |
|  | | Б | фактическая стоимость одного койко-дня | |
|  | | В | расчетная стоимость одного койко-дня | |
|  | | Г | оборот койки | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Анатомия, гистология, физиология и патофизиология почки** | |
|  | |  |  | |
| В | | 017 | СЕКРЕЦИЯ РЕНИНА В ЮГА РЕГУЛИРУЕТСЯ: | |
|  | | А | величиной давления крови в выносящей артериоле | |
|  | | Б | величиной давления крови в приносящей артериоле (степенью ее растяжения) | |
|  | | В | снижение растяжения приносящей артериолы подавляет секрецию ренина | |
|  | | Г | уменьшение натрия в моче дистального канальца повышает уровень секреции ренина | |
|  | |  |  | |
| В | | 018 | СЕКРЕЦИЯ РЕНИНА В ЮГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: | |
|  | | А | по механизму отрицательной обратной связи, включаемой уровнем в крови ангиотензина и альдостерона | |
|  | | Б | стимуляцией парасимпатических нервов | |
|  | | В | изменением уровня калия в области maculadensa | |
|  | | Г | стимуляцией барорецепторов в эфферентной артериоле | |
|  | |  |  | |
| В | | 019 | ОСНОВНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛЕТОК ПЛОТНОГО ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕГУЛЯЦИИ СИНТЕЗА | |
|  | | А | калликреин-кинина | |
|  | | Б | простагландинов | |
|  | | В | ренина | |
|  | | Г | простагландинов, ренина, калликреина | |
|  | |  |  | |
| В | | 020 | ПРОСТАГЛАНДИНЫ ВЫЗЫВАЮТ | |
|  | | А | вазодилятацию и стимуляцию синтеза урокиназы | |
|  | | Б | депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина | |
|  | | В | вазодилятацию и стимуляцию секреции вазопрессина | |
|  | | Г | депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ | |
|  | |  |  | |
| В | | 021 | КРЕАТИНИН ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | конечным продуктом креатин-фосфатной реакции в скелетной мускулатуре | |
|  | | Б | регулятором деятельности центральной нервной системы | |
|  | | В | ранним маркером инфаркта миокарда | |
|  | | Г | маркером повреждения кишечника | |
|  | |  |  | |
| В | | 022 | ЕСЛИ КЛИРЕНС ВЕЩЕСТВА БОЛЬШЕ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА, ТО ЭТО ВЕЩЕСТВО | |
|  | | А | не фильтруется | |
|  | | Б | реабсорбируется | |
|  | | В | фильтруется | |
|  | | Г | секретируется | |
|  | |  |  | |
| В | | 023 | К ПРЕКРАЩЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЕДЕТ | |
|  | | А | гидростатическое давление в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст. | |
|  | | Б | систолическое давление ≤50 мм рт.ст. | |
|  | | В | онкотическое давление плазмы до 40 мм рт.ст. | |
|  | | Г | почечный кровоток до 600 мл/мин | |
|  | |  |  | |
| В | | 024 | ПРОНИЦАЕМОСТЬ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ФИЛЬТРА МАКСИМАЛЬНА ДЛЯ | |
|  | | А | декстранов | |
|  | | Б | альбумина | |
|  | | В | гемоглобина | |
|  | | Г | инулина | |
|  | |  |  | |
| В | | 025 | НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЛИЯЮТ | |
|  | | А | инсулин | |
|  | | Б | гиперкалиемия | |
|  | | В | активность РАС | |
|  | | Г | гиперфосфатемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 026 | ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ НАТРИЯ В ПЕТЛЕ ГЕНЛЕ СВОЙСТВЕННО СИНДРОМУ | |
|  | | А | Альпорта | |
|  | | Б | Барттера | |
|  | | В | Фанкони | |
|  | | Г | Лиддла | |
|  | |  |  | |
| В | | 027 | СНИЗИТЬ РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦАХ МОЖНО НАЗНАЧЕНИЕМ | |
|  | | А | гипотиазида | |
|  | | Б | верошпирона | |
|  | | В | ацетазоламида | |
|  | | Г | фуросемида | |
|  | |  |  | |
| В | | 028 | ГИПОНАТРИЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ | |
|  | | А | нарушения процессов канальцевого транспорта натрия | |
|  | | Б | избыточных потерях натрия и воды | |
|  | | В | низкого содержания натрия в пище | |
|  | | Г | избыточной (неадекватной) секреции вазопрессина | |
|  | |  |  | |
| В | | 029 | ПРИЧИНАМИ ГИПОНАТРИЕМИИ МОГУТ БЫТЬ | |
|  | | А | действие Н2-блокаторов | |
|  | | Б | любые повреждения ЦНС | |
|  | | В | применение иАПФ | |
|  | | Г | операции на желудке | |
|  | |  |  | |
| В | | 030 | РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦАХ СНИЖАЮТ | |
|  | | А | инсулин | |
|  | | Б | ангиотензин | |
|  | | В | эндотелин | |
|  | | Г | норадреналин | |
|  | |  |  | |
| В | | 031 | НА ОСМОЛЯРНОСТЬ МОЧИ ВЛИЯЮТ | |
|  | | А | оксалаты | |
|  | | Б | гиперкалиемия | |
|  | | В | гипомагниемия | |
|  | | Г | мочевина | |
|  | |  |  | |
| В | | 032 | В ПЕТЛЕ ГЕНЛЕ ПРОИСХОДИТ | |
|  | | А | метаболизм белка | |
|  | | Б | реабсорбция натрия, хлора | |
|  | | В | продукция ренина | |
|  | | Г | секреция альдостерона | |
|  | |  |  | |
| В | | 033 | РЕАРБСОРБЦИЯ ВОДЫ ОТСУТСТВУЕТ | |
|  | | А | в проксимальном канальце | |
|  | | Б | в восходящем отделе петли Генле | |
|  | | В | в собирательной трубке | |
|  | | Г | походу всего нефрона | |
|  | |  |  | |
| В | | 034 | В ОСНОВЕ ОСМОТИЧЕСКОГО КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ МОЧИ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ | |
|  | | А | гиперфильтрация | |
|  | | Б | гипосмолярныйинтерстиций в мозговом слое почки | |
|  | | В | регулируемая вазопрессином проницаемость собирательных трубок для воды | |
|  | | Г | гиперперфузия | |
|  | |  |  | |
| В | | 035 | ПОЧКИ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ОБМЕНЕ | |
|  | | А | жиров | |
|  | | Б | белков | |
|  | | В | минералов | |
|  | | Г | углеводов | |
|  | |  |  | |
| В | | 036 | ДЕФИЦИТ ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ ПРИВОДИТ К | |
|  | | А | стимуляции системы ренин-ангиотензин-альдостерон | |
|  | | Б | повышению почечного кровотока | |
|  | | В | увеличению объема плазмы | |
|  | | Г | снижению осмолярности плазмы | |
|  | |  |  | |
| В | | 037 | МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ В ЗДОРОВЫХ ПОЧКАХ ВЫЗЫВАЕТ | |
|  | | А | повышение аммонийного коэффициента | |
|  | | Б | снижение аммонийного коэффициента | |
|  | | В | увеличение клиренса мочевины | |
|  | | Г | увеличение секреции калия | |
|  | |  |  | |
| В | | 038 | ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПАРАТГОРМОНА РЕАБСОРБЦИЯ ФОСФАТОВ | |
|  | | А | увеличивается | |
|  | | Б | уменьшается | |
|  | | В | увеличивается только в кортикальных нефронах | |
|  | | Г | не изменяется | |
|  | |  |  | |
| В | | 039 | ФУНКЦИИ ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В | |
| О | | А | контроле величины клубочковой фильтрации и секреции ренина | |
|  | | Б | уменьшении доставки натрия и хлоридов к дистальным канальцам при увеличении объма внеклеточной жидкости | |
|  | | В | увеличении выделения ренина в ответ на увеличение реабсорбции натрия хлорида в дистальных канальцах | |
|  | | Г | снижении экскреции ренина в ответ на уменьшение внеклеточной жидкости | |
|  | |  |  | |
| В | | 040 | ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХБП ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ УРОВНЕЙ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ | |
|  | | А | 1,25(ОН)2 витаминаD3 | |
|  | | Б | инсулина | |
|  | | В | эритропоэтина | |
|  | | Г | прогестерона | |
|  | |  |  | |
| В | | 041 | ПРИЧИНАМИ СИНДРОМА НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ АДГ (SIADH) ЯВЛЯЕТСЯ: | |
|  | | А | хроническая почечная недостаточность ия | |
|  | | Б | центральный несахарный диабет | |
|  | | В | наркомания, побочные эффекты медикаментов, онкологические заболеван | |
|  | | Г | ренальный несахарный диабет | |
|  | |  |  | |
| В | | 042 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ АДГ (SIADH) ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | трудноконтролируемую гипертензию | |
|  | | Б | гиперволемию | |
|  | | В | эуволемическуюгипергидратацию с нарастающей гипонатриемией и резистентностью к салуретикам | |
|  | | Г | гиперосмолярный синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 043 | МЕСТО ПРИЛОЖЕНИЯ АНГИОТЕНЗИНА II- ЭТО | |
|  | | А | выносящие артериолы | |
|  | | Б | приносящие артериолы | |
|  | | В | дуговые артерии почек | |
|  | | Г | гломерулярная базальная мембрана | |
|  | |  |  | |
| В | | 044 | ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АНГИОТЕНЗИНА II ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | реабсорбция калия | |
|  | | Б | сосудорасширяющее | |
| О | | В | вазоконстрикторное | |
|  | | Г | антидиуретическое | |
|  | |  |  | |
| В | | 045 | ФУНКЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕАБСОРБЦИИ | |
|  | | А | калия | |
|  | | Б | воды | |
|  | | В | натрия | |
|  | | Г | ионов водорода | |
|  | |  |  | |
| В | | 046 | ПРОСВЕТ АФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРОСВЕТОМ ЭФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ В | |
|  | | А | 2 раза уже | |
|  | | Б | 2 раза шире | |
|  | | В | одинаковый | |
|  | | Г | 4 раза уже | |
|  | |  |  | |
| В | | 047 | КОНЕЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ ЗАВИСИТ ОТ | |
|  | | А | ангиотензина II | |
|  | | Б | ренина | |
|  | | В | эритропоэтина | |
|  | | Г | АДГ | |
|  | |  |  | |
| В | | 048 | РЕАБСОРБЦИЯ ГЛЮКОЗЫ И АМИНОКИСЛОТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В | |
|  | | А | дистальных канальцах | |
|  | | Б | пpоксимальных канальцах | |
|  | | В | петле Генле | |
|  | | Г | собирательных трубках | |
|  | |  |  | |
| В | | 049 | АНТИДИУРЕТИЧЕСКИЙ ГОРМОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В | |
|  | | А | надпочечниках | |
|  | | Б | почках | |
|  | | В | в нейронах гипоталамуса, переносится в нервные окончания задней доли гипофиза (нейрогипофиз) | |
|  | | Г | щитовидной железе | |
|  | |  |  | |
| В | | 050 | АЛЬДОСТЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В | |
|  | | А | надпочечниках | |
|  | | Б | гипофизе | |
|  | | В | почках | |
|  | | Г | вилочковой железе | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Синдромы в нефрологии. Методы дифференциальной диагностики в нефрологии** | |
|  | |  |  | |
| В | | 051 | ГИПЕРНАТРИЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | синдроме Кона | |
|  | | Б | аденоме паращитовидных желез | |
|  | | В | болезни Аддисона | |
|  | | Г | гиповитаминозе D | |
|  | |  |  | |
| В | | 052 | ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | проба Адисса-Каковского | |
|  | | Б | проба Нечипоренко | |
|  | | В | фазово-контрастная микроскопия | |
|  | | Г | трехстаканная проба | |
|  | |  |  | |
| В | | 053 | ГЕМАТУРИЯ НЕГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | акантоцитами | |
|  | | Б | эритроцитами разного размера, причудливой формы | |
|  | | В | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами | |
|  | | Г | всегда сопутствует массивная протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 054 | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | ишемической болезни почек | |
|  | | Б | вазоренальной гипертензии | |
|  | | В | туберкулеза почек | |
|  | | Г | амилоидоза почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 055 | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК | |
|  | | А | тубулоинтерстициальном нефрите | |
|  | | Б | гипертонической природы | |
|  | | В | с иммунно-комплексным механизмом развития | |
|  | | Г | апостематозном нефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 056 | ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИРОДЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ | |
|  | | А | исследование мочевого осадка в динамике | |
|  | | Б | стернальная пункция/ трепанобиопсия | |
|  | | В | ультразвуковое исследование | |
|  | | Г | пункционная биопсии почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 057 | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ | |
|  | | А | диабетический гломерулосклероз | |
|  | | Б | тубулоинтерстициальный нефрит | |
|  | | В | рецидивирующий пиелонефрит | |
|  | | Г | тромботическую микроангиопатию | |
|  | |  |  | |
| В | | 058 | ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | нефритического синдрома | |
|  | | Б | острого пиелонефрита | |
|  | | В | некроза канальцев | |
|  | | Г | амилоидоза почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 059 | СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 30 мг | |
|  | | Б | 100 мг | |
|  | | В | 150 мг | |
|  | | Г | 300 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 060 | ЗНАЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ БЕЛОК/КРЕАТИНИН ПРИ ПРОТЕИНУРИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ | |
|  | | А | 100-150 мг/ммоль | |
|  | | Б | 200-250 мг/ммоль | |
|  | | В | 250-300 мг/ммоль | |
|  | | Г | 300-350 мг/ммоль | |
|  | |  |  | |
| В | | 061 | ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЕНИНА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | не информативным в дифференциально-диагностическом плане | |
|  | | Б | важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией | |
|  | | В | является вспомогательным тестом на реноваскулярную природу АГ | |
|  | | Г | диагностическим критерием феохромоцитомы | |
|  | |  |  | |
| В | | 062 | КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВ- ЭТО | |
|  | | А | снижение СКФ | |
|  | | Б | олигурия | |
|  | | В | кристаллурия, нефролитиаз, нефрокальциноз | |
|  | | Г | лейкоцитурия в сочетании с массивной протеинурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 063 | НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЮТ | |
|  | | А | снижение клиренса креатинина | |
|  | | Б | аминоацидурия, понижение секреции ионов Н+ и аммония | |
|  | | В | наличие в моче неизмененных эритроцитов | |
|  | | Г | неселективная протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 064 | ЭОЗИНОФИЛУРИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА | |
|  | | А | обострение хронического пиелонефрита | |
|  | | Б | острый цистит | |
|  | | В | атероматозную эмболию почечных сосудов | |
|  | | Г | инфекцию, передающуюся половым путем | |
|  | |  |  | |
| В | | 065 | МЕХАНИЗМЫ ГЛЮКОЗУРИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | повышение уровня глюкозы сыворотки до 7 ммоль/л | |
|  | | Б | увеличение фильтрационного давления в клубочках почек | |
|  | | В | повышение проницаемости капилляров клубочков почек | |
|  | | Г | блокирование ферментов фосфорилирования в эпителии канальцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 066 | ПОЛИУРИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА | |
|  | | А | вазопрессина | |
|  | | Б | адреналина | |
|  | | В | окситоцина | |
|  | | Г | соматропного гормона | |
|  | |  |  | |
| В | | 067 | ПОЛИУРИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА | |
|  | | А | ренина | |
|  | | Б | альдостерона | |
|  | | В | трийодтиронина | |
|  | | Г | тестостерона | |
|  | |  |  | |
| В | | 068 | ГИПОСТЕНУРИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ | |
|  | | А | длительной рвоте | |
|  | | Б | алиментарной дистрофии | |
|  | | В | диареи | |
|  | | Г | сахарного диабета с глюкозурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 069 | КАЖДОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ НА 1% ГЛЮКОЗЫ В МОЧЕ ПОВЫШАЕТ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ НА | |
|  | | А | 0,001 | |
|  | | Б | 0,002 | |
|  | | В | 0,003 | |
|  | | Г | 0,004 | |
|  | |  |  | |
| В | | 070 | КАЖДОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ НА 3Г/Л БЕЛКА В МОЧЕ ПОВЫШАЕТ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ НА | |
|  | | А | 0,001 | |
|  | | Б | 0,002 | |
|  | | В | 0,003 | |
|  | | Г | 0,004 | |
|  | |  |  | |
| В | | 071 | ПРИ СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ И ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ | |
|  | | А | рак почки | |
|  | | Б | туберкулез почек | |
|  | | В | врожденную аномалию | |
|  | | Г | хронический пиелонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 072 | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО | |
|  | | А | альбуминурией | |
|  | | Б | наличием микрогематурии | |
|  | | В | приемом лекарств | |
|  | | Г | цилиндрурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 073 | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО | |
|  | | А | уратурией | |
|  | | Б | микрогематурией | |
|  | | В | наличием эритроцитарных цилиндров | |
|  | | Г | избыточным потреблением сладких газированных напитков | |
|  | |  |  | |
| В | | 074 | ПОД ТЕРМИНОМ НИКТУРИЯ ПОНИМАЮТ | |
|  | | А | низкую осмолярность ночной мочи | |
|  | | Б | преобладание ночного диуреза над дневным | |
|  | | В | ночное прерывание сна, сопровождающееся мочеиспусканием | |
|  | | Г | высокую осмолярность ночной мочи | |
|  | |  |  | |
| В | | 075 | В НОРМЕ ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 65 ЛЕТ ОБЪЕМ НОЧНОЙ МОЧИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ОБЪЕМА СУТОЧНОЙ МОЧИ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 20% | |
|  | | Б | 30% | |
|  | | В | 40% | |
|  | | Г | 50% | |
|  | |  |  | |
| В | | 076 | В НОРМЕ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ОБЪЕМ НОЧНОЙ МОЧИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ОБЪЕМА СУТОЧНОЙ МОЧИ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 33% | |
|  | | Б | 45% | |
|  | | В | 50% | |
|  | | Г | 60% | |
|  | |  |  | |
| В | | 077 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ ОБЪЕМ МОЧИ ЗА СУТКИ ПРЕВЫШАЕТ В МЛ НА КГ ВЕСА ТЕЛА | |
|  | | А | 20 | |
|  | | Б | 25 | |
|  | | В | 30 | |
|  | | Г | 40 | |
|  | |  |  | |
| В | | 078 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | синдрома Фанкони | |
|  | | Б | туберкулеза мочевой системы | |
|  | | В | сахарного диабета | |
|  | | Г | острого гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 079 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | туберкулеза мочевой системы | |
|  | | Б | уремии | |
|  | | В | синдрома Фанкони | |
|  | | Г | острого гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 080 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | соль-теряющего синдрома | |
|  | | Б | туберкулеза мочевой системы | |
|  | | В | синдрома Фанкони | |
|  | | Г | острого гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 081 | ПОЛИУРИЯ БЕЗ ЖАЖДЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ | |
|  | | А | несахарном диабете | |
|  | | Б | синдроме Бартера | |
|  | | В | осмотическом диурезе | |
|  | | Г | психогенной полидипсии | |
|  | |  |  | |
| В | | 082 | ПОЛИУРИЯ БЕЗ ЖАЖДЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ | |
|  | | А | врожденных канальцевых нарушениях | |
|  | | Б | употреблении пива | |
|  | | В | применении мочегонных средств | |
|  | | Г | болезни Аддисона | |
|  | |  |  | |
| В | | 083 | НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ | |
|  | | А | отеках любого происхождения | |
|  | | Б | уремии | |
|  | | В | соль-теряющем синдроме | |
|  | | Г | остром гломерулонефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 084 | НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ | |
|  | | А | остром гломерулонефрите | |
|  | | Б | уремии | |
|  | | В | соль-теряющем синдроме | |
|  | | Г | синдроме обструктивного апноэ | |
|  | |  |  | |
| В | | 085 | НИКТУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | острого гломерулонефрита | |
|  | | Б | дисфункции нижних мочевых путей | |
|  | | В | обезвоживания | |
|  | | Г | гиперкалиемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 086 | НИКТУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | обезвоживания | |
|  | | Б | острого гломерулонефрита | |
|  | | В | инсомнии | |
|  | | Г | гиперкалиемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 087 | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ | |
|  | | А | гиперурикемии | |
|  | | Б | снижения катаболизма | |
|  | | В | гипергликемии | |
|  | | Г | обезвоживания | |
|  | |  |  | |
| В | | 088 | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ | |
|  | | А | голодания | |
|  | | Б | применения иАПФ | |
|  | | В | оксалатурии | |
|  | | Г | лихорадки | |
|  | |  |  | |
| В | | 089 | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | резкое повышение АД | |
|  | | Б | массивную протеинурию | |
|  | | В | мигрирующие рожеподобные эритемы на коже | |
|  | | Г | развитие левожелудочковой недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 090 | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | ортостатический коллапс | |
|  | | Б | боли в животе | |
|  | | В | анасарку | |
|  | | Г | отек легких | |
|  | |  |  | |
| В | | 091 | ПРИЧИНАМИ ГЕМАТУРИИ, НЕ СВЯЗАННЫМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | врожденная геморрагическая телеангиоэктазия (болезнь Рандю-Ослера) | |
|  | | Б | микроскопический полиангиит | |
|  | | В | артериовенозные мальформации | |
|  | | Г | медуллярная губчатая почка | |
|  | |  |  | |
| В | | 092 | ПРИЧИНАМИ ГЕМАТУРИИ, НЕ СВЯЗАННЫМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | гиперкальциурия | |
|  | | Б | аналгетическая нефропатия | |
|  | | В | интерстициальный нефрит | |
|  | | Г | патология тромбоцитарного звена (тромбоцитопении, тромбоцитопатии) | |
|  | |  |  | |
| В | | 093 | ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | гиперурикозурия | |
|  | | Б | аналгетики | |
|  | | В | гиперкальциурия | |
|  | | Г | объемные образования почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 094 | ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | туберкулез почек | |
|  | | Б | поликистозная болезнь почек разных типов | |
|  | | В | алкогольный эксцесс | |
|  | | Г | артериовенозные мальформации | |
|  | |  |  | |
| В | | 095 | ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | заостренные зубцы Т, расширенные комплексы QRS, асистолии | |
|  | | Б | снижение зубца Т, удлинение интервала Q-T, выраженный зубец U | |
|  | | В | вялый паралич, рабдомиолиз, судороги | |
|  | | Г | усиление моторики желудка и тонкого кишечника | |
|  | |  |  | |
| В | | 096 | ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | поражение периферических нервов (парестезии, ригидность конечностей) | |
|  | | Б | снижение зубца Т, удлинение интервала Q-T, выраженный зубец U | |
|  | | В | гиперальдостеронизм | |
|  | | Г | фибрилляция желудочков, асистолия | |
|  | |  |  | |
| В | | 097 | ФАКТОРОМ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | концентрация альбумина крови менее 20 г/л | |
|  | | Б | гиперволемия | |
|  | | В | выраженная гипофибриногенемия | |
|  | | Г | терапия цитостатиками | |
|  | |  |  | |
| В | | 098 | ОТЛИЧИТЬ ПОЧЕЧНУЮ ЭКЛАМПСИЮ ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПОЗВОЛЯЕТ | |
|  | | А | сильные головные боли | |
|  | | Б | тошнота | |
|  | | В | наличие судорожного синдрома | |
|  | | Г | головокружение | |
|  | |  |  | |
| В | | 099 | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | артериальную гипертензию | |
|  | | Б | гипергидратацию | |
|  | | В | пиелонефрит | |
|  | | Г | гипотензию с ортостазом и полиурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 100 | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | периферические отеки | |
|  | | Б | олигурию | |
|  | | В | артериальную гипертензию | |
|  | | Г | ацидоз с гиперкалиемией и гипонатриемией | |
|  | |  |  | |
| В | | 101 | ПОЧЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОДАНИЯ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ ПРИЁМОМ САЛУРЕТИКОВ, СЛАБИТЕЛЬНЫХ И ИНГИБИТОРОВ КИШЕЧНОЙ ЛИПАЗЫ - ЭТО | |
|  | | А | калийпеническая и оксалатная нефропатии с нефролитиазом | |
|  | | Б | прогрессирующая почечная недостаточность | |
|  | | В | нарастающая протеинурия с формированием НС | |
|  | | Г | артериальная гипертензия | |
|  | |  |  | |
| В | | 102 | К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕЖЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕМЫМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ | |
|  | | А | подковообразная почка | |
|  | | Б | удвоение почки | |
|  | | В | дистопия | |
|  | | Г | добавочная (третья, четвертая) почка | |
|  | |  |  | |
| В | | 103 | ДЛЯ ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | задержка натрия и воды, увеличение объема плазмы крови | |
|  | | Б | значительная потеря натрия, хлоридов, воды и уменьшение объема плазмы крови | |
|  | | В | артериальная гипертензия | |
|  | | Г | отеки | |
|  | |  |  | |
| В | | 104 | ПРИ РН КРОВИ - 7,05, РСО2 - 3,5 КПА, БИКАРБОНАТ – 7,0 ммоль/л НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | метаболическому ацидозу | |
|  | | Б | респираторному ацидозу | |
|  | | В | метаболическому алкалозу | |
|  | | Г | респираторному алкалозу | |
|  | |  |  | |
| В | | 105 | ПРИ РН КРОВИ - 7,24, РСО2 - 8 КПА, БИКАРБОНАТ - 25 ммоль/л НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | метаболическому ацидозу | |
|  | | Б | респираторному ацидозу | |
|  | | В | метаболическому алкалозу | |
|  | | Г | респираторному алкалозу | |
|  | |  |  | |
| В | | 106 | ПРИ РН КРОВИ - 7,56, РСО2 - 7,2 КПА, БИКАРБОНАТ - 45 ммоль/л НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | респираторному ацидозу | |
|  | | Б | респираторному алкалозу | |
|  | | В | метаболическому ацидозу | |
|  | | Г | метаболическому алкалозу | |
|  | |  |  | |
| В | | 107 | ПРИ РН КРОВИ - 7,53, РСО2 - 2 КПА (15 мм рт.ст.) НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | респираторному алкалозу | |
|  | | Б | метаболическому алкалозу | |
|  | | В | респираторному ацидозу | |
|  | | Г | метаболическому ацидозу | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Первичные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 108 | ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СВЕТООПТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ | |
|  | | А | фокально-сегментарного гломерулосклероза | |
|  | | Б | мезангиопролиферативного гломерулонефрита | |
|  | | В | минимальных изменений клубочков | |
|  | | Г | мембранозной нефропатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 109 | ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | АНЦА- ассоциированного гломерулонефрита | |
|  | | Б | IgA нефропатии | |
|  | | В | острого тубулоинтерстициального нефрита | |
|  | | Г | волчаночного гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 110 | ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | IgA нефропатии | |
|  | | Б | острого постинфекционного гломерулонефрита | |
|  | | В | АНЦА- ассоциированного гломерулонефрита | |
|  | | Г | амилоидоза | |
|  | |  |  | |
| В | | 111 | БОЛЕЗНЬ ПЛОТНЫХ ДЕПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ | |
|  | | А | паранеопластического синдрома | |
|  | | Б | парапротеинемии | |
|  | | В | патологии системы комплемента | |
|  | | Г | аутоиммунного заболевания | |
|  | |  |  | |
| В | | 112 | К ИММУНОКОМПЛЕКСНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | мембранозная нефропатия | |
|  | | Б | AL-амилоидоз | |
|  | | В | фокальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 113 | ЭРИТРОГЕННЫЙ ЭКЗОТОКСИН СТРЕПТОКОККА ВЫЗЫВАЕТ | |
|  | | А | активацию С-3 фракции комплемента | |
|  | | Б | индукцию синтеза провоспалительных цитокинов | |
|  | | В | активацию плазмина | |
|  | | Г | иммуногенную трансформацию IgG c образованием ИК | |
|  | |  |  | |
| В | | 114 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | мембранозный ГН | |
|  | | Б | ФСГС | |
|  | | В | быстропрогрессирующий ГН | |
|  | | Г | IgA-нефропатия | |
|  | |  |  | |
| В | | 115 | ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ | |
|  | | А | низким диастолическим давлением | |
|  | | Б | акцентом I тона над верхушкой сердца | |
|  | | В | расширением полостей сердца | |
|  | | Г | малым пульсовым давлением | |
|  | |  |  | |
| В | | 116 | ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ- ЭТО | |
|  | | А | задержка натрия и воды, увеличение ОЦК и ударного объема сердца | |
|  | | Б | сужение почечных артерий (вазоренальный механизм) | |
|  | | В | гиперкатехоламинемия и увеличение катехоламинов | |
|  | | Г | увеличение уровня кортизола в крови | |
|  | |  |  | |
| В | | 117 | ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | низкие титры антител к антигенам стрептококка | |
|  | | Б | повышение титра почечных аутоантител, низкий уровень комплемента | |
|  | | В | наличие антинуклеарных антител | |
|  | | Г | высокий уровень комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 118 | В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ | |
|  | | А | клеточный тип иммунной реакции | |
|  | | Б | иммунологически опосредованная цитотоксичность | |
|  | | В | иммунокомплексный тип иммунной реакции | |
|  | | Г | аутоиммунные реакции | |
|  | |  |  | |
| В | | 119 | ХАРАКТЕРНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: | |
|  | | А | эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | Б | мезангиопролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | В | мезангиокапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | Г | экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 120 | ПРИ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЮТ | |
|  | | А | свечение всех классов иммуноглобулинов («Fullhouse») | |
|  | | Б | субэпителиальные депозиты по типу «горбов» | |
|  | | В | интрамембранозные депозиты | |
|  | | Г | свечение IgA и С3 в мезангии | |
|  | |  |  | |
| В | | 121 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 15 ЛЕТ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОГН НАБЛЮДАЕТСЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ, ТО ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОЛЖНО РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК | |
|  | | А | переход заболевания в хроническую форму | |
|  | | Б | остаточное явление заболевания | |
|  | | В | необратимое повреждение вследствие заболевания | |
|  | | Г | прогрессирование заболевания | |
|  | |  |  | |
| В | | 122 | ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | злокачественная гипертензия | |
|  | | Б | застойная сердечная недостаточность | |
|  | | В | почечная эклампсия | |
|  | | Г | гемолитико-уремический синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 123 | ЕСЛИ У 35-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ И МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД, В АНАЛИЗЕ МОЧИ БЕЛОК 1,65 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 15-20 В П/ЗР, ЭРИТРОЦИТЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ П/ЗР, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ | |
|  | | А | острый гломерулонефрит | |
|  | | Б | обострение ХГН | |
|  | | В | апостематозный нефрит | |
|  | | Г | острый тубуло-интерстициальный нефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 124 | ПРИ ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | субэпителиальные депозиты | |
|  | | Б | изменение капиллярной стенки за счет утолщения ГБМ | |
|  | | В | фиксация разных классов IgG и компонентов комплемента на ГБМ | |
|  | | Г | отсутствие отложений иммуноглобулинов или фракций комплемента в структурах нефрона, распластывание малых отросковподоцитов | |
|  | |  |  | |
| В | | 125 | ПРИ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ В БИОПТАТЕ ПОЧКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | мелкогранулярные субэпителиальные депозиты | |
|  | | Б | свечение всех классов иммуноглобулинов («Fullhouse») | |
|  | | В | субэпителиальные депозиты по типу «горбов» | |
|  | | Г | субэндотелиальные депозиты с организованной структурой | |
|  | |  |  | |
| В | | 126 | ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К | |
|  | | А | HLA- 1 класса/HLA- 2 класса | |
|  | | Б | NC-домену коллагена 4 типа | |
|  | | В | одному из поверхностных подоцитарных антигенов | |
|  | | Г | протеиназе 3 | |
|  | |  |  | |
| В | | 127 | ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК МОЖЕТ БЫТЬ | |
|  | | А | острая сердечная недостаточность | |
|  | | Б | тяжелая анемия | |
|  | | В | гиповолемический шок | |
|  | | Г | кровотечения | |
|  | |  |  | |
| В | | 128 | ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | тромбозы и эмболии | |
|  | | Б | инфаркт миокарда | |
|  | | В | сердечная недостаточность | |
|  | | Г | желудочно-кишечное кровотечение | |
|  | |  |  | |
| В | | 129 | ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЮТ ДЕПОЗИТЫ | |
|  | | А | Ig A | |
|  | | Б | Ig M | |
|  | | В | Ig G | |
|  | | Г | амилоида | |
|  | |  |  | |
| В | | 130 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 76 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА МЕМБРАНОЗНАЯ НЕФРОПАТИЯ, ТО ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БУДЕТ | |
|  | | А | расширенный онкопоиск | |
|  | | Б | плазмаферрез | |
|  | | В | преднизолон по 60 мг/cут в сочетании с цитостатиком (циклофосфаном или хлорамбуцилом) | |
|  | | Г | нефропротективная терапия | |
|  | |  |  | |
| В | | 131 | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН, ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | диабетической нефропатии | |
|  | | Б | болезни минимальных изменений | |
|  | | В | ФСГС | |
|  | | Г | мембранозного гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 132 | ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 22 ЛЕТ С ХГН НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА НА КОЖЕ ЛЕВОГО БОКОВОГО ОТДЕ­ЛА ЖИВОТА ПОЯВИЛСЯ ЧЕТКО ОТГРАНИЧЕННЫЙ УЧАСТОК ЯРКОЙ ЭРИТЕМЫ С ПЛОТНЫМ ОТЕКОМ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, ВАЛИКОМ ПО ПЕРИМЕТРУ, ФЕБРИЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА, ПОВЫШЕНЫ ТИТРЫ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА И АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ, АЛЬБУМИНЫ СЫВОРОТКИ 20 Г/Л, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИ­ЧИНОЙ ОПИСАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | рожеподобная эритема при нефротическом кризе | |
|  | | Б | тромбофлебит подкожных вен | |
|  | | В | узловатая эритема | |
|  | | Г | - опоясывающий лишай | |
|  | |  |  | |
| В | | 133 | ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 22 ЛЕТ С ХГН НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА, НА КОЖЕ ЛЕВОГО БОКОВОГО ОТДЕЛА ЖИВОТА ПОЯВИЛСЯ ЧЕТКО ОТГРАНИЧЕННЫЙ УЧАСТОК ЯРКОЙ ЭРИТЕМЫ С ПЛОТНЫМ ОТЕКОМ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, ВАЛИКОМ ПО ПЕРИМЕТРУ, ФЕБРИЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА, АЛЬБУМИНЫ СЫВОРОТКИ - 28 Г/Л, ТО ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | рожеподобная эритема при нефротическом кризе | |
|  | | Б | рожистое воспаление | |
|  | | В | тромбофлебит подкожных вен | |
|  | | Г | узловатая эритема | |
|  | |  |  | |
| В | | 134 | ДЛЯ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГН, ОСОБЕННО ЕГО ВТОРОГО ТИПА ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | повышение уровня IgA сыворотки | |
|  | | Б | снижение уровня С3, С4 компонентов комплемента | |
|  | | В | повышение уровня IgG сыворотки крови | |
|  | | Г | повышение уровня ревматоидного фактора в сыворотке крови | |
|  | |  |  | |
| В | | 135 | ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ | |
|  | | А | нормальная микроскопия при световой микроскопии, при электронной – сглаживание малых отростков подоцитов | |
|  | | Б | субэпителиальные «шипы» при световой и электронной микроскопии | |
|  | | В | утолщенный мезангиальный матрикс, двойной контур базальной мембраны, С3 гранулярное окрашивание при иммунофлюоресценции | |
|  | | Г | склероз части клубочков, С3 в очагах склероза при иммунофлюоресценции | |
|  | |  |  | |
| В | | 136 | НАИБОЛЬШИЙ ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ГН | |
|  | | А | фибропластическом | |
|  | | Б | липоидном нефрозе | |
|  | | В | мембранозном нефрите | |
|  | | Г | мезангиопролиферативном | |
|  | |  |  | |
| В | | 137 | ВТОРИЧНАЯ IgA-НЕФРОПАТИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | пурпуре Шенлейн-Геноха | |
|  | | Б | болезнях печени | |
|  | | В | множественной миеломе | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированном васкулите | |
|  | |  |  | |
| В | | 138 | ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО ФСГС, СВЯЗАННОГО СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | гломеруломегалией и перигилярным сегментарным склерозом и гиалинозом | |
|  | | Б | синехиями к капсуле Боумена | |
|  | | В | гипертрофией и гиперплазией висцеральных эпителиальных клеток | |
|  | | Г | диффузной мезангиальнойгиперклеточностью | |
|  | |  |  | |
| В | | 139 | В ОТНОШЕНИИ ПРОГНОЗА ИДИОПАТИЧЕСКОГО ОЧАГОВОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | результат хуже для пациентов с вариантом «наконечника» по сравнению с другими моделями. | |
|  | | Б | ремиссия протеинурии является сильным предиктором благоприятного исхода | |
|  | | В | результат лучше для пациентов с коллапсирующим вариантом по сравнению с другими паттернами. | |
|  | | Г | степень гломерулярного склероза является самым сильным гистологическим предиктором плохого почечного исхода. | |
|  | |  |  | |
| В | | 140 | ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ | |
|  | | А | тубулоинтерстициальный нефрит | |
|  | | Б | подагрическая нефропатия | |
|  | | В | ожирение | |
|  | | Г | ишемическая нефропатия | |
|  | |  |  | |
| В | | 141 | ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ | |
|  | | А | мембранозная нефропатия | |
|  | | Б | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | В | первичный фркальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Г | вторичный форкальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | |  |  | |
| В | | 142 | ТИПИЧНАЯ ФОРМА НЕФРОПАТИИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ- ЭТО | |
|  | | А | мезангиокапиллярный нефрит | |
|  | | Б | острый гломерулонефрит | |
|  | | В | мезангио-пролиферативный IgA-нефрит | |
|  | | Г | нефрокальциноз | |
|  | |  |  | |
| В | | 143 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С НС И ГЕМАТУРИЕЙ ПО ДАННЫМ БИОПСИИ ПОЧКИ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ IG-A- НЕФРОПАТИИ, ТО ВОЗМОЖНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕРАПИИ БУДЕТ | |
|  | | А | применение ингибиторов АПФ в сочетании с преднизолоном 1 мг/кг/сутки | |
|  | | Б | преднизолон и пульсами циклофосфамида | |
|  | | В | монотерапиюиАПФ | |
|  | | Г | преднизолон и микофенолат | |
|  | |  |  | |
| В | | 144 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХГН С МАССИВНОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | коринфар | |
|  | | Б | допегит | |
|  | | В | гидралазин | |
|  | | Г | эналаприл | |
|  | |  |  | |
| В | | 145 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ ГЛОМЕРУЛОПАТИИ РЕФРАКТЕРНОЙ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ | |
|  | | А | плазмаферез | |
|  | | Б | ритуксимаб | |
|  | | В | азатиоприн | |
|  | | Г | комбинация микофенолатов и плазмофереза | |
|  | |  |  | |
| В | | 146 | ИНГИБИТОРЫ КАЛЬЦИНЕЙРИНА ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ | |
|  | | А | быстропрогрессирующем гломерулонефрите | |
|  | | Б | любых гломерулонефритах | |
|  | | В | фокальном сегментарном гломерулосклерозе | |
|  | | Г | волчаночном нефрите III и IV классов | |
|  | |  |  | |
| В | | 147 | СХЕМОЙ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МАЛОИММУНОГО БПГН С КРЕАТИНИНОМ СЫВОРОТКИ МЕНЕЕ 400 МКМОЛЬ/Л ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | комбинированные в/венные «пульсы» МП с циклофосфаном (ЦФ) | |
|  | | Б | терапия высокими дозами ГКС внутрь с ингибиторами АПФ | |
|  | | В | высокие дозы ГКС с азатиоприном внутрь | |
|  | | Г | монотерапияметилпреднизолоном (МП) внутривенно | |
|  | |  |  | |
| В | | 148 | ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАЗНАЧЕНИЕ СТЕРОИДОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | нефрит с минимальными изменениями | |
|  | | Б | истинная склеродермическая почка | |
|  | | В | активный волчаночный нефрит | |
|  | | Г | поражение почек при гранулематозеВегенера | |
|  | |  |  | |
| В | | 149 | КОРТИКОСТЕРОИДЫ УСИЛИВАЮТ ТОКСИЧНОСТЬ | |
|  | | А | противоязвенных средств | |
|  | | Б | теофиллина | |
|  | | В | тиазидных диуретиков | |
|  | | Г | антигипертензивных препаратов | |
|  | |  |  | |
| В | | 150 | ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | диазепам | |
|  | | Б | глюкокортикостероиды | |
|  | | В | антибиотики | |
|  | | Г | вазодилататоры | |
|  | |  |  | |
| В | | 151 | ТЕРАПИЯ ОТЕКОВ ПРИ ХГН, РЕФРАКТЕРНЫХ К САЛУРЕТИКАМ, ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | изолированную ультрафильтрацию | |
|  | | Б | переход на тиазидовые диуретики | |
|  | | В | проведение экстренного гемодиализа | |
|  | | Г | назначение гепарина | |
|  | |  |  | |
| В | | 152 | НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ KDIGO (2012) ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕРАПИИ IGA-НЕФРОПАТИИ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | рыбий жир не рекомендуется для пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ в связи со слабыми доказательствами его эффективности | |
|  | | Б | микофенолатмофетил не рекомендуется пациентам с риском прогрессирующей потери СКФ | |
|  | | В | у пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ должна проводиться тонзиллэктомия | |
|  | | Г | у пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ преднизолон следует назначать в дозе 1 мг/кг в течение как минимум 10 недель | |
|  | |  |  | |
| В | | 153 | УРОВЕНЬ ЦИКЛОСПОРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОНИЖАЮТ | |
|  | | А | макролиды | |
|  | | Б | алкоголь | |
|  | | В | оральные контрацептивы | |
|  | | Г | преднизолон | |
|  | |  |  | |
| В | | 154 | УРОВЕНЬ ЦИКЛОСПОРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЮТ | |
|  | | А | карбомазепин | |
|  | | Б | барбитураты | |
|  | | В | блокаторы кальциевых каналов | |
|  | | Г | желчегонные | |
|  | |  |  | |
| В | | 155 | К ИНГИБИТОРАМ ИНОЗИНМОНОФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | азатиоприн | |
|  | | Б | ритуксимаб | |
|  | | В | микофенолатамофетил | |
|  | | Г | циклофосфамид | |
|  | |  |  | |
| В | | 156 | ДОЗЫ КАЛЬЦИЙНЕРИНОВЫХ БЛОКАТОРОВ ПОДБИРАЮТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО | |
|  | | А | по возрасту и полу | |
|  | | Б | в зависимости от концентрации препарата в крови | |
|  | | В | из расчета на килограмм массы тела | |
|  | | Г | в зависимости от рациона больного | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Вторичные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 157 | К ВАСКУЛИТУ СРЕДНИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | узелковый полиангиит | |
|  | | Б | аортоартериитТакаясу | |
|  | | В | гигантоклеточный васкулит | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 158 | К ВАСКУЛИТУ МЕЛКИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | болезнь Кавасаки | |
|  | | Б | узелковый полиангиит | |
|  | | В | аортоартериитТакаясу | |
|  | | Г | микроскопический полиангиит, полиангиит с гранулематозом, эозинофильный полиангиит с гранулематозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 159 | НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | узелкового полиартериита | |
|  | | Б | постстрептококкового гломерулонефрита | |
|  | | В | мембранопролиферативного ГН | |
|  | | Г | «шунт» -нефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 160 | В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ (2012) К ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | кожный лейкоцитокластический васкулит | |
|  | | Б | ревматоидный васкулит | |
|  | | В | гипокомплементарныйуртикарный васкулит (анти-С1q-васкулит) | |
|  | | Г | микроскопический полиангиит | |
|  | |  |  | |
| В | | 161 | В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ (2012) К ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | геморрагический | |
|  | | Б | саркоидный | |
|  | | В | эозинофильный гранулематозный полиангиит | |
|  | | Г | паранеопластический | |
|  | |  |  | |
| В | | 162 | ПРОВЕДЕНИЕ АНГИОГРАФИИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ПОКАЗАНО ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ | |
|  | | А | крупного и среднего калибра | |
|  | | Б | среднего или мелкого калибра | |
|  | | В | мелкого калибра | |
|  | | Г | междолевых, дугообразных | |
|  | |  |  | |
| В | | 163 | ДЛЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | не характерен для криоглобулинемического васкулита | |
|  | | Б | наиболее частым вариантом является анти-ГБМ экстракапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | В | при патогенетической терапии функция почек не восстанавливается | |
|  | | Г | наиболее частым вариантом является малоиммунный полулунный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 164 | ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА- ЭТО | |
|  | | А | нарастающая гематурия в первые 3-5 недель болезни | |
|  | | Б | нарастающая протеинурия в первые 3-4 недели болезни | |
|  | | В | удвоение уровня креатинина крови в первые 4-12 недель болезни | |
|  | | Г | гипокомплементемия, развивающаяся в первые 2-4 недели болезни | |
|  | |  |  | |
| В | | 165 | ОДНИМ ИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | наличие олигурии | |
|  | | Б | детский возраст | |
|  | | В | наличие полулуний более чем в 80% клубочков | |
|  | | Г | минимальная протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 166 | БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | ревматоидного артрита | |
|  | | Б | геморрагического васкулита | |
|  | | В | склеродермии | |
|  | | Г | некротизирующих васкулитов | |
|  | |  |  | |
| В | | 167 | ПАТОГЕНЕЗ ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | повреждение антителами гломерулярной базальной мембраны (ГБМ) | |
|  | | Б | формирование иммунных депозитов в клубочках почек (по данным иммунофлюоресцентного исследования биоптата почки) | |
|  | | В | бактериальное инфицирование почечной ткани | |
|  | | Г | тромбоз почечных артерий крупного и среднего калибра | |
|  | |  |  | |
| В | | 168 | ПРИЧИНЫ БПГН ПРИ ОПИОИДНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ НАРКОМАНИИ | |
|  | | А | IgA-нефропатия | |
|  | | Б | сифилитическая мембранозная нефропатия | |
|  | | В | героин-ассоциированная нефропатия | |
|  | | Г | острый бактериальный сепсис | |
|  | |  |  | |
| В | | 169 | ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ АНТИТЕЛЬНОМ ГН СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | наличие иммунных комплексов на ГБМ | |
|  | | Б | наличие антител к ГБМ, отсутствие антинейтрофильных антител | |
|  | | В | отсутствие антител к ГБМ | |
|  | | Г | наличие антинейтрофильных цитоплазматических антител | |
|  | |  |  | |
| В | | 170 | ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ИММУНОКОМПЛЕКСНОМ ГН СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | наличие антинейтрофильных антител | |
|  | | Б | наличие антител к ГБМ | |
|  | | В | наличие иммунных комплексов на ГБМ, отсутствие антинейтрофильных антител | |
|  | | Г | отсутствие антинейтрофильных антител | |
|  | |  |  | |
| В | | 171 | ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ МАЛОИММУННОМ ГН СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ НАЛИЧИЕ | |
|  | | А | антинейтрофильных цитоплазматических антител | |
|  | | Б | криоглобулинов | |
|  | | В | АТ к HCV и HCV-RNA в сыворотке крови и криопреципитатах | |
|  | | Г | положительного волчаночного антикоагулянта | |
|  | |  |  | |
| В | | 172 | ДЛЯ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | резистентность к иммуносупрессивной терапии | |
|  | | Б | безрецидивное течение | |
|  | | В | благоприятный прогноз | |
|  | | Г | отсутствие свечения иммуноглобулинов в клубочках почек при иммунофлюорецентном исследовании | |
|  | |  |  | |
| В | | 173 | В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ПУСКОВУЮ РОЛЬ МОГУТ ИГРАТЬ МИКРОБНЫЕ АГЕНТЫ | |
|  | | А | эшерихия коли | |
|  | | Б | золотистый стафилококк | |
|  | | В | синегнойная палочка | |
|  | | Г | зеленящий стрептококк | |
|  | |  |  | |
| В | | 174 | СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ | |
|  | | А | лекарственного нефрита | |
|  | | Б | гранулематозаВегенера | |
|  | | В | хронического пиелонефрита | |
|  | | Г | системной красной волчанки | |
|  | |  |  | |
| В | | 175 | К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОСС ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | энтероколит | |
|  | | Б | миокардит | |
|  | | В | гломерулонефрит | |
|  | | Г | полинейропатия и множественные мононевриты | |
|  | |  |  | |
| В | | 176 | ДЛЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ХАРАКТЕРНЫ | |
|  | | А | коронариит | |
|  | | Б | инфильтраты в легких, склонные к распаду | |
|  | | В | серозиты | |
|  | | Г | отсутствие гематурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 177 | СОЧЕТАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЭОЗИНОФИЛИИ, ПОРАЖЕНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА И БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА | |
|  | | А | геморрагический васкулит | |
|  | | Б | системная красная волчанка | |
|  | | В | эозинофильный полиангиит с гранулематозом | |
|  | | Г | амилоидоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 178 | ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ РЕДКО ВЫЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | поражение почек | |
|  | | Б | гематурия | |
|  | | В | протеинурия | |
|  | | Г | поражение легких | |
|  | |  |  | |
| В | | 179 | ИЗ ВАРИАНТОВ БПГН НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ПРИ | |
|  | | А | гранулематозеВегенера | |
|  | | Б | эозинофильном гранулематозном полиангиите | |
|  | | В | АНЦА-негативном васкулите | |
|  | | Г | АНЦА-позитивном васкулите | |
|  | |  |  | |
| В | | 180 | У 19-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ЛИХОРАДКИ БЕЗ КАТАРАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПОЯВИЛИСЬ МАКРОГЕМАТУРИЯ, ОТЕКИ, АРТРАЛГИИ, ОДЫШКА, КРОВОХАРКАНЬЕ. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДВУСТОРОННЕЕ СИММЕТРИЧНОЕ ДИССЕМИНИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, КРЕАТИНИН ПЛАЗМЫ КРОВИ 420 МКМОЛЬ/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: | |
|  | | А | острый постинфекционный гломерулонефрит | |
|  | | Б | АНЦА-ассоциированный васкулит | |
|  | | В | геморрагический васкулит (болезнь Геноха-Шенлейна) | |
|  | | Г | системная красная волчанка | |
|  | |  |  | |
| В | | 181 | У БОЛЬНОГО С БПГН ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ | |
|  | | А | амилоидоз почек | |
|  | | Б | бронхоэктатическая болезнь | |
|  | | В | микроскопический полиангиит | |
|  | | Г | узелковый периартериит | |
|  | |  |  | |
| В | | 182 | КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ОПРЕДЕЛЯЕТ | |
|  | | А | эозинофйилия | |
|  | | Б | гранулематозное воспаление | |
|  | | В | бронхиальная астма | |
|  | | Г | геморрагический альвеолит | |
|  | |  |  | |
| В | | 183 | В ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ С ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ | |
|  | | А | кортикостероиды, циклофосфамид, ритуксимаб и плазмаобмены | |
|  | | Б | преднизолон и циклофосфамд | |
|  | | В | монотерапия преднизолоном | |
|  | | Г | плазмаобмены и гемодиализ | |
|  | |  |  | |
| В | | 184 | ПАЦИЕНТАМ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМ ГН, ДОСТИГШИМ РЕМИССИИ, ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ | |
|  | | А | не проводить при отсутствии внепочечных проявлений заболевания | |
|  | | Б | проводить 3 мес при отсутствии внепочечных проявлений заболевания | |
|  | | В | не проводить из-за риска осложнений | |
|  | | Г | проводить не менее 18 мес | |
|  | |  |  | |
| В | | 185 | ОСНОВНЫМ РЕЖИМОМ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МАЛОИММУНОГО БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | высокие дозы кортикостероидов с азатиоприном внутрь | |
|  | | Б | комбинированные внутривенные «пульсы» метил-преднизолона с пероральным введением кортикостероидов и болюсным введением циклофосфана | |
|  | | В | терапия высокими дозами кортикостероидов внутрь с ингибиторами АПФ | |
|  | | Г | монотерапияметилпреднизолоном внутривенно | |
|  | |  |  | |
| В | | 186 | ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА К ПРЕПАРАТАМ I РЯДА (ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, АЛКИЛИРУЮЩИЕ АГЕНТЫ) ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | инфликсимаб, ритуксимаб | |
|  | | Б | ингибиторы кальцинейрина (циклоспорин А, такролимус) | |
|  | | В | прямые антикоагулянты | |
|  | | Г | гемодиализ | |
|  | |  |  | |
| В | | 187 | В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЧТО ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С | |
|  | | А | гнойной инфекцией | |
|  | | Б | вирусом гриппа А2 | |
|  | | В | туберкулезом | |
|  | | Г | инфекцией и нарушенным иммунным ответом | |
|  | |  |  | |
| В | | 188 | АНТИ-ГБМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | волнообразным течением | |
|  | | Б | отсутствием потребности в плазмаферезе | |
|  | | В | линейным свечением иммуноглобулинов вдоль базальных мембран капилляров клубочков | |
|  | | Г | благоприятным прогнозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 189 | СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ АНТИТЕЛЬНОГО БПГН ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | антинейтрофильные антитела | |
|  | | Б | иммунные комплексы на ГБМ | |
|  | | В | наличие антител к ГБМ, отсутствие антинейтрофильных антител | |
|  | | Г | отсутствие антител к ГБМ | |
|  | |  |  | |
| В | | 190 | ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ | |
|  | | А | Гудпасчера | |
|  | | Б | Альпорта | |
|  | | В | Иценко-Кушинга | |
|  | | Г | Киммельстиля-Уильсона | |
|  | |  |  | |
| В | | 191 | ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | тромботической микроангиопатии | |
|  | | Б | повреждении антителами базальной мембраны клубочков | |
|  | | В | фокальном сегментарном гломерулосклерозе | |
|  | | Г | миеломной болезни | |
|  | |  |  | |
| В | | 192 | В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ | |
|  | | А | плазмаферез, кортикостероиды, цитостатики | |
|  | | Б | только кортикостероиды | |
|  | | В | только цитостатики | |
|  | | Г | противовирусные препараты | |
|  | |  |  | |
| В | | 193 | АНТИГЕН ГУДПАСЧЕРА В ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ ВХОДИТ В СОСТАВ | |
|  | | А | интерстиция | |
|  | | Б | мезангия | |
|  | | В | базальной мембраны канальцев | |
|  | | Г | гломерулярной базальной мембраны | |
|  | |  |  | |
| В | | 194 | ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ АНТИ-ГБМ ВАСКУЛИТЕ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | абсцедирующая пневмония | |
|  | | Б | легочное кровотечение | |
|  | | В | отек легких | |
|  | | Г | бронхиальная астма | |
|  | |  |  | |
| В | | 195 | АНТИТЕЛА К АНТИГЕНУ ГУДПАСЧЕРА НАХОДЯТСЯ В КРОВОТОКЕ, КАК ПРАВИЛО, В ТЕЧЕНИЕ | |
|  | | А | 2 недель | |
|  | | Б | 1-2 месяцев | |
|  | | В | полугода | |
|  | | Г | нескольких лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 196 | ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | почечная недостаточность | |
|  | | Б | дыхательная недостаточность | |
|  | | В | нарушения ритма сердца | |
|  | | Г | поражение центральной нервной системы | |
|  | |  |  | |
| В | | 197 | ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | легочное кровотечение | |
|  | | Б | острое повреждение почек | |
|  | | В | нарушения ритма сердца | |
|  | | Г | поражение центральной нервной системы | |
|  | |  |  | |
| В | | 198 | В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА РОЛЬ ПУСКОВОГО МЕХАНИЗМА ЧАЩЕ ВСЕГО ИГРАЮТ | |
|  | | А | вирус Эпштейн-Барр | |
|  | | Б | грамотрицательные бактерии | |
|  | | В | грамположительные бактерии | |
|  | | Г | вирус гриппа | |
|  | |  |  | |
| В | | 199 | СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ГРУППЕ | |
|  | | А | молодых мужчин | |
|  | | Б | женщин детородного возраста | |
|  | | В | женщин постменопаузального возраста | |
|  | | Г | пациентов старшего возраста обоего пола | |
|  | |  |  | |
| В | | 200 | ЧАСТОТА ФЕНОМЕНА ДВОЙНОЙ СЕРОПОЗИТИВНОСТИ С СОЧЕТАНИЕМ ЧЕРТ АНЦА-ВАСКУЛИТА И СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 30% | |
|  | | Б | 75% | |
|  | | В | 50% | |
|  | | Г | 15% | |
|  | |  |  | |
| В | | 201 | ДЛЯ IgA ВАСКУЛИТА (ПУРПУРА ШЕНЛЯЙНА-ГЕНОХА) СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | циклофосфамид доказал свою эффективность при медленно прогрессирующем IgA васкулите | |
|  | | Б | IgA васкулит никогда не возникает после 40 лет | |
|  | | В | изменено гликозилирование сывороточного IgA1 | |
|  | | Г | кортикостероиды, назначаемые при появлении сыпи, снижают риск последующего нефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 202 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | болезни Шенлейн-Геноха | |
|  | | Б | узелковом полиартериите | |
|  | | В | васкулите с криоглобулинемией | |
|  | | Г | Jg-A нефропатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 203 | ПУРПУРА ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ | |
|  | | А | старше 60 лет | |
|  | | Б | 20 - 40 лет | |
|  | | В | 40 - 60 лет | |
|  | | Г | до 20 лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 204 | ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА У БОЛЬНЫХ С ПУРПУРОЙ ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА | |
|  | | А | минимальные изменения | |
|  | | Б | Ig-A нефропатия | |
|  | | В | фокально-сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Г | мембрано-пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 205 | ПРИ ПУРПУРЕ ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ | |
|  | | А | любом мочевом синдроме | |
|  | | Б | протеинурии более 1 г/сутки | |
|  | | В | макрогематурии | |
|  | | Г | протеинурии менее 0,5 г/сут | |
|  | |  |  | |
| В | | 206 | ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 16 ЛЕТ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПОЯВИЛИСЬ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ, БОЛИ В СУСТАВАХ, В ЖИВОТЕ, КРАСНОВАТАЯ МОЧА, АД 130/80 ММ РТ.СТ, ВЫЯВЛЕНЫ НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ АНЕМИЯ, ПРОТЕИНУРИЯ 0,33 Г/Л, ЭРИТРОЦИТУРИЯ – ВСЕ П/ЗРЕНИЯ, КРЕАТИНИН КРОВИ 86 МКМОЛЬ/Л, ДИАГНОСТИРОВАНА ПУРПУРА ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА, ТО РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ БУДЕТ НАЗНАЧЕНИЕ | |
|  | | А | только ингибиторов АПФ | |
|  | | Б | ингибиторов АПФ и преднизолона | |
|  | | В | преднизолона и микофенолатамофетила | |
|  | | Г | преднизолона и циклофосфамида | |
|  | |  |  | |
| В | | 207 | ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНЫ МОФРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ | |
|  | | А | сегментарный некротизирующийгломерулит | |
|  | | Б | мезангиальная пролиферация | |
|  | | В | субэпителиальные ± субэндотелиальные и мезангиальные депозиты всех классов иммуноглобулинов по данным иммунофлюоресценции, иммуногистохимии | |
|  | | Г | фибриноидный некроз | |
|  | |  |  | |
| В | | 208 | КРИТЕРИЯМИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕМБРАНОЗНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА СЧИТАЮТ | |
|  | | А | протеинурия менее 3 г/сутки | |
|  | | Б | НС, увеличение сывороточного креатинина на 30% и более | |
|  | | В | нормальная функция почек | |
|  | | Г | смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 209 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ | |
|  | | А | 70% | |
|  | | Б | 15% | |
|  | | В | 25% | |
|  | | Г | 50% | |
|  | |  |  | |
| В | | 210 | ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПО КРИТЕРИЯМ ACR ДОСТАТОЧНО | |
|  | | А | 4 критериев из 6 | |
|  | | Б | 3 критерия из 6 | |
|  | | В | 3 критериев из 11 | |
|  | | Г | 4 критерия из 11 | |
|  | |  |  | |
| В | | 211 | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | фотосенсибилизацию | |
|  | | Б | дискоидную сыпь | |
|  | | В | развитие нефрита в первые 3-6 мес от начала болезни | |
|  | | Г | иммунологические нарушения | |
|  | |  |  | |
| В | | 212 | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | прогрессирующую почечную недостаточность | |
|  | | Б | язвы слизистых оболочек | |
|  | | В | артрит | |
|  | | Г | антифосфолипидные антитела | |
|  | |  |  | |
| В | | 213 | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | плеврит | |
|  | | Б | женский пол | |
|  | | В | волчаночный нефрит IV класса | |
|  | | Г | генерализованная дискоидная сыпь | |
|  | |  |  | |
| В | | 214 | ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СКВ | |
|  | | А | повышение СОЭ | |
|  | | Б | отрицательный результат теста на анти-β2-гликопротеин I (IgA, IgG. IgM) | |
|  | | В | отрицательная реакция Кумбса при наличии гемолитической анемии | |
|  | | Г | антитела к нативной ДНК, антиядерные антитела, антифосфолипидные антитела, низкий уровень С3 и С4 компонентов комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 215 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА В ОСНОВНОМ ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | стероиды и цитостатики | |
|  | | Б | антибиотики | |
|  | | В | иммуностимуляторы | |
|  | | Г | НПВП | |
|  | |  |  | |
| В | | 216 | ПАЦИЕНТУ С СКВ И ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПОКАЗАНО ПРИ | |
|  | | А | нефротическом синдроме | |
|  | | Б | поражении легких с кровохарканьем | |
|  | | В | экстраренальных симптомах СКВ | |
|  | | Г | протеинурии и микрогематурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 217 | ИНДУКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СКВ И ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ IV КЛАССА И СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | преднизолон и азатиоприн | |
|  | | Б | преднизолон | |
|  | | В | преднизолон, циклофосфан/микофенолаты и плаквенил | |
|  | | Г | плаквенил | |
|  | |  |  | |
| В | | 218 | КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ | |
|  | | А | артериальной гипотензией | |
|  | | Б | поливалентной аллергией | |
|  | | В | гиповолемическим шоком | |
|  | | Г | остеопорозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 219 | СРЕДИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СКВ МОГУТ БЫТЬ | |
|  | | А | повышенный уровень С3 компонентов комплемента | |
|  | | Б | антифосфолипидные антитела (положительный волчаночный антикоагулянт, ложноположительная реакция Вассермана) | |
|  | | В | повышенный уровень С4 компонентов комплемента | |
|  | | Г | аутоантитела к РНК-полимеразе III | |
|  | |  |  | |
| В | | 220 | ПРИ СКВ БИОПСИЯ ПОЧКИ ПОКАЗАНА | |
|  | | А | всем пациентам с остронефритическим синдромом | |
|  | | Б | пациентам с любыми признаками поражения почек | |
|  | | В | только пациентам с нефротическим синдромом | |
|  | | Г | только пациентам с нарушением функции почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 221 | МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ВЫДЕЛЯЕТ ИЗМЕНЕНИЯ | |
|  | | А | 6 классов | |
|  | | Б | 3 класса | |
|  | | В | 4 класса | |
|  | | Г | 5 классов | |
|  | |  |  | |
| В | | 222 | ФАКТОРОМ, УХУДШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | развитие амилоидоза | |
|  | | Б | поражение нервной системы | |
|  | | В | антифосфолипидный синдром | |
|  | | Г | экстраренальные симптомы | |
|  | |  |  | |
| В | | 223 | ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ | |
|  | | А | может быть выполнена при отсутствии или минимальной активности СКВ в течение ≥6 мес | |
|  | | Б | противопоказана | |
|  | | В | сопровождается высоким риском потери трансплантата | |
|  | | Г | сопровождается высоким риском рецидива в трансплантате | |
|  | |  |  | |
| В | | 224 | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ БОЛЬНЫХ | |
|  | | А | хроническим пиелонефритом | |
|  | | Б | хроническим алкоголизмом | |
|  | | В | гемофилией | |
|  | | Г | на гемодиализе с центральным венозным катетером | |
|  | |  |  | |
| В | | 225 | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | пациентов с туберкулёзом | |
|  | | Б | героиновых наркоманов и ВИЧ-инфицированных | |
|  | | В | наличие ХБП | |
|  | | Г | атеросклероз коронарных артерий | |
|  | |  |  | |
| В | | 226 | ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | низкий риск реинфекции | |
|  | | Б | отсутствие склонности заболевания к рецидивирующему течению | |
|  | | В | смещение эпидемиологического спектра заболевания в сторону высокопатогенных, внутрибольничных штаммов возбудителей | |
|  | | Г | хороший ответ на антибактериальную терапию | |
|  | |  |  | |
| В | | 227 | ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | Низкую внутригоспитальную летальность | |
|  | | Б | благоприятный прогноз выживаемости | |
|  | | В | высокую чувствительность возбудителя к антибактериальной терапии | |
|  | | Г | трудности дозировки антибактериальных препаратов в связи с изменением их фармакодинамики в процессе процедуры гемодиализа | |
|  | |  |  | |
| В | | 228 | ОСОБЕННОСТИ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ГЕРОИНОВЫХ НАРКОМАНОВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | поражение правых камер сердца с ранним развитием СН | |
|  | | Б | инфаркты почки | |
|  | | В | поражение левых камер сердца | |
|  | | Г | маловыраженная клиническая картина | |
|  | |  |  | |
| В | | 229 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ОПП ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ- ЭТО | |
|  | | А | острый пиелонефрит | |
|  | | Б | острый кортикальный некроз при тромбэмболии в ствол почечной артерии | |
|  | | В | билатеральный стеноз почечных артерий | |
|  | | Г | дегидратация | |
|  | |  |  | |
| В | | 230 | ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ | |
|  | | А | молодого возраста | |
|  | | Б | клапаннойрегургитации без симптомов сердечной недостаточности | |
|  | | В | гемодинамических нарушений/тяжелой сердечной недостаточности | |
|  | | Г | инфицированного сосудистого доступа | |
|  | |  |  | |
| В | | 231 | ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ ТХПН НА РЕГУЛЯРНОМ ГД- ЭТО | |
|  | | А | высокая частота развития инфицированной эмболии ветвей легочной артерии с последующим развитием инфарктной пневмонии | |
|  | | Б | поражение только левых камер сердца | |
|  | | В | преимущественно развивается у лиц пожилого возраста | |
|  | | Г | амилоидоз почек является самой частой патологией при подостром течении | |
|  | |  |  | |
| В | | 232 | ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВЫЗЫВАЮТ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК | |
|  | | А | инфаркт почек | |
|  | | Б | острый кортикальный некроз | |
|  | | В | иммунокомплексный гломерулонефрит (очаговый, диффузный пролиферативный) | |
|  | | Г | амилоидоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 233 | ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВЫЗЫВАЮТ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК | |
|  | | А | амилоидоз почек | |
|  | | Б | пиелонефрит | |
|  | | В | абсцессы почек | |
|  | | Г | васкулит почечных сосудов | |
|  | |  |  | |
| В | | 234 | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 4-6 недель | |
|  | | Б | 2-4 недели | |
|  | | В | 8-10 недель | |
|  | | Г | более 10 недель | |
|  | |  |  | |
| В | | 235 | ТЕРМИН ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ (HIV-AN) ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ | |
|  | | А | IgA-нефропатии | |
|  | | Б | остром диффузном пролиферативном ГН | |
|  | | В | агрессивном ФСГС | |
|  | | Г | мембранозной гломерулопатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 236 | К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ, ОБУСЛОВЛЕННОМУ ПРЯМЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВИЧ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | ВИЧ-ассоциированную нефропатию (коллапсирующую гломерулопатию) | |
|  | | Б | экстракапиллярный полулунный гломерулонефрит | |
|  | | В | туберкулез почек | |
|  | | Г | криоглобулинемический гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 237 | К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ, ОБУСЛОВЛЕННОМУ ОПОСРЕДОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВИЧ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | тубулоинтерстициальный нефрит на фоне хантавирусной инфекции | |
|  | | Б | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | В | саркому Капоши | |
|  | | Г | поражение почек парвовирусом В19 | |
|  | |  |  | |
| В | | 238 | ЕСЛИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО МУЖЧИНЫ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, ПОДАВЛЯЮЩЕЙ РЕПЛИКАЦИЮ ВИРУСА, ВЫЯВЛЕНА ДИСФУНКЦИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ,РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ФАНКОНИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИМЕНЕНИЕМ | |
|  | | А | эфавиренца | |
|  | | Б | ритонавира | |
|  | | В | аллопуринола | |
|  | | Г | тенофовира | |
|  | |  |  | |
| В | | 239 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО НЕФРИТА ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | изолированный мочевой синдром | |
|  | | Б | изолированный нефротический синдром | |
|  | | В | нефротический синдром с выраженной артериальной гипертензией | |
|  | | Г | макрогематурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 240 | НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | идиопатического быстропрогрессирующего гломерулонефрита | |
|  | | Б | криоглобулинемии | |
|  | | В | пурпуры Шенляйна-Геноха | |
|  | | Г | синдрома Гудпасчера | |
|  | |  |  | |
| В | | 241 | ИММУНОКОМПЛЕКСНЫЙ ВАСКУЛИТ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | микроскопический полиангиит | |
|  | | Б | эозинофильный полиангиит с гранулематозом | |
|  | | В | полиангиит с гранулематозом | |
|  | | Г | криоглобулинемический васкулит, волчаночный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 242 | ЛЕЧЕНИЕ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | комбинация противовирусных препаратов, преднизолона и ритуксимаба | |
|  | | Б | только противовирусные препараты | |
|  | | В | только преднизолон | |
|  | | Г | преднизолон в комбинации с циклофосфамидом | |
|  | |  |  | |
| В | | 243 | КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | миеломной болезни | |
|  | | Б | вирусном гепатите С | |
|  | | В | хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции | |
|  | | Г | паразитарных инфекциях | |
|  | |  |  | |
| В | | 244 | ДЛЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА «ТРИАДА МЕЛЬТЦЕРА», ВКЛЮЧАЮЩАЯ: | |
|  | | А | синдром Рейно, полинейропатию, анемию | |
|  | | Б | лихорадку, пурпуру, синдром Рейно | |
|  | | В | пурпуру, артралгии, астению в сочетании с криоглобулинемиейII типа | |
|  | | Г | синдром Шегрена, гепатомегалию, спленомегалию | |
|  | |  |  | |
| В | | 245 | СОЧЕТАНИЕ ОТЛОЖЕНИЯ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В КЛУБОЧКАХ И ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТЕИНУРИИ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВОЗМОЖНО ПРИ | |
|  | | А | липоидном нефрозе | |
|  | | Б | дистальном почечном канальцевом ацидозе | |
|  | | В | криоглобулинемическом гломерулонефрите | |
|  | | Г | наследственном нефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 246 | ПРИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОМ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОМ ГН ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ ДЕПОЗИТОВ ПРИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРЕДСТАВЛЕН | |
|  | | А | C1q | |
|  | | Б | IgA | |
|  | | В | C3 | |
|  | | Г | IgG | |
|  | |  |  | |
| В | | 247 | КРУПНЫЕ СУБЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ДЕПОЗИТЫ С ОРГАНИЗОВАННОЙ СТРУКТУРОЙ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | криоглобулинемии | |
|  | | Б | болезни плотных депозитов | |
|  | | В | остром постстрептококковом гломерулонефрите | |
|  | | Г | множественной миеломе | |
|  | |  |  | |
| В | | 248 | ЭССЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕН ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ | |
|  | | А | пожилой возраст | |
|  | | Б | пубертатный период | |
|  | | В | молодой возраст | |
|  | | Г | старческий возраст | |
|  | |  |  | |
| В | | 249 | ОСНОВНОЙ ФОРМОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HCV-ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | ТИН с почечно-канальцевым ацидозом и синдромом Фанкони | |
|  | | Б | болезнь минимальных изменений | |
|  | | В | ФСГС | |
|  | | Г | криоглобулинемическиймезангиокапиллярный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 250 | ПРОВЕДЕНИЕ АНТИВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОМ ГН, АССОЦИИРОВАННОМ С HCV-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОКАЗАНО | |
|  | | А | с учетом генотипа вируса гепатита С и стадии ХБП | |
|  | | Б | только пациентам без признаков цирроза печени | |
|  | | В | только пациентам с сохранной функцией почек | |
|  | | Г | всем пациентам | |
|  | |  |  | |
| В | | 251 | БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОМ ГН, АССОЦИИРОВАННОМ С HВV-ИНФЕКЦИЕЙ, ХАРАКТЕРЕН ПРИ | |
|  | | А | МКГН у взрослых я | |
|  | | Б | мембранозном ГН у детей, в 50% случаев отмечается спонтанная ремисси | |
|  | | В | снижении функции почек в дебюте заболевания | |
|  | | Г | наличии НС отмечают высокую почечную выживаемость | |
|  | |  |  | |
| В | | 252 | БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОМ ГН, АССОЦИИРОВАННОМ С HCV-ИНФЕКЦИЕЙ, ХАРАКТЕРЕН ПРИ | |
|  | | А | латентном течении ГН с медленным прогрессированием ПН | |
|  | | Б | возрасте старше 50 лет с рецидивирующей кожной пурпурой | |
|  | | В | низком уровне С3-компонента комплемента, высоком уровне криокрита (>5%) | |
|  | | Г | сочетании HCV и HВV-инфекции | |
|  | |  |  | |
| В | | 253 | ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОМ ГН, АССОЦИИРОВАННОМ С HCV-ИНФЕКЦИЕЙ- ЭТО | |
|  | | А | выраженные признаки криоглобулинемического васкулита | |
|  | | Б | резистентность к антивирусным препаратам | |
|  | | В | почечная недостаточность с сердечно-сосудистыми осложнениями | |
|  | | Г | осложнения антивирусной терапии | |
|  | |  |  | |
| В | | 254 | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА- ЭТО | |
|  | | А | протеинурия более 2 г/л | |
|  | | Б | снижение концентрации натрия в крови и в суточной моче с быстрым ростом креатинина сыворотки крови | |
|  | | В | нарастающий холестаз | |
|  | | Г | изолированный асцит | |
|  | |  |  | |
| В | | 255 | БЕЗОПАСНЫЕ СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ | |
|  | | А | селективные вазоконстрикторы – агонисты V1R вазопрессина | |
|  | | Б | периферические вазодилататоры | |
|  | | В | парацентез | |
|  | | Г | петлевые диуретики | |
|  | |  |  | |
| В | | 256 | ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА МЕТОДОМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | стандартный интермиттирующий гемодиализ | |
|  | | Б | альбуминовый диализ | |
|  | | В | перитонеальный диализ | |
|  | | Г | трансплантация почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 257 | СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АССИМЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ | |
|  | | А | геморрагического васкулита | |
|  | | Б | системной красной волчанки | |
|  | | В | амилоидоза с поражением почек | |
|  | | Г | узелкового полиартериита | |
|  | |  |  | |
| В | | 258 | ЧАЩЕ ВСЕГО У ПАЦИЕНТОВ С УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ | |
|  | | А | гепатит В | |
|  | | Б | гломерулонефрит | |
|  | | В | легочное кровотечение | |
|  | | Г | ревматическая полимиалгия | |
|  | |  |  | |
| В | | 259 | ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ПОЧКАХ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ | |
|  | | А | пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | Б | мембранозный гломерулонефрит | |
|  | | В | поражение артерий с образованием аневризм и инфарктов в почках | |
|  | | Г | фибропластический гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 260 | ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | анти ГБМ-нефрит | |
|  | | Б | IgA-нефропатия | |
|  | | В | минимальные изменения | |
|  | | Г | быстро прогрессирующий гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Тубулоинтерстициальные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 261 | НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НА ФОНЕ НЕ ВОССТАНОВЛЕННОГО ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОРАЖЕННОЙ ПОЧКИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К | |
|  | | А | развитию бактериотоксического шока | |
|  | | Б | развитию геморрагического шока | |
|  | | В | тяжелой нефрогенной гипертонии | |
|  | | Г | энцефалопатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 262 | ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТИН НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | обнаружение иммунных комплексов в интерстиции | |
|  | | Б | перигломерулярный фиброз | |
|  | | В | наличие инфильтратов в интерстиции из лимфоцитов и плазматических клеток | |
|  | | Г | атрофия канальцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 263 | НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРИ ОСТРОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | аллергические реакции | |
|  | | Б | распространенные мононуклеарные инфильтраты в интерстиции почки | |
|  | | В | гематурия | |
|  | | Г | гиперкалиемия | |
| В | | 264 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ IgG4-АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ- ЭТО | |
|  | | А | мембранопролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | Б | мембранозная нефропатия | |
|  | | В | тубулоинтерстициальный нефрит | |
|  | | Г | гидронефроз вследствие ретроперитонеального фиброза | |
|  | |  |  | |
| В | | 265 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | |
|  | | А | саркоидоз | |
|  | | Б | узелковый периартериит | |
|  | | В | болезнь Бехчета | |
|  | | Г | ревматическая полимиалгия | |
|  | |  |  | |
| В | | 266 | ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ ПРИ САРКОИДОЗЕ ВНОСЯТ НАРУШЕНИЯ | |
|  | | А | углеводов | |
|  | | Б | обмена пуринов, гиперурикемия, гиперурикозурия | |
|  | | В | обмена кальция, гиперкальциемия и гиперкальциурия | |
|  | | Г | канальцевых функций | |
|  | |  |  | |
| В | | 267 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ САРКОИДОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | ФСГС | |
|  | | Б | обструктивную нефропатию вследствие сдавления мочевых путей забрюшинными лимфоузлами | |
|  | | В | криоглобулинемический ГН | |
|  | | Г | проксимальные тубулярные расстройства | |
|  | |  |  | |
| В | | 268 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ САРКОИДОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | ФСГС | |
|  | | Б | ренальный тубулярный ацидоз 1 типа | |
|  | | В | почечный несахарный диабет | |
|  | | Г | интерстициальный (гранулематозный) нефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 269 | ПРИ ВИТАМИН D-ЗАВИСИМОМ РАХИТЕ ИМЕЕТСЯ | |
|  | | А | нарушение образования в почках 1,25-дигидроксихолекальциферола | |
|  | | Б | повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону | |
|  | | В | недостаточное поступление витамина D | |
|  | | Г | снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах | |
|  | |  |  | |
| В | | 270 | ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ ИМЕЕТСЯ | |
|  | | А | нарушение всасывания фосфата в проксимальных канальцах и кишечнике | |
|  | | Б | снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах | |
|  | | В | нарушение транспорта глюкозы в проксимальных канальцах и кишечнике | |
|  | | Г | повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону | |
|  | |  |  | |
| В | | 271 | ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ БАЛАНСА КАЛИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОМ КАНАЛЬЦЕВОМ АЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | повышение реабсорбции калия в нефроне | |
|  | | Б | переход калия из вне- во внутриклеточное пространство | |
|  | | В | снижение реабсорбции калия в нефроне | |
|  | | Г | нарушение реабсорбции калия в кишечнике | |
|  | |  |  | |
| В | | 272 | ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОГО СОЛЕВОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | низкая чувствительность к альдостерону | |
|  | | Б | повышенная чувствительность к альдостерону | |
|  | | В | сниженная чувствительность к паратгормону | |
|  | | Г | повышенная чувствительность к паратгормону | |
|  | |  |  | |
| В | | 273 | ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО СОЛЕВОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ | |
|  | | А | глюкозы | |
|  | | Б | вазопрессина | |
|  | | В | альдостерона | |
|  | | Г | натрия хлорида | |
|  | |  |  | |
| В | | 274 | ПРИЗНАКАМИ КАЛИЙПЕНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | тубулоинтерстициальный фиброз с кистами, пиелонефритом и исходом в нефросклероз | |
|  | | Б | быстропрогрессирующая почечная недостаточность | |
|  | | В | протеинурия более 2 г/л | |
|  | | Г | полидипсия | |
|  | |  |  | |
| В | | 275 | ПРИ ПОЧЕЧНОМ ТУБУЛЯРНОМ АЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ | |
|  | | А | снижение реабсорбции глюкозы | |
|  | | Б | снижение реабсорбции аминокислот | |
|  | | В | снижение реабсорбции бикарбонатов, ограничение транспорта ионов Н | |
|  | | Г | гиперфосфатемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 276 | СИНДРОМ БАРТТЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | метаболическим ацидозом | |
|  | | Б | гиперкалиемией | |
|  | | В | вторичным гиперальдостеронизмом | |
|  | | Г | диареей | |
|  | |  |  | |
| В | | 277 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ | |
|  | | А | васкулит | |
|  | | Б | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | В | иммунокмплексный интерстициальный нефрит | |
|  | | Г | тромботическую микроангиопатию | |
|  | |  |  | |
| В | | 278 | ПЕРВИЧНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ МИКРОАНГИОПАТИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП), обусловленную аномалиями ADAMTS-13 | |
|  | | Б | беременность и роды (преэклампсия-эклампсия, HELLP-синдром) | |
|  | | В | аутоиммунные заболевания (СКВ, АФС) | |
|  | | Г | инфекции (ВИЧ, грипп H1N1) | |
|  | |  |  | |
| В | | 279 | ВТОРИЧНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ МИКРОАНГИОПАТИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП), обусловленную аномалиями ADAMTS-13 | |
|  | | Б | типичный гемолитико-уремический синдром (тГУС), индуцированный инфекцией | |
|  | | В | атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), обусловленный генетическими нарушениями/изменениями иммунной системы, приводящими к патологии комплемента | |
|  | | Г | беременность и роды (преэклампсия-эклампсия, HELLP-синдром) | |
|  | |  |  | |
| В | | 280 | ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | мембранозной нефропатии | |
|  | | Б | первичном антифосфолипидном синдроме | |
|  | | В | IgA-нефропатии | |
|  | | Г | миеломной болезни | |
|  | |  |  | |
| В | | 281 | В ПАТОГЕНЕЗЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ | |
|  | | А | активация протромбина | |
|  | | Б | нарушение фибринолиза | |
|  | | В | диссеминированное внутрисосоудистое свертывание | |
|  | | Г | повреждение эндотелия и агрегация тромбоцитов | |
|  | |  |  | |
| В | | 282 | В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛЕЖИТ | |
|  | | А | генетически-детерминированные нарушения регуляции системы комплемента | |
|  | | Б | повреждение эндотелия сосудов шига-токсином | |
|  | | В | антитела к компонентам системы комплемента | |
|  | | Г | дефицит или нарушение функции фермента ADAMTS-13 | |
|  | |  |  | |
| В | | 283 | ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | мембранозной нефропатии | |
|  | | Б | патологии в системе регуляции альтернативного пути комплемента | |
|  | | В | IgA-нефропатии | |
|  | | Г | мембранопролиферативном гломерулонефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 284 | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ | |
|  | | А | лейкоцитоз, анемия | |
|  | | Б | анемия, тромбоцитоз | |
|  | | В | высокий уровень ЛДГ крови, тромбоцитопения | |
|  | | Г | эритроцитоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 285 | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | тромбозы крупных вен или артерий | |
|  | | Б | микроангиопатическая гемолитическая анемия | |
|  | | В | септическая лихорадка | |
|  | | Г | тромбоцитоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 286 | СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАГИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | Shiga токсин E. Coli– ассоциированный ГУС | |
|  | | Б | атипичный гемолитико-уремический синдром | |
|  | | В | тромботическая тромбоцитопеническая пурпура | |
|  | | Г | антифосфолипидный синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 287 | С ЭНТЕРОБАКТЕРИЯМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ | |
|  | | А | геморрагическая лихорадка с почечным синдромом | |
|  | | Б | гломерулонефрит | |
|  | | В | тубулоинтерстициальный нефрит | |
|  | | Г | гемолитикоуремический синдром, пиелонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 288 | ВТОРИЧНЫЕ ФОРМЫ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ АССОЦИИРОВАНЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ | |
|  | | А | злокачественными опухолями | |
|  | | Б | мегалобластной анемией | |
|  | | В | множественной миеломой | |
|  | | Г | циррозом печени | |
|  | |  |  | |
| В | | 289 | ДЛЯ ТИПИЧНОГО (ПОСТДИАРЕЙНОГО) ГУС ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | отсутствие гематурии | |
|  | | Б | злокачественная артериальная гипертензия | |
|  | | В | сезонность, редкие рецидивы, манифестация заболевания через 2-14 дней от начала диареи | |
|  | | Г | трансформация ОПП в ХБП | |
|  | |  |  | |
| В | | 290 | ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИНЕНТОВ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | нарушения регуляции системы комплемента | |
|  | | Б | повреждение эндотелия сосудов шига-токсином | |
|  | | В | антитела к металлопротеиназе ADAMTS-13 | |
|  | | Г | ВИЧ-инфекцию | |
|  | |  |  | |
| В | | 291 | ДЛЯ УСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ТРЕБУЕТСЯ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ | |
|  | | А | определение концентрации компонентов комплемента в крови | |
|  | | Б | биопсия почки | |
|  | | В | лабораторное подтверждение признаков тромботической микроангиопатии при исключении иных возможных ее причин | |
|  | | Г | генетическое исследование | |
|  | |  |  | |
| В | | 292 | МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | плазмотерапия в режимах инфузий свежезамороженной плазмы или высокообъемный плазмообмен | |
|  | | Б | эритропоэтин | |
|  | | В | кортикостероиды | |
|  | | Г | цитостатики | |
|  | |  |  | |
| В | | 293 | МЕТОДОМ ТЕРАПИИ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | ритуксимаб – моноклональное антитело | |
|  | | Б | экулизумаб – препарат группы комплимент-ингибирующих антител | |
|  | | В | кортикостероиды | |
|  | | Г | антибактериальные препараты | |
|  | |  |  | |
| В | | 294 | ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | щига-токсины, продуцирующие Escherichiacoli-ассоциированные ГУС | |
|  | | Б | ТТП с врожденным дефицитом ADAMTS13 | |
|  | | В | тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) с анти-ADAMTS13 антителами | |
|  | | Г | aГУС-ассоциированный с мутациями мембранного кофакторного антигена | |
|  | |  |  | |
| В | | 295 | ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНА С | |
|  | | А | метастатическим поражением микроциркуляторного русла | |
|  | | Б | воздействием применяемых для лечения онкозаболевания препаратов | |
|  | | В | метастатическим поражением костного мозга | |
|  | | Г | токсическим поражением печени | |
|  | |  |  | |
| В | | 296 | ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ | |
|  | | А | шига-подобный токсин | |
|  | | Б | антитела к фосфолипидам | |
|  | | В | дефицит факторов регуляции комплемента | |
|  | | Г | дефицит фермента ADAMTS-13 | |
|  | |  |  | |
| В | | 297 | ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ STEC-ГУС | |
|  | | А | шига-подобный токсин | |
|  | | Б | дефицит фермента ADAMTS-13 | |
|  | | В | антитела к фосфолипидам | |
|  | | Г | дефицит факторов регуляции комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 298 | ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА | |
|  | | А | ингибиция vegf и pigf | |
|  | | Б | синтез антител к фосфолипидам | |
|  | | В | дефицит фермента ADAMTS-13 | |
|  | | Г | дефицит факторов регуляции комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 299 | КАТАСТРОФИЧЕСКИЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С ДОКАЗАННЫМ АФС ПРИ НАЛИЧИИ | |
|  | | А | некрозов кожи | |
|  | | Б | тяжелой анемии и тромбоцитопении | |
|  | | В | одновременного поражения трех и более жизненно-важных органов с развитием полиорганной недостаточности | |
|  | | Г | анурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 300 | ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА | |
|  | | А | АТ к кардиолипину классов IgG и/или IgM, АТ к β2-гликопротеиду-1 | |
|  | | Б | aнти-БМК антитела | |
|  | | В | c-ANCA | |
|  | | Г | p-ANCA | |
|  | |  |  | |
| В | | 301 | ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ПЕРВИЧНОГО КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АФС ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | фибринолитики | |
|  | | Б | пульсы циклофосфамида | |
|  | | В | ритуксимаб | |
|  | | Г | прямые антикоагулянты в сочетании с метилпреднизолоном, свежезамороженной плазмой и/или внутривенным иммуноглобулином | |
|  | |  |  | |
| В | | 302 | ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ | |
|  | | А | нефракционированного гепарина или низкомолекулярного гепарина | |
|  | | Б | глюкокортикоидов | |
|  | | В | цитостатиков | |
|  | | Г | плазмообмена | |
|  | |  |  | |
| В | | 303 | В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ | |
|  | | А | гепарин | |
|  | | Б | варфарин, ацетилсалициловая кислота | |
|  | | В | клопидогрел | |
|  | | Г | дипиридамол | |
|  | |  |  | |
| В | | 304 | У ПАЦИЕНТКИ СТАРШЕ 65 ЛЕТ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АГ ДОЛЖЕН БЫТЬ ИСКЛЮЧЕН КАК ПРЕПАРАТ 1-Й ЛИНИИ | |
|  | | А | тиазидные диуретики | |
|  | | Б | бета-блокатор | |
|  | | В | блокаторв кальциевых каналов | |
|  | | Г | блокаторы рецепторов ангиотензина | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Обменные нефропатии** | |
|  | |  |  | |
| В | | 305 | НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СД ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | амилоидное поражение базальной мембраны клубочков | |
|  | | Б | экстракапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | В | интракапиллярный гломерулосклероз | |
|  | | Г | острая уратная блокада | |
|  | |  |  | |
| В | | 306 | ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ И ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО | |
|  | | А | дробное введение инсулина | |
|  | | Б | введение пролонгированного инсулина | |
|  | | В | сочетание пролонгированного инсулина с дробным его введением | |
|  | | Г | применение метформина | |
|  | |  |  | |
| В | | 307 | ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ | |
|  | | А | склероз почечных артерий и гиалиноз эфферентных артериол | |
|  | | Б | гиалиноз эфферентных артериол | |
|  | | В | гиалиноз афферентных артериол | |
|  | | Г | склероз почечных артерий и гиалиноз афферентных артериол | |
|  | |  |  | |
| В | | 308 | КРИТИЧЕСКАЯ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ | |
|  | | А | ишемической болезни почек | |
|  | | Б | узловатого гломерулосклероза | |
|  | | В | гипоренинемическогогипоальдостеронизма | |
|  | | Г | нейрогенной дисфункции мочевого пузыря | |
|  | |  |  | |
| В | | 309 | С МОМЕНТА УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СД ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЧЕВОЙ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ | |
|  | | А | ежегодно при СД 2 типа | |
|  | | Б | независимо от времени установления диагноза у всех пациентов с СД 2 типа | |
|  | | В | ежегодно у всех пациентов с СД 1 типа | |
|  | | Г | только при недостаточном контроле уровня гликемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 310 | У ПАЦИЕНТОВ СД 1 ТИПА, ЗАБОЛЕВШИХ В РАННЕМ ДЕТСКОМ И ПОСТПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ, СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ: | |
|  | | А | сразу при постановке диагноза | |
|  | | Б | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | В | с момента постановки диагноза ежегодно | |
|  | | Г | ежеквартально | |
|  | |  |  | |
| В | | 311 | У ПАЦИЕНТОВ СД 1 ТИПА, ЗАБОЛЕВШИХ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ, СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ | |
|  | | А | ежеквартально | |
|  | | Б | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | В | сразу при постановке диагноза, далее - ежегодно | |
|  | | Г | при каждом обращении в поликлинику | |
|  | |  |  | |
| В | | 312 | БЕРЕМЕННЫМ НА ФОНЕ СД ИЛИ БОЛЬНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ СД СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ | |
|  | | А | 1 раз в триместр | |
|  | | Б | через год от дебюта диабета | |
|  | | В | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | Г | только для контроля эффективности гипогликемической терапии | |
|  | |  |  | |
| В | | 313 | К ОСОБЕННОСТЯМ НЕФРОТИЧЕРКОГО СИНДРОМА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | гипер-альфа2-глобулинемия | |
|  | | Б | отсутствие гиперхолестеринемии | |
|  | | В | умеренная выраженность отеков | |
|  | | Г | резистентность к мочегонным и другим препаратам | |
|  | |  |  | |
| В | | 314 | ПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ: | |
|  | | А | развитие нефропатии в первые 2-3 года заболевания диабетом | |
|  | | Б | макрогематурия | |
|  | | В | часто рецидивирующий хронический пиелонефрит | |
|  | | Г | снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 | |
|  | |  |  | |
| В | | 315 | ПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ | |
|  | | А | анемия | |
|  | | Б | стойкая бессимптомная асептическая бактериурия | |
|  | | В | острый дебют нефропатии в виде высокой протеинурии, НС, гематурии, острого нефритического синдрома | |
|  | | Г | двухсторонний стеноз почечных артерий | |
|  | |  |  | |
| В | | 316 | СТАДИЯ НАЧАЛЬНЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | тотальным гломерулосклерозом, СКФ менее 15 мл/мин | |
|  | | Б | альбуминурией от 30 до 300 мг/сут, нормальной или умеренно повышенной СКФ | |
|  | | В | склерозом 50-70 клубочков, снижением СКФ, АГ, протеинурией | |
|  | | Г | утолщением БМ клубочков, экспансией мезангия, гиперфильтрацией, альбуминурией менее 30 мг/сут | |
|  | |  |  | |
| В | | 317 | МАКСИМАЛЬНАЯ КАНАЛЬЦЕВАЯ РЕАБСОРБЦИЯ ГЛЮКОЗЫ В РАННЕЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ | |
|  | | А | повышена | |
|  | | Б | снижена | |
|  | | В | резко повышена | |
|  | | Г | нормальная | |
|  | |  |  | |
| В | | 318 | ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЧАШЕ НАБЛЮДАЮТСЯ | |
|  | | А | селективная протеинурия | |
|  | | Б | неселективная протеинурия | |
|  | | В | селективная протеинурия с преобладанием иммуноглобулина | |
|  | | Г | селективная протеинурия с преобладанием альбумина | |
|  | |  |  | |
| В | | 319 | ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ АДЕКВАТНАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ | |
|  | | А | уменьшает выраженность артериальной гипертонии | |
|  | | Б | уменьшает тяжесть нефротического синдрома | |
|  | | В | не влияет на течение нефропатии | |
|  | | Г | отдаляет наступление почечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 320 | ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ МЕНЕЕ\_\_\_МЛ/МИН | |
|  | | А | 80 | |
|  | | Б | 60 | |
|  | | В | 45 | |
|  | | Г | 30 | |
|  | |  |  | |
| В | | 321 | ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С СКФ НИЖЕ 45 МЛ/МИН ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | лактоацидоз | |
|  | | Б | метаболический ацидоз | |
|  | | В | метаболический алкалоз | |
|  | | Г | гипокалиемический алкалоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 322 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | антибактериальные препараты | |
|  | | Б | регулярное использование слабительных средств | |
|  | | В | применение блокаторов РААС | |
|  | | Г | длительное злоупотребление салуретиками | |
|  | |  |  | |
| В | | 323 | ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | затяжной гипертонический криз | |
|  | | Б | медикаментозный синдром Иценко-Кушинга | |
|  | | В | полихимиотерапия лимфом и гемобластозов | |
|  | | Г | гипергидратация | |
|  | |  |  | |
| В | | 324 | РИСК НЕФРОУРОЛИТИАЗА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ | |
|  | | А | аутосомно-доминантном поликистозе почек | |
|  | | Б | ревматоидном артрите | |
|  | | В | синдроме Рейтера | |
|  | | Г | системной красной волчанке | |
|  | |  |  | |
| В | | 325 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПОДАГРЕ | |
|  | | А | образование корраловидных камней | |
|  | | Б | интерстициальный нефрит | |
|  | | В | мембранозный гломерулонефрит | |
|  | | Г | острая мочекислая блокада | |
|  | |  |  | |
| В | | 326 | ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АЛЛОПУРИНОЛА ПРИ ПОДАГРЕ- ЭТО | |
|  | | А | коралловидныйуролитиаз | |
|  | | Б | хронический бактериальный пиелонефрит | |
|  | | В | бессимптомная гиперурикемия в сочетании с гиперурикозурией более 1100 мг/сут | |
|  | | Г | выраженной хронической почечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 327 | ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | лозартан | |
|  | | Б | кандесартан | |
|  | | В | ирбесартан | |
|  | | Г | каптоприл | |
|  | |  |  | |
| В | | 328 | СНИЖАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ | |
|  | | А | антагонисты рецепторов к ангиотензину | |
|  | | Б | циклоспорин, инсулин | |
|  | | В | блокаторы кальциевых каналов | |
|  | | Г | нитраты | |
|  | |  |  | |
| В | | 329 | СНИЖАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ | |
|  | | А | эналаприл | |
|  | | Б | ингибиторы АПФ | |
|  | | В | нифедипин | |
|  | | Г | тиазидные диуретики | |
|  | |  |  | |
| В | | 330 | СНИЖАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ | |
|  | | А | ингибиторы АПФ | |
|  | | Б | низкие дозы аспирина | |
|  | | В | колхицин, оказывающий противовоспалительный эффект при остром подагрическом артрите | |
|  | | Г | диета, богатая мясными продуктами | |
|  | |  |  | |
| В | | 331 | ВЫВЕДЕНИЕ УРАТОВ СТИМУЛИРУЮТ | |
|  | | А | пробенецид и салицилаты в высоких дозах | |
|  | | Б | алкоголь | |
|  | | В | саркоидоз | |
|  | | Г | ожирение | |
|  | |  |  | |
| В | | 332 | СИНТЕЗ УРАТОВ БЛОКИРУЮТ | |
|  | | А | гипопаратиреоз | |
|  | | Б | ацидоз | |
|  | | В | гипотиреоз | |
|  | | Г | аллопуринол (оксипиразолопиримидин) | |
|  | |  |  | |
| В | | 333 | ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В ИСХОДЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ДЕТСТВЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВЫЯВЛЕНА ПРОТЕИНУРИЯ 2,5 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 0-1 В П/ЗР, АЗОТВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК СОХРАННА, АД 120/80 ММ РТ. СТ., ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ | |
|  | | А | амилоидоз | |
|  | | Б | инфаркт почки | |
|  | | В | острый кортикальный некроз | |
|  | | Г | быстропрогрессирующий гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 334 | ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АМИЛОИДОЗА НЕОБХОДИМА ОКРАСКА БИОПТАТА | |
|  | | А | гематоксилин-эозином | |
|  | | Б | конго красным | |
|  | | В | генцианвиолетом | |
|  | | Г | раствором Люголя | |
|  | |  |  | |
| В | | 335 | В ОТНОШЕНИИ АL-АМИЛОИДОЗА ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | АL-амилоидоз обусловлен единым этиологическим фактором - формированием аномального клона плазматических или В-клеток в костном мозге | |
|  | | Б | образуется из сывороточного предшественника SAA – острофазового белка, продуцируемого в ответ на воспаление | |
|  | | В | уровень С-реактивного белка коррелирует с продукцией SAA | |
|  | | Г | манифестирует суставным синдромом | |
|  | |  |  | |
| В | | 336 | ИЗ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ АМИЛОИДОЗОМ | |
|  | | А | рак желудка | |
|  | | Б | фибросаркома кожи | |
|  | | В | остеосаркома | |
|  | | Г | рак легких, молочной железы | |
|  | |  |  | |
| В | | 337 | ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК КОРТИКОСТЕРОИДЫ | |
|  | | А | замедляют течение амилоидоза | |
|  | | Б | ускоряют течение амилоидоза | |
|  | | В | могут как замедлять, так и ускорять процесс, в зависимости от стадии ХБП | |
|  | | Г | не влияют на скорость течения процесса | |
|  | |  |  | |
| В | | 338 | БОЛЕЗНЬ ОТЛОЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ЦЕПЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВАРИАНТ | |
|  | | А | мароглобулинемииВальденстрема | |
|  | | Б | множественной миеломы | |
|  | | В | лимфогранулематоза | |
|  | | Г | моноклональнойгаммапатии почечного значения | |
|  | |  |  | |
| В | | 339 | ПРИ БОЛЕЗНИ ОТЛОЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ЦЕПЕЙ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ,  ПОМИМО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ | |
|  | | А | сердца | |
|  | | Б | суставов | |
|  | | В | периферической нервной системы | |
|  | | Г | эндокринной системы | |
|  | |  |  | |
| В | | 340 | ЕСЛИ ПАЦИЕНТКА 50 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА УПАДОК СИЛ И БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ, УРОВЕНЬ HB65 Г/Л, ПРОТЕИНУРИЯ 22 Г В СУТКИ, АЛЬБУМИН СЫВОРОТКИ 43 Г/Л, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ | |
|  | | А | вторичнвй амилоидоз с поражением почек | |
|  | | Б | хронический гломерулонефрит в стадии уремии | |
|  | | В | миеломная болезнь | |
|  | | Г | хронический пиелонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 341 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ПОРАЖАЮТСЯ | |
|  | | А | плоские кости | |
|  | | Б | трубчатые кости | |
|  | | В | смешанные кости | |
|  | | Г | диафизы трубчатых костей | |
|  | |  |  | |
| В | | 342 | ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | нефротический синдром | |
|  | | Б | секреция моноклональных легких цепей, выявляемая при иммунохимическом исследовании крови и мочи | |
|  | | В | системность поражения | |
|  | | Г | клубочковый характер протеинурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 343 | ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОПП ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | поражение костей | |
|  | | Б | гипергидратация | |
|  | | В | гиперкальциемия | |
|  | | Г | гипокалиемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 344 | ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОПП ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | гипервискозный синдром | |
|  | | Б | сопуствующая ИБС | |
|  | | В | поражение костей | |
|  | | Г | гипокальциемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 345 | В ДОПОЛНЕНИЕ К КОРТИКОСТЕРОИДАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИЛИНДР-НЕФРОПАТИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ СЛЕДУЕТ СРОЧНО НАЗНАЧИТЬ | |
|  | | А | мелфалан | |
|  | | Б | винкристин | |
|  | | В | циклофосфамид | |
|  | | Г | бортезомиб | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Врожденные и наследственные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 346 | МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРОСТОЙ ПОЧЕЧНОЙ КИСТЫ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | сцинтиграфия костей скелета | |
|  | | Б | пункционная биопсия почки | |
|  | | В | компьютерная томография с контрастированием | |
|  | | Г | цитологическое исследование мочевого осадка | |
|  | |  |  | |
| В | | 347 | ЧАСТОТА АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОГО ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТХБП СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 6-9% | |
|  | | Б | 1-5% | |
|  | | В | 9-12% | |
|  | | Г | 12-15% | |
|  | |  |  | |
| В | | 348 | ДЛЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АДПКП СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ | |
|  | | А | ингибиторы АПФ | |
|  | | Б | β1-селективные адреноблокаторы длительного действия (атенолол, метопролол, бетаксолол) | |
|  | | В | блокаторы рецепторов АТ2 | |
|  | | Г | тиазидные диуретики | |
|  | |  |  | |
| В | | 349 | ВОЗНИКНОВЕНИЕ AДПКП ОБУСЛОВЛЕНО МУТАЦИЕЙ 2 ГЕНОВ PKD 1 И PKD 2, ПРОДУКТАМИ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | фиброцистин | |
|  | | Б | уромодулин | |
|  | | В | полицистины | |
|  | | Г | мегалин | |
|  | |  |  | |
| В | | 350 | ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | микрокистоза почек | |
|  | | Б | аутосомно-доминантного варианта поликистоза почек | |
|  | | В | медуллярной кистозной болезни почек | |
|  | | Г | аутосомно-рецессивного варианта поликистоза почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 351 | ДЛЯ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (AРПКБП) ХАРАКТЕРНА МУТАЦИЯ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ БЕЛКИ: | |
|  | | А | нефрин | |
|  | | Б | подоцин | |
|  | | В | фиброцистин | |
|  | | Г | коллагена IV типа | |
|  | |  |  | |
| В | | 352 | БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ АДПКП И ХПН, ЧЕМ ПРИ ДРУГИХ НЕФРОПАТИЯХ, СВЯЗАН С | |
|  | | А | продукцией эритропоэтина в кистах | |
|  | | Б | активацией РААС | |
|  | | В | повышением запасов железа в организме | |
|  | | Г | доказательные исследования по этому вопросу отсутствуют | |
|  | |  |  | |
| В | | 353 | ДЛЯ ЗАМЕДЛЕНИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КИСТ У БОЛЬНЫХ АДПКП ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | диуретики | |
|  | | Б | блокаторы РАС | |
|  | | В | препараты с антипролиферативными свойствами | |
|  | | Г | ваптаны (толваптан) | |
|  | |  |  | |
| В | | 354 | ДЛЯ ЗАМЕДЛЕНИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КИСТ У БОЛЬНЫХ АДПКП ПРИМЕНЯЕТСЯ | |
|  | | А | массивная диуретическая терапия | |
|  | | Б | диета с ограничением белка и поваренной соли | |
|  | | В | метилксантин | |
|  | | Г | иАПФ, БРА | |
|  | |  |  | |
| В | | 355 | ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ КИСТ У БЕРЕМЕННЫХ С АДПКП ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | нитрофураны | |
|  | | Б | фторхинолоны | |
|  | | В | аминогликозиды | |
|  | | Г | клиндамицин | |
|  | |  |  | |
| В | | 356 | РАДИКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С AРПКП ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В: | |
|  | | А | трансплантации печени и почек | |
|  | | Б | трансплантации почек в раннем детском возрасте | |
|  | | В | проведении гемодиализа | |
|  | | Г | проведении перитонеального диализа | |
|  | |  |  | |
| В | | 357 | ПРИ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ХПН НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | нефронофтизеФанкони | |
|  | | Б | аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек | |
|  | | В | аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек | |
|  | | Г | медуллярной губчатой почке | |
|  | |  |  | |
| В | | 358 | УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АДПКП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | как минимум 2 кисты в 1 почке или 1 киста в каждой почке у пациента из группы риска моложе 30 лет | |
|  | | Б | меньше чем 2 почечные кисты у лиц из группы риска старше 40 лет | |
|  | | В | 2 почечные кисты в пожилом возрасте | |
|  | | Г | односторонние или двусторонние единичные почечные кисты у пациентов старше 70 лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 359 | УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АДПКП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | большая киста, выступающая над поверхностью почки | |
|  | | Б | меньше чем 2 почечные кисты у лиц из группы риска старше 40 лет | |
|  | | В | по крайней мере 4 кисты в каждой почке для пациента из группы риска в возрасте 60 лет и старше | |
|  | | Г | неоднородная киста без четких контуров | |
|  | |  |  | |
| В | | 360 | ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДПБП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | интракраниальные аневризмы | |
|  | | Б | перикардит | |
|  | | В | аортальный порок сердца | |
|  | | Г | застойную сердечную недостаточность | |
|  | |  |  | |
| В | 361 | | ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДПБП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | А | | отсутствие системных проявлений | |
|  | Б | | врожденный фиброз печени с расширенными портальными областями с фиброзом и радиально расположенными биллиарными протоками | |
|  | В | | болезнь Caroli с дилатацией билиарных протоков | |
|  | Г | | бессимптомные кисты печени, дивертикулез кишечника | |
|  |  | |  | |
| В | | 362 | ТИП ПЕРЕДАЧИ МУТАНТНОГО ГЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ТОНКИХ БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН | |
|  | | А | аутосомно-доминантный | |
|  | | Б | Х-сцепленный доминантный | |
|  | | В | Х-сцепленный рецессивный | |
|  | | Г | не связан с мутацией гена | |
|  | |  |  | |
| В | | 363 | ЕСЛИ У 15-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА СИНДРОМ АЛЬПОРТА, ТО ОТНОСИТЕЛЬНО ЕГО РОДИТЕЛЕЙ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ЧТО | |
|  | | А | у его отца синдром Альпорта | |
|  | | Б | у его матери синдром Альпорта | |
|  | | В | оба родителя являются носителями синдрома Альпорта | |
|  | | Г | ни у одного из родителей нет синдрома Альпорта | |
|  | |  |  | |
| В | | 364 | ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ | |
|  | | А | консультацию эндокринолога | |
|  | | Б | рентгеновский снимок черепа | |
|  | | В | консультацию окулиста | |
|  | | Г | рентгенограмму трубчатых костей | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Хроническая болезнь почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 364 | ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ И/ИЛИ ИНИЦИИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | недостаточная почечная масса при рождении (преждевременные роды, низкий вес при рождении) | |
|  | | Б | вегетарианская диета | |
|  | | В | хронический стресс | |
|  | | Г | физические нагрузки | |
|  | |  |  | |
| В | | 365 | РАСЧЕТНЫЕ ФОРМУЛЫ СКФ ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ | |
|  | | А | циррозе печени | |
|  | | Б | наличии нефротического синдрома | |
|  | | В | значительном уменьшении мышечной массы | |
|  | | Г | применении ингибиторов АПФ | |
|  | |  |  | |
| В | | 366 | РАСЧЕТНЫЕ ФОРМУЛЫ СКФ ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ | |
|  | | А | хроническом повреждении почек | |
|  | | Б | анемии | |
|  | | В | беременности | |
|  | | Г | системных васкулитах | |
|  | |  |  | |
| В | | 367 | УСТАНОВЛЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | курение | |
|  | | Б | гипергомоцистеинемия | |
|  | | В | дислипидемия | |
|  | | Г | воспаление | |
|  | |  |  | |
| В | | 368 | УСТАНОВЛЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | депрессия | |
|  | | Б | вторичная подагра | |
|  | | В | большая междиализная прибавка в весе | |
|  | | Г | нарушения минерального и костного метаболизма | |
|  | |  |  | |
| В | | 369 | УВЕЛИЧЕНИЕ ВНУТРИКЛУБОЧКОВОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРОТЕИНУРИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИМЕНЕНИЕ | |
|  | | А | дигидропиридиновых антагонистов кальциевых каналов | |
|  | | Б | неселективных Β-адреноблокаторов | |
|  | | В | блокаторов рецепторов ангиотензина | |
|  | | Г | тиазидных диуретиков | |
|  | |  |  | |
| В | | 370 | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ | |
|  | | А | системного АД и тонуса приводящей артериолы | |
|  | | Б | системного АД и тонуса отводящей артериолы | |
|  | | В | гиперхолестеринемии | |
|  | | Г | уровня гипергомоцистеинемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 371 | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ | |
|  | | А | выраженности периферических отеков | |
|  | | Б | эритроцитурии | |
|  | | В | массы тела | |
|  | | Г | альбуминурии/протеинурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 372 | ВЫСОКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИВОТНОГО БЕЛКА | |
|  | | А | снижает сопротивление сосудов почек с нарастанием почечного кровотока и гломерулярной ультрафильтрации | |
|  | | Б | снижает накопление конечных продуктов гликирования | |
|  | | В | снижает трансформацию канальцевых клеток в миофибробласты | |
|  | | Г | сопровождается алкалозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 373 | ОПТИМАЛЬНОЙ ДИЕТОЙ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИЗНАЕТСЯ | |
|  | | А | вегетарианская | |
|  | | Б | кето-диета | |
|  | | В | безуглеводная | |
|  | | Г | средиземноморская | |
|  | |  |  | |
| В | | 374 | ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ ХБП ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | первой нарушается вибрационная чувствительность, позже возникает поражение двигательных нервов | |
|  | | Б | верхние конечности поражаются в большей степени, так же как и дистальные отделы конечностей | |
|  | | В | отсутствие нарушения вибрационной чувствительности, парестезий, синдрома "беспокойных ног" | |
|  | | Г | отсутствие парезов конечностей в тяжелых случаях | |
|  | |  |  | |
| В | | 375 | ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | ацидоз и ферментативная недостаточность | |
|  | | Б | хроническое воспаление и оксидативный стресс | |
|  | | В | протеинурия | |
|  | | Г | гиповитаминоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 376 | НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОСТАВА ТКАНЕЙ ТЕЛА У ПАЦИЕНТА С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | преобладание тощей массы над жировой | |
|  | | Б | повышение содержания жировой массы до 40% | |
|  | | В | саркопеническое ожирение | |
|  | | Г | увеличение процентного содержания воды | |
|  | |  |  | |
| В | | 377 | СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖЕЛЕЗЕ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 20 мг | |
|  | | Б | 10 мг | |
|  | | В | 25 мг | |
|  | | Г | более 50 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 378 | ОБМЕН ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ РЕГУЛИРУЕТ ГОРМОН | |
|  | | А | лептин | |
|  | | Б | инсулин | |
|  | | В | гепсидин | |
|  | | Г | тиреотропин | |
|  | |  |  | |
| В | | 379 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ КРОВИ БОЛЕЕ 10% СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ АНЕМИИ | |
|  | | А | железодефицитной | |
|  | | Б | гемолитической | |
|  | | В | В-12 дефицитной | |
|  | | Г | гипопластической | |
|  | |  |  | |
| В | | 380 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ | |
|  | | А | В12- и фолиеводефицитной | |
|  | | Б | апластической | |
|  | | В | сидероахрестической | |
|  | | Г | железодефицитной | |
|  | |  |  | |
| В | | 381 | О ДОСТАТОЧНОСТИ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ HB НА УРОВНЕ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ | |
|  | | А | количество гипохромных эритроцитов более10% | |
|  | | Б | ферритин сыворотки крови менее100 мкг/мл | |
|  | | В | ферритин сыворотки крови более100 мкг/мл | |
|  | | Г | насыщение трансферрина менее 20% | |
|  | |  |  | |
| В | | 382 | ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРРИТИНА И TSAT | |
|  | | А | ферритин более 500 пг/мл и TSAT менее 20% | |
|  | | Б | ферритин более 500 пг/мл и TSAT более 30% | |
|  | | В | ферритин менее 500 пг/мл и TSAT более 30% | |
|  | | Г | ферритин менее 100 пг/мл и TSAT более 50% | |
|  | |  |  | |
| В | | 383 | СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТРАНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ХБП СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 100 мг | |
|  | | Б | 50 мг | |
|  | | В | 200 мг | |
|  | | Г | 500 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 384 | ГОДОВАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ | |
|  | | А | 3г | |
|  | | Б | 2г | |
|  | | В | 1г | |
|  | | Г | 0,5г | |
|  | |  |  | |
| В | | 385 | ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА НА 1Г/ДЛ У ПАЦИЕНТА С АНЕМИЕЙ НА ДИАЛИЗЕ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЭСП, НЕОБХОДИМО ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА | |
|  | | А | 150 мг | |
|  | | Б | 200 мг | |
|  | | В | 300 мг | |
|  | | Г | 350 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 386 | ПАЦИЕНТУ С ХБП 4 СТАДИИ НАЧАЛИ ТЕРАПИЮ РЧЭПО И ВНУТРИВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ЖЕЛЕЗА, К МОМЕНТУ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗОМ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА УВЕЛИЧИЛСЯ С 75 ДО 90 Г/Л., ФЕРРИТИНА С 80 ДО 650 НГ/МЛ, В ЭТОМСЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО | |
|  | | А | отменить препарат рчЭПО и в дальнейшем использовать для лечения анемии только внутривенные препараты железаг/л | |
|  | | Б | продолжить терапию рчЭПО до достижения целевого уровня Hb 110-120 | |
|  | | В | при снижении уровня Hb всегда следует использовать трансфузии эритроцитарной массы | |
|  | | Г | продолжить терапию рчЭПО до достижения целевого уровня Hb 130-140 г/л | |
|  | |  |  | |
| В | | 387 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | абсолютный дефицит железа | |
|  | | Б | выраженная гипотония | |
|  | | В | гемохроматоз | |
|  | | Г | гиперкальциемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 388 | ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ | |
|  | | А | выявлением при осмотре сглаженных сосочков языка вплоть до полной их атрофии | |
|  | | Б | головной болью, неустойчивостью походки, чувством онемения в конечностях | |
|  | | В | бледностью кожных покровов, одутловатостью лица в сочетании с икретичными склерами | |
|  | | Г | окислительными повреждениями белков и клеточных структур, ведущими к гибели клеток | |
|  | |  |  | |
| В | | 389 | ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ | |
|  | | А | нервно-психическими нарушениями | |
|  | | Б | дегенеративно-дистрофическими изменениями и фиброзной трансформацией вовлеченных в процесс органов и тканей | |
|  | | В | катарактой | |
|  | | Г | тромбоцитозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 390 | ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | повышение цветового показателя (более 1,1) при снижении количества эритроцитов | |
|  | | Б | увеличение непрямого билирубина | |
|  | | В | повышение уровня сывороточного железа и коэффициента насыщения трансферрина железом (более 60%) | |
|  | | Г | появление в периферической крови нейтрофилов с гиперсегментированными ядрами | |
|  | |  |  | |
| В | | 391 | ОСНОВНЫМ СТИМУЛОМ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ЭРИТРОПОЭТИНА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | гипоксия | |
|  | | Б | гипертензия | |
|  | | В | физические нагрузки | |
|  | | Г | гипогликемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 392 | РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ЭРИТРОПОЭТИНСТИМУЛИРУЮЩЕМУ ПРЕПАРАТУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК | |
|  | | А | развитие гиперкалиемии и артериальной гипертензии на фоне терапии эритропоэтином | |
|  | | Б | сохранение уровня гемоглобина ниже целевых значений при дозах эритропоэтина 300 Ul/кг/неделю при п/к введении или 400 Ul/кг/неделю при в/в введении | |
|  | | В | частые «овершуты» уровня гемоглобина | |
|  | | Г | необходимость введения более 100 UI/кг/нед для поддержания целевого уровня гемоглобина | |
|  | |  |  | |
| В | | 393 | ТЕМП НАРАСТАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТЕРАПИИ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ В МЕСЯЦ | |
|  | | А | 0,5 г/дл | |
|  | | Б | 1,5 г/дл | |
|  | | В | 1 г/дл | |
|  | | Г | 2г/дл | |
|  | |  |  | |
| В | | 394 | ТЕМП НАРАСТАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА ЗА МЕСЯЦ ПРИ ТЕРАПИИ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 1г/дл | |
|  | | Б | 1,5 г/дл | |
|  | | В | 2 г/дл | |
|  | | Г | 2,5 г/дл | |
|  | |  |  | |
| В | | 395 | ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПЕПАРАТИРЕОЗЕ НА ФОНЕ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | гипофосфатемия, гипокальциемия | |
|  | | Б | гипофосфатемия, гиперкальциемия | |
|  | | В | гиперфосфатемия, гипокальциемия | |
|  | | Г | гиперфосфатемия, гиперкальциемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 396 | ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОГО И КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | дефицит активной формы D-гормона | |
|  | | Б | снижение реабсорбции фосфора | |
|  | | В | снижение продукции кальцитонина | |
|  | | Г | снижение продукции паратиреоидного гормона | |
|  | |  |  | |
| В | | 397 | НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | язвы ЖКТ | |
|  | | Б | гипопаратиреоз | |
|  | | В | нарушение проводимости в нервно-мышечных синапсах на фоне гипокальциемии | |
|  | | Г | метастатическая кальцификация, включающая коронарные артерии и клапаны сердца | |
|  | |  |  | |
| В | | 398 | РОЛЬ КАЛЬЦИТОНИНА В МКН-ХБП: | |
|  | | А | не влияет на уровень кальция и фосфора в крови | |
|  | | Б | повышает уровень кальция в крови | |
|  | | В | снижает уровень кальция в крови | |
|  | | Г | вырабатывается остеокластами | |
|  | |  |  | |
| В | | 399 | ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ МКН\_ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | снижение экскреции фосфатов, дефицит Клото | |
|  | | Б | гиповитаминоз D, гипокальциемия | |
|  | | В | инсулинорезистентность, белково-энергетическая недостаточность | |
|  | | Г | мальабсорбция, гипомагниемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 400 | ПРИЧИНЫ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | эндокринопатии (гипертиреоз, акромегалия, феохромоцитома) | |
|  | | Б | анурию при ОПП | |
|  | | В | гипопротеинемию/ гипоальбуминемию | |
|  | | Г | гипомагниемию | |
|  | |  |  | |
| В | | 401 | ПРИЧИНЫ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | терапия препаратами витамина D | |
|  | | Б | псевдогиперпаратиреоидизм | |
|  | | В | первичный гипопаратиреоидизм | |
|  | | Г | гипермагнеимия | |
|  | |  |  | |
| В | | 402 | ПРИЧИНОЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | синдром «голодной кости» | |
|  | | Б | гипервитаминоз А и D | |
|  | | В | дефицит витамина А | |
|  | | Г | применение ингибиторов АПФ | |
|  | |  |  | |
| В | | 403 | ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | дефицита витамина D | |
|  | | Б | острого панкреатита | |
|  | | В | мальабсорбции | |
|  | | Г | гемобластозов | |
|  | |  |  | |
| В | | 404 | ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | саркоидоза | |
|  | | Б | резистентности органов-мишеней к ПТГ | |
|  | | В | мальабсорбции | |
|  | | Г | дефицита витамина D | |
|  | |  |  | |
| В | | 405 | ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | респираторного алкалоза | |
|  | | Б | синдром лизиса опухоли, рабдомиолиза | |
|  | | В | восстановления питания после голодания | |
|  | | Г | осмотического диуреза | |
|  | |  |  | |
| В | | 406 | ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | респираторного алкалоза | |
|  | | Б | синдромаФанкони | |
|  | | В | гипопаратиреоза, акромегалии | |
|  | | Г | алкоголизма | |
|  | |  |  | |
| В | | 407 | ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРОЗ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ | |
|  | | А | метастазов в паращитовидные железы | |
|  | | Б | кровоизлияния в паращитовидную железу | |
|  | | В | амилоидоза паращитовидных желез | |
|  | | Г | аденоматоза (аденомы) паращитовидной железы | |
|  | |  |  | |
| В | | 408 | К БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТСЯ | |
|  | | А | остеокальцин, костный изофермент щелочной фосфатазы | |
|  | | Б | кальций | |
|  | | В | тартратрезистентная кислая фосфатаза | |
|  | | Г | С-концевые телопептиды коллагена I типа | |
|  | |  |  | |
| В | | 409 | К БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ РЕЗОРБЦИИ КОСТИ ОТНОСЯТСЯ | |
|  | | А | * + - * пропептидыпроколлагена 1 типа | |
|  | | Б | * + - * С-концевые телопептиды коллагена I типа | |
|  | | В | * + - * костный изофермент щелочной фосфатазы | |
|  | | Г | * + - * остеокальцин | |
|  | |  |  | |
| В | | 410 | | ДЕЙСТВИЕ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА НА ПОЧКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В | |
|  | | А | | блокировании синтеза1,25(OH)2D3 и подавлении всасывания кальция в тонкой кишке | |
|  | | Б | | подавлении синтеза 1,25(OH)2D3 из 25(OH)D3 в проксимальных извитых канальцах | |
|  | | В | | стимуляции реабсорбции кальция в дистальных извитых канальцах и снижении экскреции кальция с мочой | |
|  | | Г | | отсутствии регуляции канальцевого транспорта бикарбоната и магния | |
|  | |  | |  | |
| В | | 411 | | ДЕЙСТВИЕ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА НА КОСТНУЮ ТКАНЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В | |
|  | | А | | регуляции перестройки кости, усилении резорбции костной ткани за счет активации остеокластов | |
|  | | Б | | преобладании образования кости над резорбцией | |
|  | | В | | развитии остеомаляции | |
|  | | Г | | отсутствии влияния на перестройку кости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 412 | | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА НА ДОДИАЛИЗНЫХ СТАДИЯХ ХБП ДОЛЖЕН БЫТЬ (NKF-KDOQI, 2017) | |
|  | | А | | не менее 5 норм | |
|  | | Б | | зависит от клинической ситуации | |
|  | | В | | в пределах нормальных значений | |
|  | | Г | | до 300 пг/л | |
|  | |  | |  | |
| В | | 413 | | * + - * ДЕФИЦИТ НАТИВНОГО ВИТАМИНА D ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ЕГО УРОВНЕ В КРОВИ МЕНЕЕ | |
|  | | А | | * + - * 30 нг/мл | |
|  | | Б | | * + - * 20 нг/мл | |
|  | | В | | 10 нг/мл | |
|  | | Г | | * + - * 40 нг/мл | |
|  | |  | |  | |
| В | | 414 | | * + - * АДЕКВАТНОМУ УРОВНЮ НАТИВНОГО ВИТАМИНА D В КРОВИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 30 нг/мл | |
|  | | Б | | 40 нг/мл | |
|  | | В | | * + - * 50 нг/мл | |
|  | | Г | | * + - * 75 нг/мл | |
|  | |  | |  | |
| В | | 415 | | ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФОСФАТОНИНОВ ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ-23 (FGF- 23) ПРОДУЦИРУЕТСЯ | |
|  | | А | | фибробластами | |
|  | | Б | | щитовидной железой | |
|  | | В | | остеокластами | |
|  | | Г | | остебластами, остеоцитами | |
|  | |  | |  | |
| В | | 416 | | АНТИПАРАТИРЕОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ ХБП ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ | |
|  | | А | | * + - * активных метаболитов витамина D и кальцимиметиков | |
|  | | Б | | * + - * бифосфонатов и деносумаба | |
|  | | В | | * + - * Са-содержащих препаратов | |
|  | | Г | | диализата с концентрацией кальция 1,75 ммль/л | |
|  | |  | |  | |
| В | | 417 | | ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ СОСУДИСТОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ ПРИ МКН\_ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | интимальнаякальцификация | |
|  | | Б | | преобладание атеросклероза Мекенберга | |
|  | | В | | кальцификация в сочетании с артериологиалинозом | |
|  | | Г | | некротический васкулит | |
|  | |  | |  | |
| В | | 418 | | КЛИНИЧЕСКИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩАЯ УРЕМИЧЕСКАЯ АРТЕРИОЛОПАТИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ | |
|  | | А | | мучительный кожный зуд вследствие отложения кристаллов фосфата кальция в дерме | |
|  | | Б | | болезненные, симметричные, хорошо ограниченные, незаживающие язвы и панникулит | |
|  | | В | | прогрессирующий ишемический некроз кожи вторичный к кальцификации мелких и средних сосудов | |
|  | | Г | | хроническую дегенеративную болезнь сосудов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 419 | | К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ НИЗКООБМЕННОЙ (АДИНАМИЧЕСКОЙ) БОЛЕЗНИ КОСТИ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | дефицит D-гормонатов | |
|  | | Б | | заместительная гормональная терапия эстрогенами или тестостероном | |
|  | | В | | гиперпаратиреоидизм | |
|  | | Г | | неконтролируемый прием Са-содержащих фосфор-связывающих препара | |
|  | |  | |  | |
| В | | 420 | | ПОКАЗАНИЕМ К ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В ТЕЧЕНИЕ | |
|  | | А | | 6 мес | |
|  | | Б | | 3 мес | |
|  | | В | | 9 мес | |
|  | | Г | | 1 года | |
|  | |  | |  | |
| В | | 421 | | ПОКАЗАНИЕМ К ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | неадекватный контроль гиперфосфатемии | |
|  | | Б | | прогрессирующая костная патология (сильные боли в костях, патологические переломы, эпифизиолис у детей) | |
|  | | В | | гипокальциемия | |
|  | | Г | | миозит | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | **Острое повреждение почек** | |
|  | |  | |  | |
| В | | 422 | | ПРИМЕРНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПП В ПОПУЛЯЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ СЛУЧАЕВ НА 1 МЛН НАСЕЛЕНИЯ В ГОД | |
|  | | А | | 2000 - 4000 | |
|  | | Б | | 150 - 350 | |
|  | | В | | 1000 - 1500 | |
|  | | Г | | 10000 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 423 | | МОРФОЛОГИЧНСКИМ СУБСТРАТОМ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ | |
|  | | А | | клубочков | |
|  | | Б | | канальцев | |
|  | | В | | мезангиальных клеток | |
|  | | Г | | собирательных трубочек | |
|  | |  | |  | |
| В | | 424 | | МАРКЕРОМ ОПП ДО СНИЖЕНИЯ СКФ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | цистатин С | |
|  | | Б | | липокалин нейтрофилов человека | |
|  | | В | | мочевина | |
|  | | Г | | АДГ | |
|  | |  | |  | |
| В | | 425 | | ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТАДИИ ОПП ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | | СКФ | |
|  | | Б | | уровня креатинина | |
|  | | В | | минутного диуреза | |
|  | | Г | | длительности анурии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 426 | | НАПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ОПП СТОЯТ | |
|  | | А | | желудочно-кишечные кровотечения | |
|  | | Б | | сердечно-сосудистые катастрофы | |
|  | | В | | острые бактериальные инфекции | |
|  | | Г | | неврологические нарушения | |
|  | |  | |  | |
| В | | 427 | | В СТАДИИ СНИЖЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОПП СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА ФУРОСЕМИДОМ ДОПУСКАЕТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ | |
|  | | А | | суточного диуреза менее 400 мл | |
|  | | Б | | призаковгипергидратации | |
|  | | В | | минутного диуреза менее 0,5 мл/кг ВТ/час в течение 12 часов | |
|  | | Г | | сердечной недостаточности | |
|  | |  | |  | |
| В | | 428 | | СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОПП ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКИМИ ДОЗАМИ ДОПАМИНА | |
|  | | А | | не показана | |
|  | | Б | | рекомендуется | |
|  | | В | | рекомендуется всем пациентам, кроме страдающих сахарным диабетом | |
|  | | Г | | рекомендуется всем пациентам, кроме страдающих артериальной гипертензией | |
|  | |  | |  | |
| В | | 429 | | ЧАСТОТА ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ОПП ПРИБЛИЖАЕТСЯ К | |
|  | | А | | 100% | |
|  | | Б | | 20% | |
|  | | В | | 80% | |
|  | | Г | | 50% | |
|  | |  | |  | |
| В | | 430 | | НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ СНИЖЕНИЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ | |
|  | | А | | гипертонического раствора глюкозы без инсулина | |
|  | | Б | | инсулина с гипертоническим раствором глюкозы | |
|  | | В | | раствора соды | |
|  | | Г | | раствора глюконата или хлорида кальция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 431 | | ПРИ РАБДОМИОЛИЗЕ ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ В САРКОЛЕММЕ МИОЦИТА ИОНОВ | |
|  | | А | | хлора и аммония | |
|  | | Б | | кальция и фосфора | |
|  | | В | | натрия и калия | |
|  | | Г | | фосфатов и магния | |
|  | |  | |  | |
| В | | 432 | | ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МИОГЛОБИНА НА ПОЧЕЧНУЮ ТКАНЬ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ | |
|  | | А | | метаболическом ацидозе | |
|  | | Б | | гипернатриемии | |
|  | | В | | щелочной реакции мочи | |
|  | | Г | | гиперволемии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 433 | | ФАКТОРЫ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | | гипергидратацию | |
|  | | Б | | гипертоническую болезнь | |
|  | | В | | ХБП 1-2 стадии | |
|  | | Г | | диабетическую нефропатию с нарушением функции почек | |
|  | |  | |  | |
| В | | 434 | | ФАКТОРЫ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | | обострение хронического пиелонефрита | |
|  | | Б | | заместительную почечную терапию гемодиализом | |
|  | | В | | предшествующее нарушение функции почек | |
|  | | Г | | нарушение пассажа мочи | |
|  | |  | |  | |
| В | | 435 | | РИСК РАЗВИТИЯ КОНТРАСТНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП СНИЖАЮТ | |
|  | | А | | гидратация 3 мл/кг массы тела/час физиологического раствора NaCl за 6 час до исследования | |
|  | | Б | | петлевые диуретики и свежезамороженная плазма | |
|  | | В | | тиазидные диуретики и БРА | |
|  | | Г | | ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 436 | | РИСК РАЗВИТИЯ КОНТРАСТНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП СНИЖАЮТ | |
|  | | А | | уменьшение потребления жидкости с целью усиления контрастирования при нарушенной функции почек | |
|  | | Б | | антогонисты кальция до и во время процедуры | |
|  | | В | | петлевые диуретики после процедуры | |
|  | | Г | | применение статинов до и после процедуры рентген-контрастного исследования | |
|  | |  | |  | |
| В | | 437 | | ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП НАЗНАЧАЮТ | |
|  | | А | | теофиллин | |
|  | | Б | | допамин | |
|  | | В | | ацетилцистеин | |
|  | | Г | | аспирин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 438 | | ЗА 48 Ч ДО ВВЕДЕНИЯ ЙОДИРОВАННОГО КОНТРАСТА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП И СКФ <45 мл/мин /1,73 м2 СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ПРИМЕНЕНИЕ | |
|  | | А | | метформина | |
|  | | Б | | антибактериальных препаратов | |
|  | | В | | блокаторов Са каналов | |
|  | | Г | | гиполипидемических препаратов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 439 | | КРИТИЧЕСКУЮ ГИПОНАТРИЕМИЮ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ КОРРИГИРУЮТ ИНФУЗИЕЙ | |
|  | | А | | гипертонического раствора NaCl | |
|  | | Б | | изотонического раствора NaCl и глюкозы | |
|  | | В | | растворов альбумина | |
|  | | Г | | коллоидных растворов декстранов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 440 | | ОПТИМАЛЬНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ДВУХПРОСВЕТНЫМ КАТЕТЕРОМ ВЕНЫ | |
|  | | А | | яремной справа | |
|  | | Б | | бедренной | |
|  | | В | | подключичной с доминантной стороны | |
|  | | Г | | яремной слева | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | **Заместительная почечная терапия** | |
|  | |  | |  | |
| В | | 441 | | ПЛАНОВОЕ НАЧАЛО ЗПТ ПРИ ХБП У ПАЦИЕНТА, ПОСТОЯННО НАБЛЮДАЮЩЕГОСЯ У НЕФРОЛОГА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ПРИ СКФ | |
|  | | А | | 6-8 мл/мин | |
|  | | Б | | 10-15 мл/мин | |
|  | | В | | 15-20 мл/мин | |
|  | | Г | | 20-25 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 442 | | ИДЕАЛЬНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДМАДИЗА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | постоянный диализный катетер | |
|  | | Б | | нативнаяартерио-венозная фистула | |
|  | | В | | артерио-венозная фистула из материала гортекс | |
|  | | Г | | артерио-венозный подкожный шунт | |
|  | |  | |  | |
| В | | 443 | | ВРЕМЯ СОЗРЕВАНИЯ НАТИВНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ | |
|  | | А | | 3-4 недели | |
|  | | Б | | 2 недели | |
|  | | В | | 3 месяца | |
|  | | Г | | полгода | |
|  | |  | |  | |
| В | | 444 | | ВРЕМЯ СОЗРЕВАНИЯ НАТИВНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИЛИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ ЗАТЯНУТЬСЯ ДО | |
|  | | А | | полугода | |
|  | | Б | | 3-4 мес | |
|  | | В | | года | |
|  | | Г | | 2 мес | |
|  | |  | |  | |
| В | | 445 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМПРОЦЕДУРЫ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | лихорадка и озноб | |
|  | | Б | | реакция на диализатор тип А | |
|  | | В | | гипотензия | |
|  | | Г | | тошнота и рвота | |
|  | |  | |  | |
| В | | 446 | | БЕЗОПАСНАЯ ПРИБАВКА В ВЕСЕ ПАЦИЕНТА МЕЖДУ ПРОЦЕДУРАМИ ГЕМОДИАЛИЗА СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | | 3-4% от сухого веса больного | |
|  | | Б | | 5-6% от сухого веса больного | |
|  | | В | | в пределах 3 кг | |
|  | | Г | | любая, не вызывающая одышки перед процедурой | |
|  | |  | |  | |
| В | | 447 | | СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНО БЫТЬ РАВНЫМ | |
|  | | А | | 0,6 г/кг | |
|  | | Б | | 1,4-1,5 г/кг | |
|  | | В | | 0,9 г/кг | |
|  | | Г | | 1,1-1,2 г/кг | |
|  | |  | |  | |
| В | | 448 | | СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛОРИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНО БЫТЬ РАВНЫМ | |
|  | | А | | 25 ккал/кг | |
|  | | Б | | 30-35 ккал/кг | |
|  | | В | | 20 ккал/кг | |
|  | | Г | | 40 ккал/кг | |
|  | |  | |  | |
| В | | 449 | | СКОРОСТЬ КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ АДЕКВАТНО ФУНКЦИОНИРУЮЩУЮ НАТИВНУЮ АРТЕРИОВЕНОЗНУЮ ФИСТУЛУ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | | 500 мл/мин | |
|  | | Б | | 250 мл/мин | |
|  | | В | | 300 мл/мин | |
|  | | Г | | 1000 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 450 | | СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ КОНТУРЕ В АППАРАТЕ ГЕМОДИАЛИЗА КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ | |
|  | | А | | 100 до 200 мл/мин | |
|  | | Б | | 50 до 100 мл/мин | |
|  | | В | | 250 до 500 мл/мин | |
|  | | Г | | 500 до 750 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 451 | | ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С ТХБПДИАЛИЗНОЕ ВРЕМЯ В НЕДЕЛЮ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ | |
|  | | А | | 9 - 12 | |
|  | | Б | | 12 - 14 | |
|  | | В | | 12 - 24 | |
|  | | Г | | 24 - 36 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 452 | | ЦЕЛЕВОЙ spКТ/V ПРИ 3-Х РАЗОВОМ В НЕДЕЛЮ ГЕМОДИАЛИЗЕ РАВЕН ИЛИ БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 1,4 | |
|  | | Б | | 1,0 | |
|  | | В | | 1,2 | |
|  | | Г | | 1,6 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 453 | | ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА URR ПРИ АДЕКВАТНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ | |
|  | | А | | 75 | |
|  | | Б | | 60 | |
|  | | В | | 70 | |
|  | | Г | | 65 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 454 | | ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ И ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТА НА ДИАЛИЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О | |
|  | | А | | возможном наличии белково-энергетической недостаточности | |
|  | | Б | | хорошей коррекции нарушений липидного спектра сбалансированной диетой | |
|  | | В | | адекватно подобранной дозе диализа | |
|  | | Г | | чрезмерном удалении липидов и белков с диализом | |
|  | |  | |  | |
| В | | 455 | | ОПТИМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА У ГЕМОДИАЛИЗНОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СТАНДАРТНЫХ БИКАРБОНАТОВ ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ | |
|  | | А | | 18-20 ммоль/л | |
|  | | Б | | выше 26 ммоль/л | |
|  | | В | | 32 ммоль/л | |
|  | | Г | | 20-22 ммоль/л | |
|  | |  | |  | |
| В | | 456 | | ПОД ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИАЛИЗНОЙ МЕМБРАНОЙ ПОНИМАЮТ | |
|  | | А | | комплекс: слой мезотелия, базальная мембрана, субмезотелиальная интерстициальная ткань, эндотелий перитонеальных капилляров | |
|  | | Б | | слой мезотелия и базальную мембрану | |
|  | | В | | базальную мембрану и субмезотелиальную интерстициальную ткань | |
|  | | Г | | эндотелий и базальную мембрану перитонеальных капилляров | |
|  | |  | |  | |
| В | | 457 | | АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОДОМ ПАПД | |
|  | | А | | ожирение | |
|  | | Б | | тяжелая гипертония | |
|  | | В | | спаечная болезнь | |
|  | | Г | | коагулопатии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 458 | | ДИАГНОЗ ДИАЛИЗНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАЛИЗАТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 50 в 1 мкл, более50% нейтрофилов | |
|  | | Б | | 100 в 1 мкл, более 50% эозинофилов | |
|  | | В | | 100 в 1 мкл, более50% нейтрофилов | |
|  | | Г | | 50 в 1 мкл, более 50% эозинофилов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 459 | | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАЛИЗНОГО ПЕРИТОНИТА, ВЫЗВАННОГО ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ | |
|  | | А | | 3 дня | |
|  | | Б | | 5-7 дней | |
|  | | В | | 10 дней | |
|  | | Г | | 14 дней | |
|  | |  | |  | |
| В | | 460 | | НОЧНОЙ ИНТЕРМИТИРУЮЩИЙ АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ | |
|  | | А | | с высоким риском развития абдоминальных грыж или подтекания диализата | |
|  | | Б | | с большой массой тела | |
|  | | В | | пациентам, имеющим брюшину с низкими транспортными свойствами | |
|  | | Г | | в период лечения диализного перитонита | |
|  | |  | |  | |
| В | | 461 | | ДОЗА ПАПД У ПАЦИЕНТА С АНУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ АДЕКВАТНОЙ ПРИ НЕДЕЛЬНОМ KT/V БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 1,2 | |
|  | | Б | | 1,7 | |
|  | | В | | 1,4 | |
|  | | Г | | 2,0 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 462 | | ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ДИАЛИЗНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ - ЭТО | |
|  | | А | | интермитирующийперитониальный диализ объемами 3л | |
|  | | Б | | изолированная ультрафильтрация | |
|  | | В | | автоматизированный перитонеальный диализ | |
|  | | Г | | постоянная гемодиафильрация | |
|  | |  | |  | |
| В | | 463 | | МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСЛОКАЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА У БОЛЬНЫХ НА ПАПД- ЭТО | |
|  | | А | | рентгеноскопия брюшной полости | |
|  | | Б | | компьютерная рентгенотомография брюшной полости | |
|  | | В | | магнитно-резонансная томография | |
|  | | Г | | УЗИ брюшной полости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 464 | | ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛИЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА С АЙКОДЕКСТРИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ - ЭТО | |
|  | | А | | повышение транспортных свойств брюшины | |
|  | | Б | | повышение проницаемости брюшины | |
|  | | В | | увеличение ультрафильтрации | |
|  | | Г | | уменьшение ультрафильтрации | |
|  | |  | |  | |
| В | | 465 | | ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕНОСА ВЕЩЕСТВ ЧЕРЕЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ | |
|  | | А | | конвекция | |
|  | | Б | | диффузия | |
|  | | В | | фильтрация | |
|  | | Г | | фильтрация и абсорбция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 466 | | УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ | |
|  | | А | | высокой скоростью перитонеального кровотока и низкой скоростью абсорбции раствора из брюшной полости | |
|  | | Б | | высоким градиентом гидростатического давления между брюшной полостью и перитонеальными капиллярами | |
|  | | В | | высокой скоростью перитонеального кровотока и постоянным перемешиванием диализата в брюшной полости | |
|  | | Г | | высоким концентрационным градиента, создаваемым диализирующим раствором | |
|  | |  | |  | |
| В | | 467 | | АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПАПД РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | | выполнении колоноскопии | |
|  | | Б | | проведении бронхоскопии | |
|  | | В | | 1 раз в квартал, курсами по 10 дней у пациентов, включенных в «лист ожидания» трансплантации почки | |
|  | | Г | | выполнении компьютерной томографии брюшной полости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 468 | | К БЕСКАЛЬЦИЕВЫМ ФОСФОР-СВЯЗЫВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | нефродин | |
|  | | Б | | вельфоро | |
|  | | В | | осварен | |
|  | | Г | | карбонат кальция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 469 | | К ФОСФОР-СВЯЗЫВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ С ДОКАЗАННЫМИ ПЛЕЙОТРОПНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | осварен | |
|  | | Б | | вельфоро | |
|  | | В | | севеламер | |
|  | | Г | | хитозан | |
|  | |  | |  | |
| В | | 470 | | ОДНИМ ИЗ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ СЕВЕЛАМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | повышение уровня фетуина А | |
|  | | Б | | снижение АГ | |
|  | | В | | снижение гипергликемии | |
|  | | Г | | уменьшение метаболического ацидоза | |
|  | |  | |  | |
| В | | 471 | | РАЗВИТИЕ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ТЕРАПИИ КАЛЬЦИМИМЕТИКАМИ СВЯЗАНО С | |
|  | | А | | увеличением внекостного отложения кальция | |
|  | | Б | | снижением уровня кальцитриола и всасывания кальция в кишечнике | |
|  | | В | | повышением ионизированной фракции кальция и потерями в диализат | |
|  | | Г | | снижением уровня ПТГ и последующим смещением обмена кости в сторону преобладания костеобразования над резорбцией | |
|  | |  | |  | |
| В | | 472 | | НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРАПИИ КАЛЬЦИМИМЕТИКАМИ СТОИТ | |
|  | | А | | запоры | |
|  | | Б | | диарея | |
|  | | В | | тошнота и рвота | |
|  | | Г | | нарушения сердечной проводимости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 473 | | НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗА ОКСИГИДРОКСИД САХАРАТОМ СТОИТ | |
|  | | А | | запоры | |
|  | | Б | | диарея | |
|  | | В | | тошнота и рвота | |
|  | | Г | | инфекции | |
|  | |  | |  | |
| В | | 474 | | К СЕЛЕКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ ВИТАМИНА Д ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | альфакальцидол | |
|  | | Б | | кальцитриол | |
|  | | В | | пратикальцитол | |
|  | | Г | | колекальциферол | |
|  | |  | |  | |
| В | | 475 | | НАЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА Д ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ | |
|  | | А | | гипергликемии | |
|  | | Б | | гипомагниемии | |
|  | | В | | гипофосфатемии | |
|  | | Г | | гиперкальциемии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 476 | | АНТИРЕЗОРБТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЕЗОПАСНО ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ ЛЮБОМ УРОВНЕ СКФ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ТХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | деносумаб | |
|  | | Б | | алендронат | |
|  | | В | | ибандронат | |
|  | | Г | | терипаратид | |
|  | |  | |  | |
| В | | 477 | | АНТИРЕЗОРБТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ОДОБРЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | золендронат | |
|  | | Б | | деносумаб | |
|  | | В | | ромосозумаб | |
|  | | Г | | ибандронат | |
|  | |  | |  | |
| В | | 478 | | ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПРЕДДИАЛИЗНОЙ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ В МЕЖДИАЛИЗНЫЕ ДНИ | |
|  | | А | | кальция полистиролсульфоната | |
|  | | Б | | севеламера карбоната | |
|  | | В | | энтеросгеля | |
|  | | Г | | лактофильтрума | |
|  | |  | |  | |
| В | | 479 | | ЭФФЕКТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | интрадиализнаянутритивная поддержка | |
|  | | Б | | назначение ретаболила | |
|  | | В | | увеличение суточного потребления животного белка до 2 г/кг ВТ | |
|  | | Г | | назначение малых доз глюкокортикоидов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 480 | | НАИБОЛЬШАЯ ПОТЕРЯ БЕЛКА И АМИНОКИСЛОТ СОПРОВОДЛАЕТ МЕТОД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ | |
|  | | А | | низкопоточнаягемофильтрация онлайн | |
|  | | Б | | интермиттирующий гемодиализ | |
|  | | В | | интермиттирующаягемодиафильтрация | |
|  | | Г | | постоянный амбулаторный перитонеальный диализ | |
|  | |  | |  | |
| В | | 481 | | У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ НЕ МЕНЯЕТСЯ ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА | |
|  | | А | | ванкомицин | |
|  | | Б | | гентамицин | |
|  | | В | | клиндамицин | |
|  | | Г | | тобрамицин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 482 | | У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ НЕ МЕНЯЕТСЯ ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА | |
|  | | А | | азитромицин | |
|  | | Б | | меропенем | |
|  | | В | | цефатоксим | |
|  | | Г | | карбенициллин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 483 | | РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ | |
|  | | А | | колебаниях междиализной прибавки веса 4-5% от сухого веса | |
|  | | Б | | низкокалиевом диализате | |
|  | | В | | приеме бета-блокаторов | |
|  | | Г | | лечении кальций-содержащими ФСП | |
|  | |  | |  | |
| В | | 484 | | ПСЕВДОГИПЕРКАЛИЕМИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ | |
|  | | А | | синдроме жильбера | |
|  | | Б | | лейкоцитозе более 15000 в мкл | |
|  | | В | | тромбоцитозе более 450 000 в мкл | |
|  | | Г | | ревматоидном артрите | |
|  | |  | |  | |
| В | | 485 | | К ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ГИПОТЕНЗИИ НА ПРОЦЕДУРЕ ГЕМОДИАЛИЗА МОЖНО ОТНЕСТИ | |
|  | | А | | тампонаду сердца | |
|  | | Б | | низконатриевый диализат (135 ммоль/л) | |
|  | | В | | скрытые кровотечения | |
|  | | Г | | гемолиз | |
|  | |  | |  | |
| В | | 486 | | ПОД СИНДРОМОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ ПОНИМАЮТ | |
|  | | А | | нарушение вестибулярной чувствительности нижних конечностей | |
|  | | Б | | субъективную жалобу, которая не может быть уточнена объективными исследованиями | |
|  | | В | | демиелинезацию нервных стволов нижних коненостей | |
|  | | Г | | нарущение синаптической нервно-мышечной передачи | |
|  | |  | |  | |
| В | | 487 | | ПРИЧИНОЙ ПОСТДИАЛИЗНОЙ ЛИХОРАДКИ (ГИПЕРТЕРМИИ В КОНЦЕ ИЛИ ПОСЛЕ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА, САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРОХОДЯЩЕЙ ЧЕРЕЗ СУТКИ) ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | перегрев диализата | |
|  | | Б | | бактериальная инфекция артерио-венозной фистулы | |
|  | | В | | пирогенная реакция | |
|  | | Г | | прямое действие цитокинов на гипотоламус | |
|  | |  | |  | |
| В | | 488 | | В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИЗЭКВИЛИБРИУМ-СИНДРОМА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ ИЗМЕНЕНИЮ | |
|  | | А | | рН спинно-мозговой жидкости | |
|  | | Б | | концентрации креатинина в ликворе | |
|  | | В | | концентрации мочевины в ликворе | |
|  | | Г | | концентраций калия и натрия в ликворе | |
|  | |  | |  | |
| В | | 489 | | ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕАКЦИИ НА ДИАЛИЗАТОР ТИПА А ТРЕБУЕТ | |
|  | | А | | назальной оксигенации, продолжения диализа | |
|  | | Б | | немедленного отсоединения внешнего контура без возвращения крови пациенту | |
|  | | В | | введения антигистаминных средств | |
|  | | Г | | введения глюкокортикоидов, продолжения диализа | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | **Трансплантация почки** | |
|  | |  | |  | |
| В | | 490 | | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | сахарный диабет | |
|  | | Б | | наркотическая зависимость | |
|  | | В | | онкологическое заболевание в анамнезе | |
|  | | Г | | системное заболевание как причина хпн | |
|  | |  | |  | |
| В | | 491 | | ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ЕСЛИ ОНО | |
|  | | А | | требует постоянного приема препаратов | |
|  | | Б | | развилось в условиях уремии | |
|  | | В | | делает невозможным соблюдение режима приема иммуносупрессантов | |
|  | | Г | | сопровождается умственной недостаточностью | |
|  | |  | |  | |
| В | | 492 | | ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ ВОЗМОЖНА ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ВИДОВ РАКА) ЧЕРЕЗ | |
|  | | А | | 2-5 лет | |
|  | | Б | | 1 год | |
|  | | В | | 10 лет | |
|  | | Г | | 1-2 мес | |
|  | |  | |  | |
| В | | 493 | | В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСТОЧНИКА ДОНОРСКОГО ОРГАНА В РФ РАЗРЕШЕНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ | |
|  | | А | | ксенотрансплантация | |
|  | | Б | | от живого неродственного донора | |
|  | | В | | от живого «эмоционально родственного» донора | |
|  | | Г | | от живого родственного донора | |
|  | |  | |  | |
| В | | 494 | | ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ | |
|  | | А | | невозможна | |
|  | | Б | | возможна не ранее чем через 12 мес после излечения | |
|  | | В | | возможна сразу после излечения | |
|  | | Г | | возможна через 6 мес после издечения | |
|  | |  | |  | |
| В | | 495 | | ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ В | |
|  | | А | | возможна после проведения противовирусной терапии | |
|  | | Б | | невозможна | |
|  | | В | | возможна с последующей противовирусной терапией | |
|  | | Г | | возможна только в сочетании с трансплантацией печени | |
|  | |  | |  | |
| В | | 496 | | БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ | |
|  | | А | | АNCA-ассоциированного васкулита | |
|  | | Б | | поликистоза | |
|  | | В | | сахарного диабета | |
|  | | Г | | амилоидоза | |
|  | |  | |  | |
| В | | 497 | | ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ | |
|  | | А | | показана в сочетании с трансплантацией сердца | |
|  | | Б | | показана без ограничений | |
|  | | В | | возможна после тщательного обследования и при необходимости выполнения реваскуляризации миокарда | |
|  | | Г | | противопоказана | |
|  | |  | |  | |
| В | | 498 | | К РАСШИРЕННЫМ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ ТРУПНОГО ДОНОРА ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | возраст старше 60лет | |
|  | | Б | | артериальная гипертония | |
|  | | В | | кардио-васкулярная причина смерти | |
|  | | Г | | креатинин крови более 1,5 мг/дл | |
|  | |  | |  | |
| В | | 499 | | ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РЕЦИПИЕНТА ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ ВЫСОКОГО ТИТРА ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩИХ АНТИ-HLA АНТИТЕЛ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ | |
|  | | А | | невозможна | |
|  | | Б | | возможна при совпадении группы крови | |
|  | | В | | возможна только после полной элиминации антител | |
|  | | Г | | возможна при отрицательной перекрестной пробе (Кросс-матч) | |
|  | |  | |  | |
| В | | 500 | | ДЛЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ВЫСОКОМ ТИТРА ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩИХ АНТИ-HLA АНТИТЕЛ ИСПОЛЬЗУЮТ | |
|  | | А | | ритуксимаб | |
|  | | Б | | циклофосфан | |
|  | | В | | гемосорбцию | |
|  | | Г | | азатиоприн | |
|  | |  | |  | |