**Тестовые задания для тестового экзамена на 1 аттестационную категорию по специальности Нефрология**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **Общественное здоровье и здравоохранение; организация нефрологической помощи в Российской Федерации** | |
| В | | 001 | СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | государственно-страховой | |
|  | | Б | бюджетно-страховой | |
|  | | В | смешанной (обязательное и добровольное страхование) | |
|  | | Г | частно-государственной | |
|  | |  |  | |
| В | | 002 | КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ | |
|  | | А | распределение по группам здоровья | |
|  | | Б | общая заболеваемость | |
|  | | В | профессиональная заболеваемость | |
|  | | Г | заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности | |
|  | |  |  | |
| В | | 003 | ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | числом госпитализированных за год больных | |
|  | | Б | числом коек на определенную численность населения | |
|  | | В | определением доли населения, нуждающегося в госпитализации | |
|  | | Г | числом врачебных должностей стационара на определенную численность населения | |
|  | |  |  | |
| В | | 004 | 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 | | 005 | ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С СОГЛАСИЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ДОПУСКАЕТСЯ | |
|  | | А | при отказе от медицинского вмешательства несовершеннолетнего пациента в возрасте от 15 до 18 лет и при отказе недееспособного гражданина | |
|  | | Б | несовершеннолетним в возрасте до 15 лет (до 16 лет для лиц, страдающих наркоманией), а также недееспособным гражданам | |
|  | | В | несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, недееспособным гражданам, а также при невозможности получить согласие от дееспособного пациента | |
|  | | Г | при недееспособности гражданина | |
|  | |  |  | |
| В | | 006 | СОГЛАСИЕ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПОЛУЧАТЬ | |
|  | | А | всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно | |
|  | | Б | всегда при проведении медицинского вмешательства | |
|  | | В | всегда, когда медицинское вмешательство неотложно | |
|  | | Г | всегда, когда медицинское вмешательство производиться в плановом порядке | |
|  | |  |  | |
| В | | 007 | 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 | | 008 | В СТАЦИОНАРЕ ОДНА ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА ОРГАНИЗУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА | |
|  | | А | 30 коек | |
|  | | Б | 25 коек | |
|  | | В | 20 коек | |
|  | | Г | 15 коек | |
|  | |  |  | |
| В | | 009 | РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, НЕЗАКОННО | |
|  | | А | по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина | |
|  | | Б | по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством | |
|  | | В | в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю | |
|  | | Г | при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений | |
|  | |  |  | |
| В | | 010 | ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ | |
|  | | А | на главных врачей и заведующих отделениями | |
|  | | Б | на лиц, из медицинского персонала, имеющих доступ к документации о больном | |
|  | | В | на всех лиц, которым в силу служебных отношений, стали известны данные, составляющие врачебную тайну | |
|  | | Г | на лечащих и дежурных врачей | |
|  | |  |  | |
| В | | 011 | ОБЪЕКТОМ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | застрахованное лицо | |
|  | | Б | страховой риск | |
|  | | В | страховой случай | |
|  | | Г | застрахованное лицо, которому предоставляется страховое обеспечение | |
|  | |  |  | |
| В | | 012 | СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ОМС – ЭТО ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ | |
|  | | А | своевременной медицинской помощи при возникновении страхового риска или страхового случая | |
|  | | Б | медицинской помощи при возникновении страхового риска и по ее оплате медицинской организации | |
|  | | В | необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации | |
|  | | Г | необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации | |
|  | |  |  | |
| В | | 013 | ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА | |
|  | | А | государственного бюджета | |
|  | | Б | обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней | |
|  | | В | обязательного и добровольного медицинского страхования | |
|  | | Г | обязательного медицинского страхования и благотворительных фондов | |
|  | |  |  | |
| В | | 014 | ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ СОБОЙ ПЕРЕЧЕНЬ | |
|  | | А | заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам  бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта РФ и средств бюджета территориального фонда ОМС | |
|  | | Б | медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно | |
|  | | В | услуг, которые гражданин может получить в соответствии с договором | |
|  | | Г | услуг, указанных в полисе ОМС | |
|  | |  |  | |
| В | | 015 | РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОМС ВЕДЕТСЯ | |
|  | | А | федеральным фондом | |
|  | | Б | органом исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения | |
|  | | В | территориальным фондом ОМС | |
|  | | Г | страховыми медицинскими организациями | |
|  | |  |  | |
| В | | 016 | ПЕРЕДАЧА МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ОРГАНАМИ ПРОКУРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ | |
|  | | А | административно-процессуального действия и административного пресечения | |
|  | | Б | административного взыскания и административного принуждения | |
|  | | В | административного принуждения | |
|  | | Г | административного пресечения | |
|  | |  |  | |
| В | | 017 | ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ПРИЧИНИВШЕГО УЩЕРБ ПАЦИЕНТУ, НЕ СВЯЗАННЫЙ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ МЕДРАБОТНИКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБЯЗАННОСТЯМ | |
|  | | А | административная | |
|  | | Б | гражданско-правовая | |
|  | | В | уголовная | |
|  | | Г | освобождение от ответственности | |
|  | |  |  | |
| В | | 018 | ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО РЕДКИМ (ОРФАННЫМ) ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ | |
|  | | А | организационно-методический отдел по профилю соответствующего заболевания | |
|  | | Б | главный внештатный специалист Департамента здравоохранения г. Москвы по профилю соответствующего заболевания | |
|  | | В | окружной специалист по профилю соответствующего заболевания | |
|  | | Г | профильный специалист по месту жительства пациента | |
|  | |  |  | |
| В | | 019 | ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ (БЕЗ ПЕРЕРЫВА) МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ПРОДОЛЖАТЬСЯ | |
|  | | А | 4 месяца | |
|  | | Б | 6 месяцев | |
|  | | В | 8 месяцев | |
|  | | Г | 12 месяцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 020 | КОМПОНЕНТОМ ОБЩЕГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В СВЯЗИ С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПЕНСИОНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | стоимость пребывания в стационаре | |
|  | | Б | размер пособия по стойкой нетрудоспособности | |
|  | | В | размер пособия по временной нетрудоспособности | |
|  | | Г | стоимость несозданной продукции | |
|  | |  |  | |
| В | | 021 | ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ЗАНЯТЫХ ВРАЧЕБНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ К ЧИСЛУ ШТАТНЫХ ВРАЧЕБНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | структуры посещений поликлиники по специальностям | |
|  | | Б | укомплектованности врачами | |
|  | | В | участковости на приеме у терапевта | |
|  | | Г | цеховой участковости | |
|  | |  |  | |
| В | | 022 | ДАННЫЕ ОБ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В ГОДОВОМ ОТЧЕТЕ БОЛЬНИЦЫ ОТНОСЯТСЯ К МОДУЛЮ | |
|  | | А | деятельность поликлиники | |
|  | | Б | деятельность стационара | |
|  | | В | штаты | |
|  | | Г | установки | |
|  | |  |  | |
| В | | 023 | ПЛАТЕЖИ НА ОМС ЗА РАБОТАЮЩИХ И НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ПЕРЕЧИСЛЯЮТСЯ В | |
|  | | А | министерство финансов | |
|  | | Б | министерство здравоохранения | |
|  | | В | территориальную поликлинику | |
|  | | Г | ТФОМС | |
|  | |  |  | |
| В | | 024 | ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА ВК ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОДЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ | |
|  | | А | 15 дней | |
|  | | Б | 10 дней | |
|  | | В | 20 дней | |
|  | | Г | 30 дней | |
|  | |  |  | |
| В | | 025 | ГАРАНТИРОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС СОДЕРЖИТСЯ В | |
|  | | А | тарифном соглашении | |
|  | | Б | программе государственных гарантий | |
|  | | В | законе о медицинском страховании | |
|  | | Г | договоре ОМС | |
|  | |  |  | |
| В | | 026 | СТРАХОВАТЕЛЕМ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | медицинское учреждение | |
|  | | Б | юридические лица, осуществляющие медицинское страхование | |
|  | | В | лицо, в пользу которого осуществляется договор страхования | |
|  | | Г | юридические лица, заключившие со страховщиком договоры страхования | |
|  | |  |  | |
| В | | 027 | ЧИСЛО БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА БОЛЬНИЧНОЙ КОЙКЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | оборот койки | |
|  | | Б | выполнение плана койко-дней | |
|  | | В | среднее время простоя койки | |
|  | | Г | среднегодовая занятость койки | |
|  | |  |  | |
| В | | 028 | СТРАХОВАТЕЛЕМ ПРИ ОМС ДЛЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | медицинские страховые организации | |
|  | | Б | медицинское учреждение | |
|  | | В | юридические лица, заключившие со страховщиком договоры страхования | |
|  | | Г | юридические лица, осуществляющие медицинское страхование | |
|  | |  |  | |
| В | | 029 | 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 | |
|  | |  |  | |
| В | | 030 | МОЩНОСТЬ БОЛЬНИЦЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | числом врачей | |
|  | | Б | численностью прикрепленного населения | |
|  | | В | числом среднего медперсонала | |
|  | | Г | числом коек | |
|  | |  |  | |
| В | | 031 | ВЕДУЩИМ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | улучшение показателей здоровья в динамике | |
|  | | Б | увеличение продолжительности периода трудовой деятельности | |
|  | | В | формирование у населения установки на здоровый образ жизни | |
|  | | Г | снижение уровня травматизма | |
|  | |  |  | |
| В | | 032 | ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ НА РАБОТУ, ПРОВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ | |
|  | | А | определения группы здоровья | |
|  | | Б | выявления профессиональных заболеваний | |
|  | | В | направления на санаторно-курортное лечение | |
|  | | Г | определения соответствия состояния здоровья поручаемой работе | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Анатомия, гистология, физиология и патофизиология почки** | |
|  | |  |  | |
| В | | 033 | ФИЛЬТРАЦИЯ В КЛУБОЧКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ | |
|  | | А | артериального давления | |
|  | | Б | активного тpанспоpта | |
|  | | В | пассивного тpанспоpта | |
|  | | Г | разницы гидpостатического давления | |
|  | |  |  | |
| В | | 034 | НАРУЖНЫЙ СЛОЙ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ФИЛЬТРА СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | капсула Шумлянского-Боумена | |
|  | | Б | эндотелий капилляров | |
|  | | В | внутренний слой капсулы Шумлянского-Боумена | |
|  | | Г | гломерулярная базальная мембрана | |
|  | |  |  | |
| В | | 035 | ВНУТРЕННИЙ СЛОЙ КАПСУЛЫ БОУМЕНА СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК | |
|  | | А | эндотелий | |
|  | | Б | подоциты | |
|  | | В | мезангиоциты | |
|  | | Г | кубический эпителий | |
|  | |  |  | |
| В | | 036 | МАЛЬПИГИЕВЫ ПИРАМИДЫ СОСТОЯТ ИЗ | |
|  | | А | наружного мозгового и внутреннего мозгового слоев | |
|  | | Б | коркового вещества | |
|  | | В | коркового вещества и наружного мозгового слоя | |
|  | | Г | коркового вещества и внутреннего мозгового слоя | |
|  | |  |  | |
| В | | 037 | ВЫНОСЯЩАЯ АРТЕРИОЛА КОРТИКАЛЬНЫХ НЕФРОНОВ, ВЫЙДЯ ИЗ КАПСУЛЫ КЛУБОЧКА | |
|  | | А | делится на капилляры, оплетающие собирательные трубки | |
|  | | Б | делится на капилляры, оплетающие проксимальные и дистальные канальцы | |
|  | | В | делится на капилляры, оплетающие петлю Генле | |
|  | | Г | не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 038 | ВЫНОСЯЩАЯ АРТЕРИОЛА ЮКСТАМЕДУЛЛЯРНЫХ НЕФРОНОВ, ВЫЙДЯ ИЗ КАПСУЛЫ | |
|  | | А | делится на капилляры, оплетающие проксимальные и дистальные канальцы | |
|  | | Б | делится на капилляры, оплетающие собирательные трубки | |
|  | | В | делится на капилляры, оплетающие тонкий сегмент петли Генле | |
|  | | Г | не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 039 | ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЧКИ ФУНКЦИОНАЛЬНО ПОДЧИНЕНА | |
|  | | А | инкреторной функции почки | |
|  | | Б | клубочковой фильтрации | |
|  | | В | секреторной работе канальцев | |
|  | | Г | реабсорбционной работе канальцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 040 | КАНАЛЬЦЕВЫЙ АППАРАТ НЕФРОНОВ РАСПОЛОЖЕН В: | |
|  | | А | мозговом веществе почки | |
|  | | Б | корковом веществе почки | |
|  | | В | капсуле почки | |
|  | | Г | чашечно-лоханочной системе | |
|  | |  |  | |
| В | | 041 | В ИННЕРВАЦИИ КАНАЛЬЦЕВОГО АППАРАТА ПОЧЕК УЧАСТВУЮТ НЕРВЫ | |
|  | | А | только адренергические | |
|  | | Б | только холинергические | |
|  | | В | адренергические и холинергические | |
|  | | Г | допаминергические | |
|  | |  |  | |
| В | | 042 | ИСТОЧНИКОМ ИННЕРВАЦИИ КЛЕТОК ЮГА ЯВЛЯЕТСЯ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ | |
|  | | А | аорторенальное | |
|  | | Б | аортальное и ренальное | |
|  | | В | ренальное и аорторенальное | |
|  | | Г | аортальное, ренальное и аорторенальное | |
|  | |  |  | |
| В | | 043 | ГЛАВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЮГА ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ; | |
|  | | А | плотного пятна и Гурмагтига | |
|  | | Б | эпителиоидные (гранулярные) и мезангиальные | |
|  | | В | эпителиоидные и плотного пятна (Maculadensa) | |
|  | | Г | эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига | |
|  | |  |  | |
| В | | 044 | 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 | | 045 | 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 | | 046 | ОСНОВНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛЕТОК ПЛОТНОГО ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕГУЛЯЦИИ СИНТЕЗА | |
|  | | А | простагландинов | |
|  | | Б | калликреин-кинина | |
|  | | В | ренина | |
|  | | Г | простагландинов, ренина, калликреина | |
|  | |  |  | |
| В | | 047 | 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 | | 048 | ПОНЯТИЕ «ДИСТАЛЬНЫЙ НЕФРОН» ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | весь участок нефрона, начиная с толстого восходящего отдела петли Генле | |
|  | | Б | дистальный извитой каналец | |
|  | | В | весь участок нефрона, начиная с тонкого отдела петли Генле | |
|  | | Г | весь участок нефрона, начиная с дистального извитого канальца | |
|  | |  |  | |
| В | | 049 | ЩЕТОЧНАЯ КАЙМА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ В | |
|  | | А | дистальном извитом канальце | |
|  | | Б | петле Генле | |
|  | | В | проксимальном извитом канальце | |
|  | | Г | связующем отделе и собирательной трубке | |
|  | |  |  | |
| В | | 050 | ПРОЦЕСС ФИЛЬТРАЦИИ В КЛУБОЧКАХ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АД НИЖЕ | |
|  | | А | 100 мм.рт.ст. | |
|  | | Б | 80 мм.рт.ст. | |
|  | | В | 50 мм.рт.ст. | |
|  | | Г | 20 мм рт.ст. | |
|  | |  |  | |
| В | | 051 | В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО | |
|  | | А | клиренсу инулина | |
|  | | Б | клиренсу креатинина | |
|  | | В | скорости секреции диодраста | |
|  | | Г | скорости секреции парааминогиппурата | |
|  | |  |  | |
| В | | 052 | КРЕАТИНИН ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | маркером повреждения кишечника | |
|  | | Б | регулятором деятельности центральной нервной системы | |
|  | | В | ранним маркером инфаркта миокарда | |
|  | | Г | конечным продуктом креатин-фосфатной реакции в скелетной мускулатуре | |
|  | |  |  | |
| В | | 053 | ЕСЛИ КЛИРЕНС ВЕЩЕСТВА БОЛЬШЕ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА, ТО ЭТО ВЕЩЕСТВО | |
|  | | А | фильтруется | |
|  | | Б | реабсорбируется | |
|  | | В | секретируется | |
|  | | Г | не фильтруется | |
|  | |  |  | |
| В | | 054 | ПРОНИЦАЕМОСТЬ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ФИЛЬТРА МАКСИМАЛЬНА ДЛЯ | |
|  | | А | альбумина | |
|  | | Б | инулина | |
|  | | В | гемоглобина | |
|  | | Г | декстранов | |
|  | |  |  | |
| В | | 055 | ОСНОВНЫМ ВНЕКЛЕТОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | кальций | |
|  | | Б | калий | |
|  | | В | натрий | |
|  | | Г | аммиак | |
|  | |  |  | |
| В | | 056 | ОСНОВНЫМ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | калий | |
|  | | Б | натрий | |
|  | | В | хлор | |
|  | | Г | магний | |
|  | |  |  | |
| В | | 057 | ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ НАТРИЯ В ПЕТЛЕ ГЕНЛЕ СВОЙСТВЕННО СИНДРОМУ | |
|  | | А | Альпорта | |
|  | | Б | Бартера | |
|  | | В | Фанкони | |
|  | | Г | Лиддла | |
|  | |  |  | |
| В | | 058 | СНИЗИТЬ РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦАХ МОЖНО НАЗНАЧЕНИЕМ | |
|  | | А | ацетазоламида | |
|  | | Б | верошпирона | |
|  | | В | гипотиазида | |
|  | | Г | фуросемида | |
|  | |  |  | |
| В | | 059 | ГИПОНАТРИЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ | |
|  | | А | низкого содержания натрия в пище | |
|  | | Б | избыточных потерях натрия и воды | |
|  | | В | избыточной (неадекватной) секреции вазопрессина | |
|  | | Г | нарушения процессов канальцевого транспорта натрия | |
|  | |  |  | |
| В | | 060 | РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦАХ СНИЖАЮТ | |
|  | | А | ангиотензин | |
|  | | Б | эндотелин | |
|  | | В | инсулин | |
|  | | Г | норадреналин | |
|  | |  |  | |
| В | | 061 | РЕАРБСОРБЦИЯ ВОДЫ ОТСУТСТВУЕТ | |
|  | | А | в собирательной трубке | |
|  | | Б | в восходящем отделе петли Генле | |
|  | | В | в проксимальном канальце | |
|  | | Г | походу всего нефрона | |
|  | |  |  | |
| В | | 062 | В ОСНОВЕ ОСМОТИЧЕСКОГО КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ МОЧИ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ | |
|  | | А | регулируемая вазопрессином проницаемость собирательных трубок для воды | |
|  | | Б | гипосмолярныйинтерстиций в мозговом слое почки | |
|  | | В | гиперфильтрация | |
|  | | Г | гиперперфузия | |
|  | |  |  | |
| В | | 063 | ПОД ДЕЙСТВИЕМ РЕНИНА ПРОИСХОДИТ | |
|  | | А | расширение приносящей артериолы | |
|  | | Б | сужение приносящей артериолы | |
|  | | В | уменьшение размеров пор базальной мембраны | |
|  | | Г | уменьшение реабсорбции белка | |
|  | |  |  | |
| В | | 064 | ДЕФИЦИТ ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ ПРИВОДИТ К | |
|  | | А | увеличению объема плазмы | |
|  | | Б | повышению почечного кровотока | |
|  | | В | стимуляции системы ренин-ангиотензин-альдостерон | |
|  | | Г | снижению осмолярности плазмы | |
|  | |  |  | |
| В | | 065 | АКТИВНОЙ РЕАБСОРБЦИИ В КАНАЛЬЦАХ ПОДВЕРЖЕН | |
|  | | А | калий | |
|  | |  | натрий | |
|  | |  | мочевина | |
|  | |  | вода | |
|  | |  |  | |
| В | | 066 | ДЕЙСТВИЕ АДГ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | в петле Генле | |
|  | | Б | в проксимальном канальце | |
|  | | В | в дистальном канальце | |
|  | | Г | в собирательной трубке | |
|  | |  |  | |
| В | | 067 | МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ В ЗДОРОВЫХ ПОЧКАХ ВЫЗЫВАЕТ | |
|  | | А | снижение аммонийного коэффициента | |
|  | | Б | повышение аммонийного коэффициента | |
|  | | В | увеличение клиренса мочевины | |
|  | | Г | увеличение секреции калия | |
|  | |  |  | |
| В | | 068 | ИНКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ | |
|  | | А | регуляцию артериального давления и объема циркулирующей крови | |
|  | | Б | уровень эритропоэза и свертывание крови | |
|  | | В | секрецию минералокортикоидов корой надпочечников и метаболизм кальция и фосфора | |
|  | | Г | секрецию антидиуретического гормона | |
|  | |  |  | |
| В | | 069 | ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПАРАТГОРМОНА РЕАБСОРБЦИЯ ФОСФАТОВ | |
|  | | А | не изменяется | |
|  | | Б | увеличивается | |
|  | | В | увеличивается только в кортикальных нефронах | |
|  | | Г | уменьшается | |
|  | |  |  | |
| В | | 070 | ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНЫЙ АППАРАТ ПОЧКИ РАСПОЛОЖЕН | |
|  | | А | в выносящей клубочковой артериоле и дистальном канальце | |
|  | | Б | в приносящей клубочковой артериоле | |
|  | | В | между приносящей и выносящей клубочковыми артериолами | |
|  | | Г | в собирательных трубках | |
|  | |  |  | |
| В | | 071 | ФУНКЦИИ ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В | |
|  | | А | контроле величины клубочковой фильтрации и секреции ренина | |
|  | | Б | уменьшении доставки натрия и хлоридов к дистальным канальцам при увеличении объма внеклеточной жидкости | |
|  | | В | увеличении реабсорбции натрия хлорида в дистальных канальцах | |
|  | | Г | снижении экскреции ренина в ответ на уменьшение внеклеточной жидкости | |
|  | |  |  | |
| В | | 072 | ПРИЧИНАМИ СИНДРОМА НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ АДГ (SIADH) ЯВЛЯЕТСЯ: | |
|  | | А | центральный несахарный диабет | |
|  | | Б | наркомания, побочные эффекты медикаментов, онкологические заболевания | |
|  | | В | хроническая почечная недостаточность | |
|  | | Г | ренальный несахарный диабет | |
|  | |  |  | |
| В | | 073 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ АДГ (SIADH) ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | эуволемическуюгипергидратацию с нарастающей гипонатриемией и резистентностью к салуретикам | |
|  | | Б | гиперволемию | |
|  | | В | трудноконтролируемую гипертензию | |
|  | | Г | гиперосмолярный синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 074 | МЕСТОМ ПРИЛОЖЕНИЯ АНГИОТЕНЗИНА II ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | дуговые артерии почек | |
|  | | Б | приносящие артериолы | |
|  | | В | выносящие артериолы | |
|  | | Г | гломерулярная базальная мембрана | |
|  | |  |  | |
| В | | 075 | ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АНГИОТЕНЗИНА II ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | сосудорасширяющее | |
|  | | Б | сосудосуживающее | |
|  | | В | реабсорбция калия | |
|  | | Г | антидиуретическое | |
|  | |  |  | |
| В | | 076 | ФУНКЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕАБСОРБЦИИ | |
|  | | А | ионов водорода | |
|  | | Б | воды | |
|  | | В | калия | |
|  | | Г | натрия | |
|  | |  |  | |
| В | | 077 | СУТЬ ПРОТИВОТОЧНО-МНОЖИТЕЛЬНОГО МЕХАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В | |
|  | | А | разведении мочи | |
|  | | Б | концентрировании мочи | |
|  | | В | задержке белков | |
|  | | Г | фильтрации | |
|  | |  |  | |
| В | | 078 | ПРОСВЕТ АФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРОСВЕТОМ ЭФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ | |
|  | | А | в 2 раза уже | |
|  | | Б | в 2 раза шире | |
|  | | В | одинаковый | |
|  | | Г | в 4 раза уже | |
|  | |  |  | |
| В | | 079 | СКФ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ | |
|  | | А | Вандерваля | |
|  | | Б | Кокрофта-Голта | |
|  | | В | Шварца | |
|  | | Г | весо-ростового показателя | |
|  | |  |  | |
| В | | 080 | КОНЕЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ ЗАВИСИТ ОТ | |
|  | | А | ренина | |
|  | | Б | АДГ | |
|  | | В | эритропоэтина | |
|  | | Г | ангиотензина II | |
|  | |  |  | |
| В | | 081 | ОСНОВНАЯ РЕАБСОРБЦИЯ БИКАРБОНАТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В | |
|  | | А | проксимальном канальце | |
|  | | Б | петле Генле | |
|  | | В | дистальном канальце | |
|  | | Г | собирательной трубке | |
|  | |  |  | |
| В | | 082 | РЕАБСОРБЦИЯ ГЛЮКОЗЫ И АМИНОКИСЛОТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В | |
|  | | А | дистальных канальцах | |
|  | | Б | пpоксимальных канальцах | |
|  | | В | петле Генле | |
|  | | Г | собирательных трубках | |
|  | |  |  | |
| В | | 083 | АНТИДИУРЕТИЧЕСКИЙ ГОРМОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В | |
|  | | А | щитовидной железе и тимусе | |
|  | | Б | почках | |
|  | | В | надпочечниках | |
|  | | Г | в нейронах гипоталамуса, переносится в нервные окончания задней доли гипофиза (нейрогипофиз) | |
|  | |  |  | |
| В | | 084 | АЛЬДОСТЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В | |
|  | | А | почках | |
|  | | Б | гипофизе | |
|  | | В | надпочечниках | |
|  | | Г | вилочковой железе | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Синдромы в нефрологии. Методы дифференциальной диагностики в нефрологии** | |
|  | |  |  | |
| В | | 085 | ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК | |
|  | | А | имеет самостоятельное диагностическое значение в зависимости от типа функционального исследования | |
|  | | Б | не имеют самостоятельного диагностического значения | |
|  | | В | диагностическое значение в зависимости от природы заболевания | |
|  | | Г | только у детей | |
|  | |  |  | |
| В | | 086 | ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ | |
|  | | А | Зимницкого | |
|  | | Б | Реберга | |
|  | | В | Нечипоренко | |
|  | | Г | 18-часовой дегидратации | |
|  | |  |  | |
| В | | 087 | ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МОЧЕВИНЫ В КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ | |
|  | | А | подагры | |
|  | | Б | тяжелой патологии печени | |
|  | | В | обезвоживания | |
|  | | Г | низкого содержания белков в пище | |
|  | |  |  | |
| В | | 088 | ГИПЕРНАТРИЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | синдроме Кона | |
|  | | Б | аденоме паращитовидных желез | |
|  | | В | болезни Аддисона | |
|  | | Г | гиповитаминозе D | |
|  | |  |  | |
| В | | 089 | ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | проба Адисса-Каковского | |
|  | | Б | проба Нечипоренко | |
|  | | В | фазово-контрастная микроскопия | |
|  | | Г | трехстаканная проба | |
|  | |  |  | |
| В | | 090 | ГЕМАТУРИЯ НЕГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами | |
|  | | Б | эритроцитами разного размера, причудливой формы | |
|  | | В | наличием акантоцитов | |
|  | | Г | всегда сопутствует массивная протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 091 | ГЕМАТУРИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | отсутствием протеинурии | |
|  | | Б | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами | |
|  | | В | изоморфными эритроцитами | |
|  | | Г | эритроцитами разного размера, причудливой формы | |
|  | |  |  | |
| В | | 092 | ГЕМАТУРИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | отсутствием эритроцитарных цилиндров | |
|  | | Б | наличием эритроцитарных цилиндров | |
|  | | В | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами | |
|  | | Г | сопутствующей стерильной лейкоцитурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 093 | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | гиперхолестеринемию без гипоальбуминемии | |
|  | | Б | гипопротеинемию, гипергаммаглобулинемию | |
|  | | В | протеинурию более 3,5 r/сут, гипоальбуминемию | |
|  | | Г | повышение уровня С-реактивного белка крови | |
|  | |  |  | |
| В | | 094 | * ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ | |
|  | | А | * высокобелковой диете | |
|  | | Б | * нефротическом синдроме любого происхождения | |
|  | | В | * гломерулонефрите | |
|  | | Г | * массивном внутрисосудистом гемолизе | |
|  | |  |  | |
| В | | 095 | * КАНАЛЬЦЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ОБУСЛОВЛЕНА | |
|  | | А | * нарушением реабсорбции белков маленького молекулярного веса (ß2-микроглобулинов) | |
|  | | Б | * изменением размера пор клубочкового капилляра | |
|  | | В | * изменением заряда клубочкового фильтра | |
|  | | Г | * изменением размера пор и заряда клубочкового фильтра | |
|  | |  |  | |
| В | | 096 | КЛУБОЧКОВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА | |
|  | | А | * изменением функций нормального мезангиального клиренса | |
|  | | Б | * выделением в мочу компонентов щеточной каемки и клеточных ферментов | |
|  | | В | * секрецией большого количества белков Тамма-Хорсфолла | |
|  | | Г | * нарушением реабсорбции белков проксимальным отделом канальцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 097 | СПЕКТР БЕЛКОВ МОЧИ ИДЕНТИЧЕН СПЕКТРУ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПРОТЕИНУРИИ | |
|  | | А | высокоселективной | |
|  | | Б | преренальной | |
|  | | В | постренальной | |
|  | | Г | низкоселективной | |
|  | |  |  | |
| В | | 098 | ИЗОЛИРОВАННЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | туберкулеза почек | |
|  | | Б | острого гломерулонефрита | |
|  | | В | острого пиелонефрита | |
|  | | Г | болезни минимальных изменений | |
|  | |  |  | |
| В | | 099 | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК | |
|  | | А | тубулоинтерстициальных | |
|  | | Б | гипертонической природы | |
|  | | В | с иммунно-комплексным механизмом развития | |
|  | | Г | апостематозных нефритах | |
|  | |  |  | |
| В | | 100 | ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИРОДЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ | |
|  | | А | пункционная биопсии почки | |
|  | | Б | стернальная пункция/ трепанобиопсия | |
|  | | В | ультразвуковое исследование | |
|  | | Г | исследование мочевого осадка в динамике | |
|  | |  |  | |
| В | | 101 | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ | |
|  | | А | тромботическую микроангиопатию | |
|  | | Б | тубулоинтерстициальный нефрит | |
|  | | В | рецидивирующий пиелонефрит | |
|  | | Г | диабетический гломерулосклероз | |
|  | |  |  | |
| В | | 102 | ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | острого пиелонефрита | |
|  | | Б | амилоидоза почек | |
|  | | В | некроза канальцев | |
|  | | Г | нефритического синдрома | |
|  | |  |  | |
| В | | 103 | ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | хронического пиелонефрита | |
|  | | Б | хронического гломерулонефрита | |
|  | | В | множественной миеломы | |
|  | | Г | рака паренхимы почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 104 | ДИАПАЗОН МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 20-200 мг/сут | |
|  | | Б | 30-300 мг/сут | |
|  | | В | 40-400 мг/сут | |
|  | | Г | <150 мг/сут | |
|  | |  |  | |
| В | | 105 | СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 150 мг | |
|  | | Б | 100 мг | |
|  | | В | 30 мг | |
|  | | Г | 300 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 106 | 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 | | 107 | МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛУБОЧКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | первичными и независимыми | |
|  | | Б | вторичными по отношению к поражению сосудов | |
|  | | В | как первичными, так и вторичными | |
|  | | Г | клубочки не поражаются | |
|  | |  |  | |
| В | | 108 | ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЕНИНА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | вспомогательным тестом на реноваскулярную природу АГ | |
|  | | Б | важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией | |
|  | | В | не информативным в дифференциально-диагностическом плане | |
|  | | Г | диагностическим критерием феохромоцитомы | |
|  | |  |  | |
| В | | 109 | ПРИ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕЙ МАКРОГЕМАТУРИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С | |
|  | | А | ультразвукового исследования мочеполовой системы | |
|  | | Б | радионуклидного исследования | |
|  | | В | цистографии | |
|  | | Г | ангиографии | |
|  | |  |  | |
| В | | 110 | КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | олигурия | |
|  | | Б | кристаллурия, нефролитиаз, нефрокальциноз | |
|  | | В | снижение СКФ | |
|  | | Г | лейкоцитурия в сочетании с массивной протеинурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 111 | НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЮТ | |
|  | | А | неселективная протеинурия, микрогематурия | |
|  | | Б | снижение клиренса креатинина | |
|  | | В | наличие в моче неизмененных эритроцитов | |
|  | | Г | аминоацидурия, понижение секреции ионов Н+ и аммония | |
|  | |  |  | |
| В | | 112 | ЭОЗИНОФИЛУРИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА | |
|  | | А | обострение хронического пиелонефрита | |
|  | | Б | острый цистит | |
|  | | В | атероматозную эмболию почечных сосудов | |
|  | | Г | инфекцию, передающуюся половым путем | |
|  | |  |  | |
| В | | 113 | ЭОЗИНОФИЛУРИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАЮТ НА | |
|  | | А | острый интерстициальный нефрит | |
|  | | Б | уретрит | |
|  | | В | мембранозную нефропатию | |
|  | | Г | болезнь тонких базальных мембран | |
|  | |  |  | |
| В | | 114 | НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | цилиндрурия | |
|  | | Б | гематурия | |
|  | | В | лейкоцитурия | |
|  | | Г | протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 115 | МЕХАНИЗМЫ ГЛЮКОЗУРИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | увеличение фильтрационного давления в клубочках почек | |
|  | | Б | блокирование ферментов фосфорилирования в эпителии канальцев | |
|  | | В | повышение проницаемости капилляров клубочков почек | |
|  | | Г | повышение уровня глюкозы сыворотки до 7 ммоль/л | |
|  | |  |  | |
| В | | 116 | ПОЛИУРИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА | |
|  | | А | окситоцина | |
|  | | Б | адреналина | |
|  | | В | вазопрессина | |
|  | | Г | соматотропина | |
|  | |  |  | |
| В | | 117 | ПОЛИУРИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА | |
|  | | А | альдостерона | |
|  | | Б | ренина | |
|  | | В | трийодтиронина | |
|  | | Г | тестостерона | |
|  | |  |  | |
| В | | 118 | ПОД ТЕРМИНОМ ПОЛЛАКИУРИЯ ПОНИМАЮТ | |
|  | | А | уменьшение мочеотделения (<40 мл/сут) | |
|  | | Б | увеличение суточного количества мочи | |
|  | | В | уменьшение суточного количества мочи | |
|  | | Г | учащенное (> 6 раз в сутки) мочеиспускание | |
|  | |  |  | |
| В | | 119 | ДЛЯ ОЛИГОУРИИ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | монотонный диурез с плотностью мочи 1,012-1,006 | |
|  | | Б | монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 | |
|  | | В | уменьшение суточного количества мочи менее 500 мл | |
|  | | Г | прекращение мочеотделения ( менее 40 мл/сут) | |
|  | |  |  | |
| В | | 120 | БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕРМИНОМ | |
|  | | А | ишурия | |
|  | | Б | поллакизурия | |
|  | | В | странгурия | |
|  | | Г | полиурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 121 | ДЛЯ ГИПОСТЕНУРИИ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | осмотическая концентрация мочи 200-250 ммоль/л, максимальная относительная плотность – 1005-1008 | |
|  | | Б | осмотическая концентрация мочи 270-330 ммоль/л, максимальная относительная плотность – 1010-1012 | |
|  | | В | осмотическая концентрация мочи до 1200 мосм/л, относительная плотность мочи – 1031-1035 | |
|  | | Г | осмотическая концентрация мочи до 1200 мосм/л, относительная плотность мочи – 1031-1035 на фоне уменьшения суточного диуреза | |
|  | |  |  | |
| В | | 122 | В ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ГИПОСТЕНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | нефротического синдрома | |
|  | | Б | острого гломерулонефрита | |
|  | | В | хронической болезни почек | |
|  | | Г | застойной почке при сердечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 123 | 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 | | 124 | 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 | | 125 | ПРИЧИНА ОДНОСТОРОННЕГО ЗАПАЗДЫВАНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК- ЭТО | |
|  | | А | амилоидоз почек | |
|  | | Б | рефлюкс-нефропатия | |
|  | | В | врожденные аномалии развития почек | |
|  | | Г | хронический гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 126 | ПРИ СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ И ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ЧТО У ПАЦИЕНТА | |
|  | | А | хронический пиелонефрит | |
|  | | Б | рак почки | |
|  | | В | врожденную аномалию | |
|  | | Г | туберкулез почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 127 | СТЕРИЛЬНАЯ (АСЕПТИЧЕСКАЯ) ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ПРИ | |
|  | | А | инфекции мочевых путей с нетипичным микроорганизмом | |
|  | | Б | росте в посеве мочи кишечной палочки | |
|  | | В | остром пиелонефрите | |
|  | | Г | сочетании с бактериурией | |
|  | |  |  | |
| В | | 128 | ПОД ТЕРМИНОМ НИКТУРИЯ ПОНИМАЮТ | |
|  | | А | преобладание ночного диуреза над дневным | |
|  | | Б | ночное прерывание сна, сопровождающееся мочеиспусканием | |
|  | | В | низкую осмолярность ночной мочи | |
|  | | Г | высокую осмолярность ночной мочи | |
|  | |  |  | |
| В | | 129 | В НОРМЕ ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 65 ЛЕТ ОБЪЕМ НОЧНОЙ МОЧИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ОБЪЕМА СУТОЧНОЙ МОЧИ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 50% | |
|  | | Б | 40% | |
|  | | В | 30% | |
|  | | Г | 20% | |
|  | |  |  | |
| В | | 130 | В НОРМЕ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ОБЪЕМ НОЧНОЙ МОЧИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ОБЪЕМА СУТОЧНОЙ МОЧИ МЕНЕЕ | |
|  | | А | 60% | |
|  | | Б | 50% | |
|  | | В | 45% | |
|  | | Г | 33% | |
|  | |  |  | |
| В | | 131 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ ОБЪЕМ МОЧИ ЗА СУТКИ ПРЕВЫШАЕТ В МЛ НА КГ ВЕСА ТЕЛА | |
|  | | А | 25 | |
|  | | Б | 20 | |
|  | | В | 40 | |
|  | | Г | 30 | |
|  | |  |  | |
| В | | 132 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | сахарного диабета | |
|  | | Б | туберкулеза мочевой системы | |
|  | | В | синдрома Фанкони | |
|  | | Г | острого гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 133 | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | синдрома Фанкони | |
|  | | Б | туберкулеза мочевой системы | |
|  | | В | уремии | |
|  | | Г | острого гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 134 | НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ | |
|  | | А | синдроме обструктивного апноэ | |
|  | | Б | уремии | |
|  | | В | соль-теряющем синдроме | |
|  | | Г | остром гломерулонефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 135 | НИКТУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | обезвоживания | |
|  | | Б | острого гломерулонефрита | |
|  | | В | дисфункции нижних мочевых путей | |
|  | | Г | гиперкалиемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 136 | НИКТУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | гиперкалиемии | |
|  | | Б | острого гломерулонефрита | |
|  | | В | обезвоживания | |
|  | | Г | инсомнии | |
|  | |  |  | |
| В | | 137 | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ | |
|  | | А | голодания | |
|  | | Б | применения иАПФ | |
|  | | В | оксалатурии | |
|  | | Г | лихорадки | |
|  | |  |  | |
| В | | 138 | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | массивную протеинурию | |
|  | | Б | мигрирующие рожеподобные эритемы на коже | |
|  | | В | резкое повышение АД | |
|  | | Г | развитие левожелудочковой недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 139 | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | анасарку | |
|  | | Б | ортостатический коллапс | |
|  | | В | боли в животе | |
|  | | Г | отек легких | |
|  | |  |  | |
| В | | 140 | ПРИЧИНАМИ ГЕМАТУРИИ, НЕ СВЯЗАННЫМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | аналгетическая нефропатия | |
|  | | Б | патология тромбоцитарного звена (тромбоцитопении, тромбоцитопатии) | |
|  | | В | интерстициальный нефрит | |
|  | | Г | гиперкальциурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 141 | ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | медуллярная губчатая почка | |
|  | | Б | рефлюкс-нефропатия | |
|  | | В | сахарный диабет | |
|  | | Г | тромбоз почечной вены или инфаркт почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 142 | ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | туберкулез почек | |
|  | | Б | поликистозная болезнь почек разных типов | |
|  | | В | серповидно-клеточная анемия | |
|  | | Г | артериовенозные мальформации | |
|  | |  |  | |
| В | | 143 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ | |
|  | | А | снижение зубца Т, удлинение интервала Q-T, выраженный зубец U | |
|  | | Б | поражение периферических нервов (парестезии, ригидность конечностей) | |
|  | | В | гиперальдостеронизм | |
|  | | Г | фибрилляция желудочков, асистолия | |
|  | |  |  | |
| В | | 144 | ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА | |
|  | | А | терапия цитостатиками | |
|  | | Б | гиперволемия | |
|  | | В | выраженная гипофибриногенемия | |
|  | | Г | концентрация альбумина крови менее 20 г/л | |
|  | |  |  | |
| В | | 145 | ОТЛИЧИТЬ ПОЧЕЧНУЮ ЭКЛАМПСИЮ ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПОЗВОЛЯЮТ | |
|  | | А | тошнота | |
|  | | Б | наличие судорожного синдрома | |
|  | | В | сильные головные боли | |
|  | | Г | головокружение | |
|  | |  |  | |
| В | | 146 | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ- ЭТО | |
|  | | А | артериальная гипертензия | |
|  | | Б | гипергидратация | |
|  | | В | гипотензия с ортостатизмом и полиурией | |
|  | | Г | пиелонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 147 | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ | |
|  | | А | олигурия | |
|  | | Б | ацидоз с гиперкалиемией и гипонатриемией | |
|  | | В | артериальная гипертензия | |
|  | | Г | периферические отеки | |
|  | |  |  | |
| В | | 148 | ПРИ УЗИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХПН НАБЛЮДАЕТСЯ | |
|  | | А | нарушение дифференцировки слоев паренхимы | |
|  | | Б | снижается соотношение паренхимы к ЧЛС | |
|  | | В | паренхима почек определяется диффузно неоднородной | |
|  | | Г | контуры почек становятся неровными | |
|  | |  |  | |
| В | | 149 | УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА ПОЧЕК ПРИ УЗИ ИССЛЕДОВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | прогрессировании диффузных заболеваний почек | |
|  | | Б | хронической почечной недостаточности | |
|  | | В | при развитии и прогрессировании гипертонического нефрангиосклероза | |
|  | | Г | застойных почках при сердечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 150 | ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ВЕДУЩИМ ВИДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | экскреторная урография | |
|  | | Б | ультразвуковое исследование в вертикальном положении | |
|  | | В | ретроградная пиелография | |
|  | | Г | обзорная рентгенография | |
|  | |  |  | |
| В | | 151 | К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕЖЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕМЫМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ | |
|  | | А | дистопия | |
|  | | Б | подковообразная почка | |
|  | | В | удвоение почки | |
|  | | Г | добавочная (третья, четвертая) почка | |
|  | |  |  | |
| В | | 152 | ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕНЫММЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | радиоизотопная ренография | |
|  | | Б | экскреторная урография | |
|  | | В | биопсия почки | |
|  | | Г | компьютерная томография | |
|  | |  |  | |
| В | | 153 | АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | симптоматическая артериальная гипертензия почечного происхождения | |
|  | | Б | тубулоинтерстициальное заболевание почек неясного происхождения | |
|  | | В | значимое повышение уровня таких биохимических показателей крови, как мочевина, креатинин и мочевая кислота | |
|  | | Г | наличие единственной функционирующей почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 154 | АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | некоторые виды васкулитов | |
|  | | Б | наличие психических заболеваний у пациента, когда проведение манипуляции опасно из-за неадекватного поведения человека | |
|  | | В | острое повреждение почек неуточненного происхождения | |
|  | | Г | трансплантированная почка | |
|  | |  |  | |
| В | | 155 | АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | аневризма почечной артерии | |
|  | | Б | миеломная нефропатия | |
|  | | В | атеросклероз | |
|  | | Г | анемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 156 | 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 | | 157 | ПРИ РН КРОВИ - 7,05, РСО2 - 3,5 КПА, БИКАРБОНАТ – 7,0 ммоль/л НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | метаболическому алкалозу | |
|  | | Б | респираторному ацидозу | |
|  | | В | метаболическому ацидозу | |
|  | | Г | респираторному алкалозу | |
|  | |  |  | |
| В | | 158 | 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 | | 159 | 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 | | 160 | ПРИ РН КРОВИ - 7,53, РСО2 - 2 КПА (15 мм рт.ст.) НАРУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ | |
|  | | А | респираторному ацидозу | |
|  | | Б | метаболическому алкалозу | |
|  | | В | респираторному алкалозу | |
|  | | Г | метаболическому ацидозу | |
|  | |  |  | |
| В | | 161 | ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ | |
|  | | А | не меняется | |
|  | | Б | повышается в конце беременности | |
|  | | В | понижается на протяжении всей беременности | |
|  | | Г | повышается в конце 1 триместра | |
|  | |  |  | |
| В | | 162 | СРЕДИ ИЗОТОПНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ | |
|  | | А | динамическая сцинтиграфия | |
|  | | Б | радиоизотопная ренография | |
|  | | В | статическая сцинтиграфия | |
|  | | Г | методы ценны только при наличии почечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 163 | ПРИЧИНОЙ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКИ С ОТСУТСТВИЕМ НЕФРОГРАММ ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | обострение обструктивного пиелонефрита | |
|  | | Б | врожденная медуллярная гипоплазия почки | |
|  | | В | стенозирующий атеросклероз почечной артерии | |
|  | | Г | острый тромбоз почечных вен | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Первичные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 164 | СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ ОСНОВАНА НА | |
|  | | А | оценке величины и типа протеинурии | |
|  | | Б | данных о течении и клинической картине болезни | |
|  | | В | преимущественно морфологических данных | |
|  | | Г | наличии /отсутствии артериальной гипертонии | |
|  | |  |  | |
| В | | 165 | К ПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМ ОТНОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ | |
|  | | А | ФСГС | |
|  | | Б | болезнь минимальных изменений | |
|  | | В | мембранозная нефропатия | |
|  | | Г | мезангиопролиферативный | |
|  | |  |  | |
| В | | 166 | К НЕПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМ ОТНОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ | |
|  | | А | ФСГС | |
|  | | Б | экстракапиллярныймалоиммунный гломерулонефрит | |
|  | | В | мезангиопролиферативный | |
|  | | Г | IgA-нефропатия | |
|  | |  |  | |
| В | | 167 | ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СВЕТООПТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ | |
|  | | А | мембранозной нефропатии | |
|  | | Б | мезангиопролиферативного гломерулонефрита | |
|  | | В | фокально-сегментарного гломерулосклероза | |
|  | | Г | минимальных изменений клубочков | |
|  | |  |  | |
| В | | 168 | ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | IgA нефропатии | |
|  | | Б | волчаночного гломерулонефрита | |
|  | | В | острого тубулоинтерстициального нефрита | |
|  | | Г | АНЦА- ассоциированного гломерулонефрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 169 | ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЯ характерна для | |
|  | | А | острого постинфекционного гломерулонефрита | |
|  | | Б | IgA нефропатии | |
|  | | В | АНЦА- ассоциированного гломерулонефрита | |
|  | | Г | амилоидоза | |
|  | |  |  | |
| В | | 170 | К ИММУНОКОМПЛЕКСНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | фокальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Б | AL-амилоидоз | |
|  | | В | мембранозная нефропатия | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 171 | ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЕГО ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ | |
|  | | А | мочевой синдром, предшествующий повышению АД | |
|  | | Б | опережающее мочевой синдром повышение АД | |
|  | | В | частое развитие сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт) | |
|  | | Г | выраженные изменения глазного дна | |
|  | |  |  | |
| В | | 172 | ЭРИТРОГЕННЫЙ ЭКЗОТОКСИН СТРЕПТОКОККА ВЫЗЫВАЕТ | |
|  | | А | активацию плазмина | |
|  | | Б | активацию С-3 фракции комплемента | |
|  | | В | индукцию синтеза провоспалительных цитокинов | |
|  | | Г | иммуногенную трансформацию IgG c образованием ИК | |
|  | |  |  | |
| В | | 173 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | ФСГС | |
|  | | Б | IgA-нефропатия | |
|  | | В | быстропрогрессирующий ГН | |
|  | | Г | мембранозный ГН | |
|  | |  |  | |
| В | | 174 | КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | протеинурию, лейкоцитурию, бактериурию | |
|  | | Б | одышку, отеки, протеинурию | |
|  | | В | сердцебиение, отеки, одышку | |
|  | | Г | гематурию, отеки, артериальную гипертензию | |
|  | |  |  | |
| В | | 175 | ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ | |
|  | | 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 | | 176 | ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ- ЭТО | |
|  | | А | высокий уровень комплемента | |
|  | | Б | низкие титры антител к антигенам стрептококка | |
|  | | В | наличие антинуклеарных антител | |
|  | | Г | повышение титра почечных аутоантител, низкий уровень комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 177 | ХАРАКТЕРНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: | |
|  | | А | экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | Б | эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | В | мезангиокапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | Г | мезангиопролиферативный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 178 | ПРИ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЮТ | |
|  | | А | интрамембранозные депозиты | |
|  | | Б | свечение всех классов иммуноглобулинов («Fullhouse») | |
|  | | В | субэпителиальные депозиты по типу «горбов» | |
|  | | Г | свечение IgA и С3 в мезангии | |
|  | |  |  | |
| В | | 179 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 15 ЛЕТ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОГН НАБЛЮДАЕТСЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ, ТО ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОЛЖНО РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК | |
|  | | А | прогрессирование заболевания | |
|  | | Б | переход заболевания в хроническую форму | |
|  | | В | необратимое повреждение вследствие заболевания | |
|  | | Г | остаточное явление заболевания | |
|  | |  |  | |
| В | | 180 | ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | злокачественная гипертензия | |
|  | | Б | застойная сердечная недостаточность | |
|  | | В | почечная эклампсия | |
|  | | Г | гемолитико-уремический синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 181 | КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВСЛЕДСТВИЕ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ | |
|  | | А | 3-6 недель | |
|  | | Б | 1 неделю | |
|  | | В | 2 недели | |
|  | | Г | полгода | |
|  | |  |  | |
| В | | 182 | 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 | обострение ХГН | |
|  | | Б | острый гломерулонефрит | |
|  | | В | апостематозный нефрит | |
|  | | Г | острый тубуло-интерстициальный нефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 183 | КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | сочетанием НС с артериальной гипертензией | |
|  | | Б | развитием спонтанной ремиссии при естественном течении заболевания (без применения ГКС) | |
|  | | В | развитием ранней ремиссии при применении ГКС | |
|  | | Г | постепенным формированием нефротического синдрома | |
|  | |  |  | |
| В | | 184 | ПРИ ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | отсутствие отложений иммуноглобулинов или фракций комплемента в структурах нефрона, распластывание малых отросковподоцитов | |
|  | | Б | изменение капиллярной стенки за счет утолщения ГБМ | |
|  | | В | фиксация разных классов IgG и компонентов комплемента на ГБМ | |
|  | | Г | субэпителиальные депозиты | |
|  | |  |  | |
| В | | 185 | ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | сочетание с гипокоагуляцией | |
|  | | Б | наличие макрогематурия | |
|  | | В | наличие синдрома быстропрогрессирующей почечной недостаточности | |
|  | | Г | течение со спонтанными ремиссиями | |
|  | |  |  | |
| В | | 186 | ОТНОСИТЕЛЬНО ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ  НЕФРОПАТИИ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | возникает преимущественно во втором десятилетии жизни | |
|  | | Б | заболевание в два раза чаще диагностируется у мужчин, чем у женщин | |
|  | | В | прогрессирование до конечной стадии почечной недостаточности происходит быстро | |
|  | | Г | нефритический синдром является характерным проявлением | |
|  | |  |  | |
| В | | 187 | ПРИ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ В БИОПТАТЕ ПОЧКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | субэпителиальные депозиты по типу «горбов» | |
|  | | Б | свечение всех классов иммуноглобулинов («Fullhouse») | |
|  | | В | мелкогранулярные субэпителиальные депозиты | |
|  | | Г | субэндотелиальные депозиты с организованной структурой | |
|  | |  |  | |
| В | | 188 | ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К | |
|  | | А | протеиназе 3 | |
|  | | Б | NC-домену коллагена 4 типа | |
|  | | В | HLA- 1 класса/HLA- 2 класса | |
|  | | Г | одному из поверхностных подоцитарных антигенов | |
|  | |  |  | |
| В | | 189 | 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 | | 190 | ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЮТ ДЕПОЗИТЫ | |
|  | | А | Ig G | |
|  | | Б | Ig A | |
|  | | В | Ig M | |
|  | | Г | амилоида | |
|  | |  |  | |
| В | | 191 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ С МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ 1,0- 2,0 Г, ТО ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БУДЕТ | |
|  | | А | преднизолон в сочетании с циклоспорином в дозе 4 мг/кг/cут. | |
|  | | Б | преднизолон по 60 мг/cут. в сочетании с цитостатиком (циклофосфаном или хлорамбуцилом) | |
|  | | В | только нефропротективная терапия | |
|  | | Г | только циклоспорин в дозе 4 мг/кг/cутки | |
|  | |  |  | |
| В | | 192 | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН, ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ | |
|  | | А | болезни минимальных изменений | |
|  | | Б | мембранозного гломерулонефрита | |
|  | | В | ФСГС | |
|  | | Г | диабетической нефропатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 193 | 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 | | 194 | 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 | | 195 | ДЛЯ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГН, ОСОБЕННО ЕГО ВТОРОГО ТИПА ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | повышение уровня ревматоидного фактора в сыворотке крови | |
|  | | Б | повышение уровня IgA сыворотки | |
|  | | В | повышение уровня IgG сыворотки крови | |
|  | | Г | снижение уровня С3, С4 компонентов комплемента | |
|  | |  |  | |
| В | | 196 | ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ | |
|  | | А | утолщенный мезангиальный матрикс, двойной контур базальной мембраны, С3 гранулярное окрашивание при иммунофлюоресценции | |
|  | | Б | субэпителиальные «шипы» при световой и электронной микроскопии | |
|  | | В | нормальная микроскопия при световой микроскопии, при электронной – сглаживание малых отростков подоцитов | |
|  | | Г | склероз части клубочков, С3 в очагах склероза при иммунофлюоресценции | |
|  | |  |  | |
| В | | 197 | IgA-НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | наиболее редким вариантом гломерулонефрита | |
|  | | Б | быстрым исходом в терминальную ХПН | |
|  | | В | депозитами IgА в мезангии клубочков | |
|  | | Г | развитием вне связи с респиратоной инфекцией | |
|  | |  |  | |
| В | | 198 | СОЧЕТАНИЕ ОТЛОЖЕНИЯ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В КЛУБОЧКАХ И ПРОТЕИНУРИИ ВЫШЕ 3,5 Г В СУТКИ ВОЗМОЖНО ПРИ | |
|  | | А | криоглобулинемическом гломерулонефрите | |
|  | | Б | наследственном нефрите | |
|  | | В | болезни Берже | |
|  | | Г | липоидном нефрозе | |
|  | |  |  | |
| В | | 199 | ВТОРИЧНАЯ IgA-НЕФРОПАТИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | болезнях печени | |
|  | | Б | пурпуре Шенлейн-Геноха | |
|  | | В | множественной миеломе | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированном васкулите | |
|  | |  |  | |
| В | | 200 | ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО ФСГС, СВЯЗАННОГО СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | диффузной мезангиальнойгиперклеточностью | |
|  | | Б | синехиями к капсуле Боумена | |
|  | | В | гипертрофией и гиперплазией висцеральных эпителиальных клеток | |
|  | | Г | гломеруломегалией и перигилярным сегментарным склерозом и гиалинозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 201 | ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ | |
|  | | А | первичный фркальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Б | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | В | вторичный форкальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Г | мембранозная нефропатия | |
|  | |  |  | |
| В | | 202 | ТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕФРОПАТИИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ- ЭТО | |
|  | | А | нефрокальциноз | |
|  | | Б | острый гломерулонефрит | |
|  | | В | мезангиокапиллярный нефрит | |
|  | | Г | мезангио-пролиферативный IgA-нефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 203 | ОПТИМАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ | |
|  | | А | диуретики | |
|  | | Б | гидралазин | |
|  | | В | β-блокаторы | |
|  | | Г | блокаторы Са-каналов | |
|  | |  |  | |
| В | | 204 | ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА ПОКАЗАНО ПРИ | |
|  | | А | развитии ОПП | |
|  | | Б | злокачественной гипертензии | |
|  | | В | формировании нефротического синдрома | |
|  | | Г | острой левожелудочковой недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 205 | ПЕРВАЯ (НЕОТЛОЖНАЯ) ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ- ЭТО | |
|  | | А | сердечные гликозиды | |
|  | | Б | альфа-блокаторы и периферические вазодилататоры внутривенно | |
|  | | В | ингибиторы АПФ | |
|  | | Г | высокие дозы петлевых диуретиков внутривенно | |
|  | |  |  | |
| В | | 206 | РЕФРАКТЕРНОСТЬ К МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | сохранении нефротического синдрома у взрослых в течение 16 недель  (у детей в течение 4 недель) | |
|  | | Б | отсутствии диуретического ответа на терапию фуросемидом в условиях монотерапии кортикостероидами | |
|  | | В | снижении протеинурии до 2,0 г/cут | |
|  | | Г | появлении АГ в условиях терапии преднизолоном | |
|  | |  |  | |
| В | | 207 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ ОКОЛО 4 НЕДЕЛЬ НАЗАД БЕЗ ВИДИМОЙ ПРИЧИНЫ РАЗВИЛCЯ НС, ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ВЫЯВЛЕНА БОЛЕЗНЬ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ТО ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕРАПИИ БУДЕТ | |
|  | | А | преднизолон 30 мг/cут. в сочетании с цитостатиком | |
|  | | Б | преднизолон 60-80 мг/cут. в течение не менее 4 недель с последующим снижением дозы до минимальной и переходом на цитостатик | |
|  | | В | преднизолон 60-80 мг/cут. в течение не менее 4 недель с последующим снижением дозы до полной отмены в течение 6 мес | |
|  | | Г | симптоматическая терапия + индометацин+ ингибиторы АПФ | |
|  | |  |  | |
| В | | 208 | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С НС И ГЕМАТУРИЕЙ ПО ДАННЫМ БИОПСИИ ПОЧКИ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ IG-A- НЕФРОПАТИИ, ТО ВОЗМОЖНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕРАПИИ БУДЕТ | |
|  | | А | преднизолон и микофенолат | |
|  | | Б | преднизолон и пульсами циклофосфамида | |
|  | | В | монотерапиюиАПФ | |
|  | | Г | применение ингибиторов АПФ в сочетании с преднизолоном 1 мг/кг/сутки | |
|  | |  |  | |
| В | | 209 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ ГЛОМЕРУЛОПАТИИ РЕФРАКТЕРНОЙ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ | |
|  | | А | плазмаферез | |
|  | | Б | ритуксимаб | |
|  | | В | азатиоприн | |
|  | | Г | комбинация микофенолатов и плазмофереза | |
|  | |  |  | |
| В | | 210 | ИНГИБИТОРЫ КАЛЬЦИНЕЙРИНА ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ | |
|  | | А | фокальном сегментарном гломерулосклерозе | |
|  | | Б | любых гломерулонефритах | |
|  | | В | быстропрогрессирующем гломерулонефрите | |
|  | | Г | волчаночном нефрите III и IV классов | |
|  | |  |  | |
| В | | 211 | СХЕМОЙ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МАЛОИММУНОГО БПГН С КРЕАТИНИНОМ СЫВОРОТКИ МЕНЕЕ 400 МКМОЛЬ/Л ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | высокие дозы ГКС с азатиоприном внутрь | |
|  | | Б | терапия высокими дозами ГКС внутрь с ингибиторами АПФ | |
|  | | В | комбинированные в/венные «пульсы» МП с циклофосфаном (ЦФ) | |
|  | | Г | монотерапияметилпреднизолоном (МП) внутривенно | |
|  | |  |  | |
| В | | 212 | ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАЗНАЧЕНИЕ СТЕРОИДОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | истинная склеродермическая почка | |
|  | | Б | нефрит с минимальными изменениями | |
|  | | В | активный волчаночный нефрит | |
|  | | Г | поражение почек при гранулематозеВегенера | |
|  | |  |  | |
| В | | 213 | КОРТИКОСТЕРОИДЫ УСИЛИВАЮТ ТОКСИЧНОСТЬ | |
|  | | А | противоязвенных средств | |
|  | | Б | теофиллина | |
|  | | В | тиазидных диуретиков | |
|  | | Г | антигипертензивных препаратов | |
|  | |  |  | |
| В | | 214 | НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ KDIGO (2012) ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕРАПИИ IGA-НЕФРОПАТИИ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | у пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ преднизолон следует назначать в дозе 1 мг/кг в течение как минимум 10 недель | |
|  | | Б | рыбий жир не рекомендуется для пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ в связи со слабыми доказательствами его эффективности | |
|  | | В | у пациентов с риском прогрессирующей потери СКФ должна проводиться тонзиллэктомия | |
|  | | Г | микофенолатмофетил не рекомендуется пациентам с риском прогрессирующей потери СКФ | |
|  | |  |  | |
| В | | 215 | УРОВЕНЬ ЦИКЛОСПОРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОНИЖАЮТ | |
|  | | А | макролиды | |
|  | | Б | алкоголь | |
|  | | В | оральные контрацептивы | |
|  | | Г | преднизолон | |
|  | |  |  | |
| В | | 216 | УРОВЕНЬ ЦИКЛОСПОРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЮТ | |
|  | | А | карбомазепин | |
|  | | Б | барбитураты | |
|  | | В | блокаторы кальциевых каналов | |
|  | | Г | желчегонные | |
|  | |  |  | |
| В | | 217 | ДОЗЫ КАЛЬЦИЙНЕРИНОВЫХ БЛОКАТОРОВ ПОДБИРАЮТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО | |
|  | | А | в зависимости от рациона больного | |
|  | | Б | по возрасту и полу | |
|  | | В | из расчета на килограмм массы тела | |
|  | | Г | в зависимости от концентрации препарата в крови | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Вторичные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 218 | К ВАСКУЛИТУ СРЕДНИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | узелковый полиангиит | |
|  | | Б | аортоартериитТакаясу | |
|  | | В | гигантоклеточный васкулит | |
|  | | Г | АНЦА-ассоциированный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 219 | К ВАСКУЛИТУ МЕЛКИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ | |
|  | | А | болезнь Кавасаки | |
|  | | Б | узелковый полиангиит | |
|  | | В | аортоартериитТакаясу | |
|  | | Г | микроскопический полиангиит, полиангиит с гранулематозом, эозинофильный полиангиит с гранулематозом | |
|  | |  |  | |
| В | | 220 | НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | постстрептококкового гломерулонефрита | |
|  | | Б | узелкового полиартериита | |
|  | | В | мембранопролиферативного ГН | |
|  | | Г | «шунт» -нефрите | |
|  | |  |  | |
| В | | 221 | В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ (2012) К ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | микроскопический полиангиит | |
|  | | Б | кожный лейкоцитокластический васкулит | |
|  | | В | гипокомплементарныйуртикарный васкулит (анти-С1q-васкулит) | |
|  | | Г | ревматоидный васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 222 | ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | уровень СРБ | |
|  | | Б | Бирмингемской индекс активности (ВVAS) | |
|  | | В | СОЭ, фибриногенемия | |
|  | | Г | иммунологические показатели | |
|  | |  |  | |
| В | | 223 | ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | ускоренно прогрессирующая почечная недостаточность | |
|  | | Б | длительно персистирующая макрогематурия | |
|  | | В | неконтролируемая артериальная гипертензия | |
|  | | Г | нефротический синдром и нарастающая протеинурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 224 | ДЛЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ | |
|  | | А | наиболее частым вариантом является анти-ГБМ экстракапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | Б | наиболее частым вариантом является малоиммунный полулунный гломерулонефрит | |
|  | | В | при патогенетической терапии функция почек не восстанавливается | |
|  | | Г | не характерен для криоглобулинемического васкулита | |
|  | |  |  | |
| В | | 225 | 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 | | 226 | ПАТОГЕНЕЗ ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | тромбоз почечных артерий крупного и среднего калибра | |
|  | | Б | формирование иммунных депозитов в клубочках почек (по данным иммунофлюоресцентного исследования биоптата почки) | |
|  | | В | бактериальное инфицирование почечной ткани | |
|  | | Г | повреждение антителами гломерулярной базальной мембраны (ГБМ) | |
|  | |  |  | |
| В | | 227 | БПГН ПРИ ОПИОИДНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | героин-ассоциированной нефропатии | |
|  | | Б | сифилитической мембранозной нефропатии | |
|  | | В | IgA-нефропатии | |
|  | | Г | острого бактериального сепсиса | |
|  | |  |  | |
| В | | 228 | 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 | | 229 | ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ МАЛОИММУННОМ ГН СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ НАЛИЧИЕ | |
|  | | А | криоглобулинов | |
|  | | Б | антинейтрофильных цитоплазматических антител | |
|  | | В | АТ к HCV и HCV-RNA в сыворотке крови и криопреципитатах | |
|  | | Г | положительного волчаночного антикоагулянта | |
|  | |  |  | |
| В | | 230 | СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ AНЦA -АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ | |
|  | | А | антиядерные антитела | |
|  | | Б | антитела к протеину С | |
|  | | В | антитела к протеиназе-3 и к миелопероксидазе | |
|  | | Г | ревматоидный фактор | |
|  | |  |  | |
| В | | 231 | В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ПУСКОВУЮ РОЛЬ МОГУТ ИГРАТЬ МИКРОБНЫЕ АГЕНТЫ | |
|  | | А | синегнойная палочка | |
|  | | Б | эшерихия коли | |
|  | | В | золотистый стафилококк | |
|  | | Г | зеленящий стрептококк | |
|  | |  |  | |
| В | | 232 | ТЕРАПИЯ ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | назначение плазмафереза/плазмообмена при легочных кровотечениях | |
|  | | Б | применение кортикостероидов не эффективно | |
|  | | В | применение ритуксимаба противопоказано | |
|  | | Г | начинать терапию без морфологической верификации диагноза недопустимо | |
|  | |  |  | |
| В | | 233 | 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 | | 234 | К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОСС ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | гломерулонефрит | |
|  | | Б | миокардит | |
|  | | В | полинейропатия и множественные мононевриты | |
|  | | Г | энтероколит | |
|  | |  |  | |
| В | | 235 | ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ РЕДКО ВЫЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | гематурия | |
|  | | Б | поражение легких | |
|  | | В | протеинурия | |
|  | | Г | поражение почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 236 | ИНДУКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ AНЦA-АССОЦИИРОВАННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | любой иммуносупрессор, за исключением ритуксимаба | |
|  | | Б | монотерапия преднизолоном | |
|  | | В | повышение дозы циклофосфамида у пациентов пожилого возраста | |
|  | | Г | кортикостероиды и циклофосфамид | |
|  | |  |  | |
| В | | 237 | 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 | | 238 | 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 | | 239 | 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 | | 240 | ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ | |
|  | | А | Киммельстиля-Уильсона | |
|  | | Б | Альпорта | |
|  | | В | Иценко-Кушинга | |
|  | | Г | Гудпасчера | |
|  | |  |  | |
| В | | 241 | В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ | |
|  | | А | только кортикостероиды | |
|  | | Б | плазмаферез, кортикостероиды, цитостатики | |
|  | | В | только цитостатики | |
|  | | Г | противовирусные препараты | |
|  | |  |  | |
| В | | 242 | АНТИТЕЛА К АНТИГЕНУ ГУДПАСЧЕРА НАХОДЯТСЯ В КРОВОТОКЕ, КАК ПРАВИЛО, В ТЕЧЕНИЕ | |
|  | | А | полугода | |
|  | | Б | 1-2 месяцев | |
|  | | В | 2 недель | |
|  | | Г | нескольких лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 243 | В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА РОЛЬ ПУСКОВОГО МЕХАНИЗМА ЧАЩЕ ВСЕГО ИГРАЮТ | |
|  | | А | вирус гриппа | |
|  | | Б | грамотрицательные бактерии | |
|  | | В | грамположительные бактерии | |
|  | | Г | вирус Эпштейн-Барр | |
|  | |  |  | |
| В | | 244 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | васкулите с криоглобулинемией | |
|  | | Б | узелковом полиартериите | |
|  | | В | болезни Шенлейн-Геноха | |
|  | | Г | Jg-A нефропатии | |
|  | |  |  | |
| В | | 245 | ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА У БОЛЬНЫХ С ПУРПУРОЙ ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА | |
|  | | А | мембрано-пролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | Б | минимальные изменения | |
|  | | В | фокально-сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Г | Ig-A нефропатия | |
|  | |  |  | |
| В | | 246 | ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНЫ МОФРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ | |
|  | | А | субэпителиальные ± субэндотелиальные и мезангиальные депозиты всех классов иммуноглобулинов по данным иммунофлюоресценции, иммуногистохимии | |
|  | | Б | мезангиальная пролиферация | |
|  | | В | сегментарный некротизирующийгломерулит | |
|  | | Г | фибриноидный некроз | |
|  | |  |  | |
| В | | 247 | 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 | | 248 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | в дебюте заболевания | |
|  | | Б | в период от 5 до 10 лет от начала заболевания | |
|  | | В | в течение первых 5 лет заболевания | |
|  | | Г | в позднюю стадию заболевания при длительности свыше 10 лет | |
|  | |  |  | |
| В | | 249 | 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 | | 250 | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | дискоидная сыпь | |
|  | | Б | развитие нефрита в первые 3-6 мес от начала болезни | |
|  | | В | фотосенсибилизация | |
|  | | Г | иммунологические нарушения | |
|  | |  |  | |
| В | | 251 | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | волчаночный нефрит IV класса | |
|  | | Б | женский пол | |
|  | | В | плеврит | |
|  | | Г | генерализованная дискоидная сыпь | |
|  | |  |  | |
| В | | 252 | ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ | |
|  | | А | лейкоцитоз | |
|  | | Б | высокий титр IgM РФ | |
|  | | В | повышенный уровень С3 и С4 компонентов комплемента | |
|  | | Г | повышенные титры антител к ДНК, повышенные титры антиядерных антител | |
|  | |  |  | |
| В | | 253 | 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 | | 254 | СРЕДИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СКВ МОГУТ БЫТЬ | |
|  | | А | аутоантитела к РНК-полимеразе III | |
|  | | Б | повышенный уровень С3 компонентов комплемента | |
|  | | В | повышенный уровень С4 компонентов комплемента | |
|  | | Г | антифосфолипидные антитела (положительный волчаночный антикоагулянт, ложноположительная реакция Вассермана) | |
|  | |  |  | |
| В | | 255 | МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ВЫДЕЛЯЕТ ИЗМЕНЕНИЯ | |
|  | | А | 6 классов | |
|  | | Б | 3 класса | |
|  | | В | 4 класса | |
|  | | Г | 5 классов | |
|  | |  |  | |
| В | | 256 | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ БОЛЬНЫХ | |
|  | | А | хроническим алкоголизмом | |
|  | | Б | на гемодиализе с центральным венозным катетером | |
|  | | В | гемофилией | |
|  | | Г | хроническим пиелонефритом | |
|  | |  |  | |
| В | | 257 | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | наличие ХБП | |
|  | | Б | пациентов с туберкулёзом | |
|  | | В | героиновых наркоманов и ВИЧ-инфицированных | |
|  | | Г | атеросклероз коронарных артерий | |
|  | |  |  | |
| В | | 258 | ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | хороший ответ на антибактериальную терапию | |
|  | | Б | отсутствие склонности заболевания к рецидивирующему течению | |
|  | | В | низкий риск реинфекции | |
|  | | Г | смещение эпидемиологического спектра заболевания в сторону высокопатогенных, внутрибольничных штаммов возбудителей | |
|  | |  |  | |
| В | | 259 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ОПП ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ- ЭТО | |
|  | | А | острый кортикальный некроз при тромбэмболии в ствол почечной артерии | |
|  | | Б | острый пиелонефрит | |
|  | | В | билатеральный стеноз почечных артерий | |
|  | | Г | дегидратация | |
|  | |  |  | |
| В | | 260 | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 2-4 недели | |
|  | | Б | 4-6 недель | |
|  | | В | 8-10 недель | |
|  | | Г | более 10 недель | |
|  | |  |  | |
| В | | 261 | К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ, ОБУСЛОВЛЕННОМУ ПРЯМЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВИЧ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | туберкулез почек | |
|  | | Б | экстракапиллярный полулунный гломерулонефрит | |
|  | | В | ВИЧ-ассоциированную нефропатию (коллапсирующую гломерулопатию) | |
|  | | Г | криоглобулинемический гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 262 | К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ, ОБУСЛОВЛЕННОМУ ОПОСРЕДОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВИЧ, ОТНОСЯТ | |
|  | | А | саркому Капоши | |
|  | | Б | тубулоинтерстициальный нефрит на фоне хантавирусной инфекции | |
|  | | В | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | Г | поражение почек парвовирусом В19 | |
|  | |  |  | |
| В | | 263 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО НЕФРИТА | |
|  | | А | изолированный нефротический синдром | |
|  | | Б | нефротический синдром с выраженной артериальной гипертензией | |
|  | | В | изолированный мочевой синдром | |
|  | | Г | макрогематурия | |
|  | |  |  | |
| В | | 264 | НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | криоглобулинемии | |
|  | | Б | идиопатического быстропрогрессирующего гломерулонефрита | |
|  | | В | пурпуры Шенляйна-Геноха | |
|  | | Г | синдрома Гудпасчера | |
|  | |  |  | |
| В | | 265 | КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | паразитарных инфекциях | |
|  | | Б | миеломной болезни | |
|  | | В | хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции | |
|  | | Г | вирусном гепатите С | |
|  | |  |  | |
| В | | 266 | ДЛЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА «ТРИАДА МЕЛЬТЦЕРА», ВКЛЮЧАЮЩАЯ: | |
|  | | А | пурпуру, артралгии, астению в сочетании с криоглобулинемиейII типа | |
|  | | Б | лихорадку, пурпуру, синдром Рейно | |
|  | | В | синдром Рейно, полинейропатию, анемию | |
|  | | Г | синдром Шегрена, гепатомегалию, спленомегалию | |
|  | |  |  | |
| В | | 267 | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | протеинурию 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 | | 268 | БЕЗОПАСНЫЕ СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ | |
|  | | А | петлевые диуретики | |
|  | | Б | периферические вазодилататоры | |
|  | | В | парацентез | |
|  | | Г | селективные вазоконстрикторы – агонисты V1R вазопрессина | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| В | | 269 | СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АССИМЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ | |
|  | | А | амилоидоза с поражением почек | |
|  | | Б | системной красной волчанки | |
|  | | В | узелкового полиартериита | |
|  | | Г | геморрагического васкулита | |
|  | |  |  | |
| В | | 270 | ЧАЩЕ ВСЕГО У ПАЦИЕНТОВ С УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ | |
|  | | А | ревматическая полимиалгия | |
|  | | Б | гломерулонефрит | |
|  | | В | легочное кровотечение | |
|  | | Г | гепатит В | |
|  | |  |  | |
| В | | 271 | КОНТРАКТУРА КИСТЕЙ, СИНДРОМ РЕЙНО, МИКРОСТОМИЯ, ЭЗОФАГОСКЛЕРОЗ, АТРОФИЯ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ | |
|  | | А | ревматоидного артрита | |
|  | | Б | склеродермии | |
|  | | В | дерматомиозита | |
|  | | Г | микседемы | |
|  | |  |  | |
| В | | 272 | НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ТИПОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ | |
|  | | А | ишемической нефропатии | |
|  | | Б | хронического гломерулонефрита | |
|  | | В | пиелонефрита | |
|  | | Г | острой склеродермической почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 273 | ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | угроза выкидыша | |
|  | | Б | возникновение АГ и протеинурии на сроке после 12 нед беременности | |
|  | | В | возникновение АГ и протеинурии на сроке после 20 нед беременности | |
|  | | Г | появление отеков | |
|  | |  |  | |
| В | | 274 | У ЖЕНЩИН С ХБП НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА АССОЦИИРОВАН С ПОВЫШЕНИЕМ КРЕАТИНИНА КРОВИ СВЫШЕ | |
|  | | А | 310 мкмоль/л | |
|  | | Б | 130 мкмоль/л | |
|  | | В | 220 мкмоль/л | |
|  | | Г | 400 мкмоль/л | |
|  | |  |  | |
| В | | 275 | ПРИЗНАННЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БИОПСИИ ПОЧКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | нефротический синдром после 32 недели беременности | |
|  | | Б | изолированная протеинурия, соотношение белка к креатинину 320 мг/ммоль | |
|  | | В | эпизодическая макрогематурия | |
|  | | Г | необъяснимое ухудшение почечной функции до 32 недели беременности | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Тубулоинтерстициальные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 276 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА- ЭТО | |
|  | | А | стафилокок | |
|  | | Б | энтерококк | |
|  | | В | кишечная палочка | |
|  | | Г | синегнойная палочка | |
|  | |  |  | |
| В | | 277 | ОСЛОЖНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ | |
|  | | А | пиелонефрите беременных | |
|  | | Б | цистите у молодых женщин | |
|  | | В | остром пиелонефрите у молодых женщин | |
|  | | Г | стойкой лейкоцитурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 278 | ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ | |
|  | | А | больным сахарным диабетом | |
|  | | Б | во всех выявленных случаях | |
|  | | В | беременным женщинам | |
|  | | Г | больным с почечной недостаточностью | |
|  | |  |  | |
| В | | 279 | ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ | |
|  | | А | всем пациентам | |
|  | | Б | пациентам с заболеванием спинного мозга | |
|  | | В | в старческом возрасте | |
|  | | Г | перед оперативным вмешательством на мочевыделительной системе | |
|  | |  |  | |
| В | | 280 | К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ | |
|  | | А | фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин) | |
|  | | Б | пероральные цефалоспорины II–III поколения (цефотаксим, цефиксим, цефтибутен) | |
|  | | В | гентамицин (±ампициллин) | |
|  | | Г | макролиды (кларитромицин, клацид, сумамед) | |
|  | |  |  | |
| В | | 281 | СОХРАНЕНИЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В МОЧЕВЫХ ПУТЯХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СПОСОБСТВУЕТ | |
|  | | А | кислая среда в мочевыводящих путях | |
|  | | Б | синтез мочевых антител | |
|  | | В | полиурия | |
|  | | Г | наличие протопластов и L-форм бактерий | |
|  | |  |  | |
| В | | 282 | ЕСЛИ У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ЛИХОРАДКА, ЭПИЗОДЫ БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ, HB 160 Г/Л, СОЭ 60 ММ РТ.СТ, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ | |
|  | | А | уратный нефролитиаз | |
|  | | Б | рак почки | |
|  | | В | хронический гломерулонефрит | |
|  | | Г | СКВ | |
|  | |  |  | |
| В | | 283 | КАРБЕНИЦИЛЛИН РАЦИОНАЛЬНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЫЗВАННОГО | |
|  | | А | синегнойной палочкой | |
|  | | Б | стафилококком | |
|  | | В | стрепококком | |
|  | | Г | кишечной палочкой | |
|  | |  |  | |
| В | | 284 | СИНДРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА – УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ | |
|  | | А | лекарственной этиологии | |
|  | | Б | вирусной этиологии | |
|  | | В | паразитарной этиологии | |
|  | | Г | идиопатическим | |
|  | |  |  | |
| В | | 285 | НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ФОСФАТ-ДИАБЕТА ОТ РАХИТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | сезонность активности заболевания | |
|  | | Б | рентгенологические изменения костей | |
|  | | В | неэффективность обычных доз витамина D | |
|  | | Г | возраст начала заболевания | |
|  | |  |  | |
| В | | 286 | 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 | | 287 | ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ БАЛАНСА КАЛИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОМ КАНАЛЬЦЕВОМ АЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | нарушение реабсорбции калия в кишечнике | |
|  | | Б | переход калия из вне- во внутриклеточное пространство | |
|  | | В | повышение реабсорбции калия в нефроне | |
|  | | Г | снижение реабсорбции калия в нефроне | |
|  | |  |  | |
| В | | 288 | 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 | | 289 | ДЛЯ СИНДРОМА БАРТТЕРА ХАРАКТЕРНА ДИЗЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ | |
|  | | А | гиперфосфатемия | |
|  | | Б | гиперкалиемия | |
|  | | В | гипокалиемия | |
|  | | Г | гиперхлориемия | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Сосудистые поражения почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 290 | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ | |
|  | | А | тромботическую микроангиопатию | |
|  | | Б | иммунокомплексный гломерулонефрит | |
|  | | В | иммунокмплексный интерстициальный нефрит | |
|  | | Г | васкулит | |
|  | |  |  | |
| В | | 291 | ПЕРВИЧНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ МИКРОАНГИОПАТИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | аутоиммунные заболевания (СКВ, АФС) | |
|  | | Б | беременность и роды (преэклампсия-эклампсия, HELLP-синдром) | |
|  | | В | тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП), обусловленную аномалиями ADAMTS-13 | |
|  | | Г | инфекции (ВИЧ, грипп H1N1) | |
|  | |  |  | |
| В | | 292 | ВТОРИЧНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ МИКРОАНГИОПАТИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | типичный гемолитико-уремический синдром (тГУС), индуцированный инфекцией | |
|  | | Б | беременность и роды (преэклампсия-эклампсия, HELLP-синдром) | |
|  | | В | атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), обусловленный генетическими нарушениями/изменениями иммунной системы, приводящими к патологии комплемента | |
|  | | Г | тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП), обусловленную аномалиями ADAMTS-13 | |
|  | |  |  | |
| В | | 293 | ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | миеломной болезни | |
|  | | Б | мембранозной нефропатии | |
|  | | В | IgA-нефропатии | |
|  | | Г | первичном антифосфолипидном синдроме | |
|  | |  |  | |
| В | | 294 | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ | |
|  | | А | высокий уровень ЛДГ крови, тромбоцитопения | |
|  | | Б | анемия, тромбоцитоз | |
|  | | В | лейкоцитоз, анемия | |
|  | | Г | эритроцитоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 295 | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | тромбозы крупных вен или артерий | |
|  | | Б | микроангиопатическая гемолитическая анемия | |
|  | | В | септическая лихорадка | |
|  | | Г | тромбоцитоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 296 | СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАГИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | тромботическая тромбоцитопеническая пурпура | |
|  | | Б | атипичный гемолитико-уремический синдром | |
|  | | В | Shiga токсин E. Coli– ассоциированный ГУС | |
|  | | Г | антифосфолипидный синдром | |
|  | |  |  | |
| В | | 297 | ДЛЯ ТИПИЧНОГО (ПОСТДИАРЕЙНОГО) ГУС ХАРАКТЕРНО | |
|  | | А | сезонность, редкие рецидивы, манифестация заболевания через 2-14 дней от начала диареи | |
|  | | Б | злокачественная артериальная гипертензия | |
|  | | В | отсутствие гематурии | |
|  | | Г | трансформация ОПП в ХБП | |
|  | |  |  | |
| В | | 298 | ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИНЕНТОВ ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | ВИЧ-инфекцию | |
|  | | Б | повреждение эндотелия сосудов шига-токсином | |
|  | | В | нарушения регуляции системы комплемента | |
|  | | Г | антитела к металлопротеиназе ADAMTS-13 | |
|  | |  |  | |
| В | | 299 | МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | эритропоэтин | |
|  | | Б | плазмотерапия в режимах инфузий свежезамороженной плазмы или высокообъемный плазмообмен | |
|  | | В | кортикостероиды | |
|  | | Г | цитостатики | |
|  | |  |  | |
| В | | 300 | МЕТОДОМ ТЕРАПИИ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | кортикостероиды | |
|  | | Б | ритуксимаб – моноклональное антитело | |
|  | | В | экулизумаб – препарат группы комплимент-ингибирующих антител | |
|  | | Г | антибактериальные препараты | |
|  | |  |  | |
| В | | 301 | КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | отсутствием артериальной гипертензии | |
|  | | Б | частым развитием нефротического синдрома | |
|  | | В | острым нефритическим синдромом | |
|  | | Г | тромботической окклюзией периферических сосудов и сосудов микроциркуляторного русла с формированием полиорганной ишемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 302 | ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ПЕРВИЧНОГО КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АФС ВКЛЮЧАЕТ | |
|  | | А | прямые антикоагулянты в сочетании с метилпреднизолоном, свежезамороженной плазмой и/или внутривенным иммуноглобулином | |
|  | | Б | пульсы циклофосфамида | |
|  | | В | ритуксимаб | |
|  | | Г | фибринолитики | |
|  | |  |  | |
| В | | 303 | ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ | |
|  | | А | глюкокортикоидов | |
|  | | Б | нефракционированного гепарина или низкомолекулярного гепарина | |
|  | | В | цитостатиков | |
|  | | Г | плазмообмена | |
|  | |  |  | |
| В | | 304 | В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ | |
|  | | А | клопидогрел | |
|  | | Б | гепарин | |
|  | | В | варфарин, ацетилсалициловая кислота | |
|  | | Г | дипиридамол | |
|  | |  |  | |
| В | | 305 | НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АГ ОБЛАДАЕТ | |
|  | | А | биопсия почки | |
|  | | Б | дуплексная ультразвуковая допплерография (УЗДГ) с пробой с каптоприлом | |
|  | | В | экскреторная урография | |
|  | | Г | рентгеноконтрастнаямультиспиральная компьютерная томография | |
|  | |  |  | |
| В | | 306 | ЭФФЕКТИВНЫМИ И БЕЗОПАСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ИБП С ДВУСТОРОННИМ СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ | |
|  | | А | антагонисты кальция II-III поколения | |
|  | | Б | ингибиторы АПФ | |
|  | | В | блокаторы рецепторов ангиотензина | |
|  | | Г | петлевые диуретики | |
|  | |  |  | |
| В | | 307 | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИРЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | ожирение | |
|  | | Б | необъяснимая СН или рецидивирующий отек легких при сохранной фракции выброса ЛЖ | |
|  | | В | нефротический синдром | |
|  | | Г | артериальная гипертензия | |
|  | |  |  | |
| В | | 308 | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИРЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | отсутствие коронарной болезни сердца | |
|  | | Б | гипертрофия левого желудочка | |
|  | | В | лабораторные доказательства персистирующей активации РААС - гипокалиемия, гипокалиемический алкалоз (гиперальдостеронизм) | |
|  | | Г | гиперхолестеринемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 309 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН | |
|  | | А | фибромускулярная дисплазия сосудов почек | |
|  | | Б | опухолевые заболевания | |
|  | | В | инфаркт почки | |
|  | | Г | артериовенозные малформации | |
|  | |  |  | |
| В | | 310 | ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | гиперлипидемия | |
|  | | Б | повышение АД | |
|  | | В | сердечная недостаточность | |
|  | | Г | прогрессирующе снижение СКФ при установленном стенозе почечной артерии | |
|  | |  |  | |
| В | | 311 | ДЛЯ УСИЛЕНИЯ НЕФРО- И КАРДИОПРОТЕКЦИИ ПРИ ГБ С БЛОКАТОРАМИ РААС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ КОМБИНИРУЮТСЯ | |
|  | | А | антагонисты кальция II-III поколения | |
|  | | Б | селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 | |
|  | | В | блокаторы альдостероновых рецепторов | |
|  | | Г | α-адреноблокаторы | |
|  | |  |  | |
| В | | 312 | ВЛИЯНИЕ АНГИОТЕНЗИНА-II НА СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ | |
|  | | А | увеличение ударного объема | |
|  | | Б | увеличение общего периферического сопротивления сосудов | |
|  | | В | уменьшение объема циркулирующей крови | |
|  | | Г | гипертрофия миокарда | |
|  | |  |  | |
| В | | 313 | ВЛИЯНИЕ АНГИОТЕНЗИНА-II НА МИОКАРД | |
|  | | А | вазоконстрикция | |
|  | | Б | увеличение общего периферического сопротивления сосудов | |
|  | | В | увеличение ударного объема, гипертрофия миокарда | |
|  | | Г | увеличение объема циркулирующей крови | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Обменные нефропатии** | |
|  | |  |  | |
| В | | 314 | ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ | |
|  | | А | микроальбуминурии | |
|  | | Б | протеинурии | |
|  | | В | гиперфильтрации | |
|  | | Г | снижения функции почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 315 | НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СД ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | амилоидное поражение базальной мембраны клубочков | |
|  | | Б | экстракапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | В | интракапиллярный гломерулосклероз | |
|  | | Г | острая уратная блокада | |
|  | |  |  | |
| В | | 316 | СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ДЛЯ СД ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК НОСИТ НАЗВАНИЕ | |
|  | | А | артериосклероз Менкеберга | |
|  | | Б | синдром Киммелстиля-Уилсона | |
|  | | В | синдром Мориака | |
|  | | Г | синдром Сомоджи | |
|  | |  |  | |
| В | | 317 | КРИТИЧЕСКАЯ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ | |
|  | | А | ишемической болезни почек | |
|  | | Б | узловатого гломерулосклероза | |
|  | | В | гипоренинемическогогипоальдостеронизма | |
|  | | Г | нейрогенной дисфункции мочевого пузыря | |
|  | |  |  | |
| В | | 318 | 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 | | 319 | У ПАЦИЕНТОВ СД 1 ТИПА, ЗАБОЛЕВШИХ В РАННЕМ ДЕТСКОМ И ПОСТПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ, СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ: | |
|  | | А | с момента постановки диагноза ежегодно | |
|  | | Б | сразу при постановке диагноза | |
|  | | В | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | Г | ежеквартально | |
|  | |  |  | |
| В | | 320 | У ПАЦИЕНТОВ СД 1 ТИПА, ЗАБОЛЕВШИХ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ, СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ | |
|  | | А | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | Б | сразу при постановке диагноза, далее - ежегодно | |
|  | | В | ежеквартально | |
|  | | Г | при каждом обращении в поликлинику | |
|  | |  |  | |
| В | | 321 | БЕРЕМЕННЫМ НА ФОНЕ СД ИЛИ БОЛЬНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ СД СКРИНИНГ АЛЬБУМИНУРИИ И СКФ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ | |
|  | | А | только для контроля эффективности гипогликемической терапии | |
|  | | Б | через год от дебюта диабета | |
|  | | В | через 5 лет от дебюта диабета | |
|  | | Г | 1 раз в триместр | |
|  | |  |  | |
| В | | 322 | ЦЕЛЕВЫМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫМ УРОВНЕМ HbA1c У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | менее 7,0% | |
|  | | Б | менее 6,0% | |
|  | | В | 7,0-7,5% | |
|  | | Г | 7,5-8,0% | |
|  | |  |  | |
| В | | 323 | К ОСОБЕННОСТЯМ НЕФРОТИЧЕРКОГО СИНДРОМА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | умеренная выраженность отеков | |
|  | | Б | отсутствие гиперхолестеринемии | |
|  | | В | резистентность к мочегонным и другим препаратам | |
|  | | Г | гипер-альфа2-глобулинемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 324 | ПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ: | |
|  | | А | часто рецидивирующий хронический пиелонефрит | |
|  | | Б | макрогематурия | |
|  | | В | развитие нефропатии в первые 2-3 года заболевания диабетом | |
|  | | Г | снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 | |
|  | |  |  | |
| В | | 325 | ПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ | |
|  | | А | острый дебют нефропатии в виде высокой протеинурии, НС, гематурии, острого нефритического синдрома | |
|  | | Б | стойкая бессимптомная асептическая бактериурия | |
|  | | В | анемия | |
|  | | Г | двухсторонний стеноз почечных артерий | |
|  | |  |  | |
| В | | 325 | ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СД ЯВЛЯЮТСЯ: | |
|  | | А | объём-натрий-зависимая артериальная гипертензия | |
|  | | Б | критическая гиперволемическаягипергидратация | |
|  | | В | неполная компенсация гликемии (HbA1c>8%) | |
|  | | Г | жировая дистрофия печени | |
|  | |  |  | |
| В | | 326 | ПРИЧИНАМИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СД ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | критическая гипокалиемия | |
|  | | Б | острый коронарный синдром | |
|  | | В | кетоацидотическая или гипогликемическая кома | |
|  | | Г | аневризма брюшного отдела аорты | |
|  | |  |  | |
| В | | 327 | СТАДИЯ НАЧАЛЬНЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | утолщением БМ клубочков, экспансией мезангия, гиперфильтрацией, альбуминурией менее 30 мг/сут | |
|  | | Б | альбуминурией от 30 до 300 мг/сут, нормальной или умеренно повышенной СКФ | |
|  | | В | склерозом 50-70 клубочков, снижением СКФ, АГ, протеинурией | |
|  | | Г | тотальным гломерулосклерозом, СКФ менее 15 мл/мин | |
|  | |  |  | |
| В | | 328 | ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СД2 АССОЦИИРОВАНО | |
|  | | А | наибольшим эффектом при СКФ <30 мл/мин | |
|  | | Б | повышением риска гипогликемии | |
|  | | В | увеличивает прибавку массы тела | |
|  | | Г | со снижением риска кардиоваскулярной патологии, общей смертностис | |
|  | |  |  | |
| В | | 329 | ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ МЕНЕЕ\_\_\_МЛ/МИН | |
|  | | А | 30 | |
|  | | Б | 45 | |
|  | | В | 60 | |
|  | | Г | 80 | |
|  | |  |  | |
| В | | 330 | ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С СКФ НИЖЕ 45 МЛ/МИН ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | гипокалиемический алкалоз | |
|  | | Б | метаболический ацидоз | |
|  | | В | метаболический алкалоз | |
|  | | Г | лактоацидоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 331 | ФАКТОРЫ, ИНГИБИРУЮЩИЕ КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | остеопонтин, белок Тамма-Хорсфалла | |
|  | | Б | кислую реакция мочи | |
|  | | В | гиперкальциурию | |
|  | | Г | гипероксалурию | |
|  | |  |  | |
| В | | 332 | ФАКТОРЫ, ИНГИБИРУЮЩИЕ КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | гипоцитратурию | |
|  | | Б | гликозоаминогликаны | |
|  | | В | гиперурикозурию | |
|  | | Г | гипероксалурию | |
|  | |  |  | |
| В | | 333 | ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В6 В ПИЩЕ И ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ | |
|  | | А | уратов | |
|  | | Б | фосфатов | |
|  | | В | оксалатов | |
|  | | Г | цистиновых | |
|  | |  |  | |
| В | | 334 | МОЧЕВАЯ КИСЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНЫМ ПРОДУКТОМ МЕТАБОЛИЗМА | |
|  | | А | гликогена | |
|  | | Б | аминокислот | |
|  | | В | пиримидиновых нуклеотидов | |
|  | | Г | пуриновых нуклеотидов | |
|  | |  |  | |
| В | | 335 | РАСТВОРИМОСТЬ УРАТОВ | |
|  | | А | при щелочных значениях рН мочи повышается | |
|  | | Б | при щелочных значениях рН мочи снижается | |
|  | | В | при кислых значениях рН мочи снижается | |
|  | | Г | одинакова при любых значениях рН мочи | |
|  | |  |  | |
| В | | 336 | ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ | |
|  | | А | пуриновые основания | |
|  | | Б | аскорбиновую кислоту | |
|  | | В | метионин | |
|  | | Г | хлорид натрия | |
|  | |  |  | |
| В | | 337 | ОБРАЗОВАНИЮ ОКСАЛАТНЫХ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ СПОСОБСТВУЕТ | |
|  | | А | избыточное потребление мясной пищи | |
|  | | Б | гиперурикемия | |
|  | | В | гиперурикозурия | |
|  | | Г | синдром нарушенного всасывания | |
|  | |  |  | |
| В | | 338 | ОСТРАЯ МОЧЕКИСЛАЯ НЕФРОПАТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ | |
|  | | А | применении глюкокортикостероидов | |
|  | | Б | применении диуретиков | |
|  | | В | дефиците фолиевой кислоты | |
|  | | Г | применении цитостатиков | |
|  | |  |  | |
| В | | 339 | ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | лозартан | |
|  | | Б | кандесартан | |
|  | | В | ирбесартан | |
|  | | Г | каптоприл | |
|  | |  |  | |
| В | | 340 | СНИЖАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ | |
|  | | А | антагонисты рецепторов к ангиотензину | |
|  | | Б | циклоспорин, инсулин | |
|  | | В | блокаторы кальциевых каналов | |
|  | | Г | нитраты | |
|  | |  |  | |
| В | | 341 | СНИЖАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ УРАТОВ | |
|  | | А | колхицин, оказывающий противовоспалительный эффект при остром подагрическом артрите | |
|  | | Б | ингибиторы АПФ | |
|  | | В | низкие дозы аспирина | |
|  | | Г | диета, богатая мясными продуктами | |
|  | |  |  | |
| В | | 342 | ВЫВЕДЕНИЕ УРАТОВ СТИМУЛИРУЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | ожирении | |
|  | | Б | потреблении алкоголь | |
|  | | В | саркоидозе | |
|  | | Г | приеме пробенецида и салицилатов в высоких дозах | |
|  | |  |  | |
| В | | 343 | В ПАТОГЕНЕЗЕ АМИЛОИДОЗА ЛЮБОГО ТИПА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ | |
|  | | А | наследственным факторам | |
|  | | Б | иммунологической реактивности организма | |
|  | | В | гиперпродукции белка-предшественника | |
|  | | Г | географическому региону проживания | |
|  | |  |  | |
| В | | 344 | 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 | | 345 | ДЛЯ Β2М-АМИЛОИДОЗА ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ | |
|  | | А | сердца | |
|  | | Б | почек | |
|  | | В | костей и суставов | |
|  | | Г | цетральной нервной системы | |
|  | |  |  | |
| В | | 346 | В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ АА-АМИЛОИДОЗА- ЭТО | |
|  | | А | воспалительные заболевания кишечника | |
|  | | Б | туберкулез | |
|  | | В | ревматоидные заболевания | |
|  | | Г | генетические заболевания | |
|  | |  |  | |
| В | | 347 | НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ И ВЫПОЛНИМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДИАГНОСТИКОЙ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ | |
|  | | А | слизистой оболочки прямой кишки с захватом подслизистого слоя | |
|  | | Б | малых слюнных желез | |
|  | | В | почек и печени | |
|  | | Г | слизистой желудка | |
|  | |  |  | |
| В | | 348 | ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АМИЛОИДОЗА НЕОБХОДИМА ОКРАСКА БИОПТАТА | |
|  | | А | раствором Люголя | |
|  | | Б | гематоксилин-эозином | |
|  | | В | генцианвиолетом | |
|  | | Г | конго красным | |
|  | |  |  | |
| В | | 349 | 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 | | 350 | ИЗ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ АМИЛОИДОЗОМ | |
|  | | А | фибросаркома кожи | |
|  | | Б | рак легких, молочной железы | |
|  | | В | остеосаркома | |
|  | | Г | рак желудка | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Врожденные и наследственные заболевания почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 351 | ПРОСТЫЕ (СОЛИТАРНЫЕ) КИСТЫ ЧАЩЕ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ | |
|  | | А | осумкованных отделов интерстиция | |
|  | | Б | клубочков | |
|  | | В | проксимальных канальцев | |
|  | | Г | дистальных канальцев и собирательных трубок | |
|  | |  |  | |
| В | | 352 | ПРИ МЕДУЛЛЯРНОЙ ГУБЧАТОЙ ПОЧКЕ КИСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ | |
|  | | А | собирательных трубок | |
|  | | Б | проксимальных канальцев | |
|  | | В | дистальных канальцев | |
|  | | Г | различных участков нефрона | |
|  | |  |  | |
| В | | 353 | ПРИ МЕДУЛЛЯРНОЙ ГУБЧАТОЙ ПОЧКЕ КАК ПРАВИЛО | |
|  | | А | поражается печень | |
|  | | Б | повреждения других органов нет | |
|  | | В | имеются органические изменения в сердце | |
|  | | Г | имеется поражение различных органов | |
|  | |  |  | |
| В | | 354 | ПРИ МЕДУЛЛЯРНОЙ ГУБЧАТОЙ ПОЧКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | артериальная гипертензия | |
|  | | Б | острый пиелонефрит | |
|  | | В | ренальная остеодистрофия | |
|  | | Г | почечная колика | |
|  | |  |  | |
| В | | 355 | ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОЧЕЧНЫХ КИСТАХ ПРОВОДИТСЯ С | |
|  | | А | аутосомно-доминантным поликистозом почек 2 типа | |
|  | | Б | гематомой (нетравматическая, травматическая) | |
|  | | В | злокачественной опухолью (почечно-клеточная карцинома, онкоцитома, лимфома, метастазы) | |
|  | | Г | псевдокистой (уриномой) | |
|  | |  |  | |
| В | | 356 | ЧАСТОТА АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОГО ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТХБП СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 1-5% | |
|  | | Б | 6-9% | |
|  | | В | 9-12% | |
|  | | Г | 12-15% | |
|  | |  |  | |
| В | | 357 | ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ВЗРОСЛЫХ КИСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИЗ | |
|  | | А | эпителия клубочков | |
|  | | Б | эпителия проксимальных канальцев | |
|  | | В | собирательных трубок | |
|  | | Г | осумкованных отделов интерстиция | |
|  | |  |  | |
| В | | 358 | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОГО ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | многочисленные кисты одинакового размера | |
|  | | Б | развитие болезни преимущественно в детском возрасте | |
|  | | В | врожденный фиброз печени с расширенными портальными областями с фиброзом и радиально расположенными билиарными протоками | |
|  | | Г | начало болезни в среднем и пожилом возрастах при 2 типе АДПКП | |
|  | |  |  | |
| В | | 359 | КРИТЕРИЯМИ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОГО ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | симметричное увеличение почек в размерах и тенденция к заполнению ретроперитоеального пространства | |
|  | | Б | односторонний процесс | |
|  | | В | многочисленные кисты больших размеров | |
|  | | Г | четкая дифференцировка между корковым и мозговым слоями почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 360 | 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 | | 361 | ФАКТОРОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С АДПКП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | протеинурия | |
|  | | Б | возраст зачатия до 30 лет | |
|  | | В | две и более беременности | |
|  | | Г | артериальная гипертензия | |
|  | |  |  | |
| В | | 362 | АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ | |
|  | | А | кризовым течением | |
|  | | Б | возникновением только при нарушении функции почек | |
|  | | В | влиянием на увеличение размеров кист | |
|  | | Г | активацией РААС | |
|  | |  |  | |
| В | | 363 | ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ | |
|  | | А | аутосомно-рецессивного варианта поликистоза почек | |
|  | | Б | аутосомно-доминантного варианта поликистоза почек | |
|  | | В | медуллярной кистозной болезни почек | |
|  | | Г | микрокистоза почек | |
|  | |  |  | |
| В | | 364 | ДЛЯ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (AРПКБП) ХАРАКТЕРНА МУТАЦИЯ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ БЕЛКИ: | |
|  | | А | подоцин | |
|  | | Б | фиброцистин | |
|  | | В | нефрин | |
|  | | Г | коллагена IV типа | |
|  | |  |  | |
| В | | 365 | БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ АДПКП И ХПН, ЧЕМ ПРИ ДРУГИХ НЕФРОПАТИЯХ, СВЯЗАН С | |
|  | | А | повышением запасов железа в организме | |
|  | | Б | активацией РААС | |
|  | | В | продукцией эритропоэтина в кистах | |
|  | | Г | доказательные исследования по этому вопросу отсутствуют | |
|  | |  |  | |
| В | | 366 | ДЛЯ ЗАМЕДЛЕНИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КИСТ У БОЛЬНЫХ АДПКП ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | диуретики | |
|  | | Б | блокаторы РАС | |
|  | | В | препараты с антипролиферативными свойствами | |
|  | | Г | ваптаны (толваптан) | |
|  | |  |  | |
| В | | 367 | ДЛЯ ЗАМЕДЛЕНИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КИСТ У БОЛЬНЫХ АДПКП ПРИМЕНЯЕТСЯ | |
|  | | А | диета с ограничением белка и поваренной соли | |
|  | | Б | массивная диуретическая терапия | |
|  | | В | метилксантин | |
|  | | Г | иАПФ, БРА | |
|  | |  |  | |
| В | | 368 | ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ КИСТ У БЕРЕМЕННЫХ С АДПКП ПРИМЕНЯЮТ | |
|  | | А | фторхинолоны | |
|  | | Б | клиндамицин | |
|  | | В | аминогликозиды | |
|  | | Г | нитрофураны | |
|  | |  |  | |
| В | | 369 | РАДИКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С AРПКП ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В: | |
|  | | А | проведении перитонеального диализа | |
|  | | Б | трансплантации печени и почек | |
|  | | В | проведении гемодиализа | |
|  | | Г | трансплантации почек в раннем детском возрасте | |
|  | |  |  | |
| В | | 370 | ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДПБП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | интракраниальные аневризмы | |
|  | | Б | перикардит | |
|  | | В | аортальный порок сердца | |
|  | | Г | застойную сердечную недостаточность | |
|  | |  |  | |
| В | 371 | | ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДПБП ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | А | | болезнь Caroli с дилатацией билиарных протоков | |
|  | Б | | врожденный фиброз печени с расширенными портальными областями с фиброзом и радиально расположенными биллиарными протоками | |
|  | В | | бессимптомные кисты печени, дивертикулез кишечника | |
|  | Г | | отсутствие системных проявлений | |
|  |  | |  | |
| В | | 372 | ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕФРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ МУТАЦИЯ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ БЕЛКИ | |
|  | | А | коллаген V типа | |
|  | | Б | коллаген IV типа | |
|  | | В | нефрин | |
|  | | Г | подоцин | |
|  | |  |  | |
| В | | 373 | ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | длительная терапия иАПФ | |
|  | | Б | длительная терапия преднизолоном | |
|  | | В | терапия циклофосфамидом | |
|  | | Г | трансплантация почки | |
|  | |  |  | |
| В | | 374 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | фокальный сегментарный гломерулосклероз | |
|  | | Б | мезангиопролиферативный гломерулонефрит | |
|  | | В | экстракапиллярный гломерулонефрит | |
|  | | Г | мембранопролиферативный гломерулонефрит | |
|  | |  |  | |
| В | | 375 | ТИП ПЕРЕДАЧИ МУТАНТНОГО ГЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ТОНКИХ БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН | |
|  | | А | Х-сцепленный доминантный | |
|  | | Б | аутосомно-доминантный | |
|  | | В | Х-сцепленный рецессивный | |
|  | | Г | не связан с мутацией гена | |
|  | |  |  | |
| В | | 376 | ЕСЛИ У 15-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА СИНДРОМ АЛЬПОРТА, ТО ОТНОСИТЕЛЬНО ЕГО РОДИТЕЛЕЙ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ЧТО | |
|  | | А | оба родителя являются носителями синдрома Альпорта | |
|  | | Б | у его отца синдром Альпорта | |
|  | | В | у его матери синдром Альпорта | |
|  | | Г | ни у одного из родителей нет синдрома Альпорта | |
|  | |  |  | |
|  | |  | **Хроническая болезнь почек** | |
|  | |  |  | |
| В | | 377 | РАСРАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХБП ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННЫХ РЕГИСТРОВ И ИССЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | от 3 до 5% | |
|  | | Б | 1-2% | |
|  | | В | 10-13%, достигая в группах высокого риска 20% | |
|  | | Г | единичные случаи | |
|  | |  |  | |
| В | | 378 | РОСТ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ С ХБП ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ | |
|  | | А | учащения аутоиммунных заболеваний | |
|  | | Б | поражения почек при ожирении | |
|  | | В | вторичного поражения в рамках АГ и СД | |
|  | | Г | врожденных аномалий | |
|  | |  |  | |
| В | | 379 | СРЕДИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП ВЫДЕЛЯЮТ | |
|  | | А | внутриклубочковую гипертензию | |
|  | | Б | нарушения проницаемости сосудистой стенки | |
|  | | В | иммунокомплексное повреждение | |
|  | | Г | гиперхолестеринемию | |
|  | |  |  | |
| В | | 380 | РАСЧЕТНЫЕ ФОРМУЛЫ СКФ ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ | |
|  | | А | анемии | |
|  | | Б | беременности | |
|  | | В | остром повреждении почек | |
|  | | Г | системных васкулитах | |
|  | |  |  | |
| В | | 381 | СРЕДИ НЕГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП ВЫДЕЛЯЮТ | |
|  | | А | рецидивирующее течение заболевания | |
|  | | Б | внутриклубочковую гипертензию | |
|  | | В | системную гипертензию | |
|  | | Г | протеинурию | |
|  | |  |  | |
| В | | 382 | ОСНОВУ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЮТ ПРЕПАРАТЫ | |
|  | | А | блокаторы ренин-ангиотензивной системы | |
|  | | Б | тиазидные диуретики | |
|  | | В | бета-адреноблокаторы | |
|  | | Г | периферические вазодилататоры | |
|  | |  |  | |
| В | | 383 | УСТАНОВЛЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | курение | |
|  | | Б | гипергомоцистеинемия | |
|  | | В | дислипидемия | |
|  | | Г | воспаление | |
|  | |  |  | |
| В | | 384 | 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 | | 385 | УВЕЛИЧЕНИЕ ВНУТРИКЛУБОЧКОВОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРОТЕИНУРИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИМЕНЕНИЕ | |
|  | | А | блокаторов рецепторов ангиотензина | |
|  | | Б | неселективных Β-адреноблокаторов | |
|  | | В | дигидропиридиновых антагонистов кальциевых каналов | |
|  | | Г | тиазидных диуретиков | |
|  | |  |  | |
| В | | 386 | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ | |
|  | | А | системного АД и тонуса отводящей артериолы | |
|  | | Б | системного АД и тонуса приводящей артериолы | |
|  | | В | гиперхолестеринемии | |
|  | | Г | уровня гипергомоцистеинемии | |
|  | |  |  | |
| В | | 387 | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ | |
|  | | А | выраженности периферических отеков | |
|  | | Б | эритроцитурии | |
|  | | В | массы тела | |
|  | | Г | альбуминурии/протеинурии | |
|  | |  |  | |
| В | | 388 | ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИАПФ МОЖЕТ РАЗВИВИТЬСЯ В СЛУЧАЯХ | |
|  | | А | одностороннего стеноза почечных артерий | |
|  | | Б | комбинации иАПФ с салуретиками у лиц молодого возраста | |
|  | | В | комбинации иАПФ с БРА у лиц старческого возраста | |
|  | | Г | застойной сердечной недостаточности | |
|  | |  |  | |
| В | | 389 | АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | энцефалопатия | |
|  | | Б | анемия | |
|  | | В | отсутствие приверженности к лечению | |
|  | | Г | ХБП 5Д стадии | |
|  | |  |  | |
| В | | 390 | ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ АЗОТИСТОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП НА ФОНЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА НАЗНАЧАЮТ | |
|  | | А | омега 3 и омега 6 жирные кислоты | |
|  | | Б | витамины группы В | |
|  | | В | незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги | |
|  | | Г | ресвератрол | |
|  | |  |  | |
| В | | 391 | ПРИ ОЦЕНКЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХБП УЧИТЫВАЮТСЯ | |
|  | | А | уровень протеинурии и АД | |
|  | | Б | ИМТ, альбумин сыворотки, толщина подкожно-жировой клетчатки | |
|  | | В | окружности талии и бедра | |
|  | | Г | результаты печеночных проб | |
|  | |  |  | |
| В | | 392 | ВЫСОКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИВОТНОГО БЕЛКА | |
|  | | А | сопровождается алкалозом | |
|  | | Б | снижает накопление конечных продуктов гликирования | |
|  | | В | снижает трансформацию канальцевых клеток в миофибробласты | |
|  | | Г | снижает сопротивление сосудов почек с нарастанием почечного кровотока и гломерулярной ультрафильтрации | |
|  | |  |  | |
| В | | 393 | ОПТИМАЛЬНОЙ ДИЕТОЙ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИЗНАЕТСЯ | |
|  | | А | вегетарианская | |
|  | | Б | кето-диета | |
|  | | В | безуглеводная | |
|  | | Г | средиземноморская | |
|  | |  |  | |
| В | | 394 | 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 | | 395 | СИНДРОМ «КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА» И ЛОПАТОЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ПЕРИАРТРИТ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ | |
|  | | А | вторичного гиперпаратиреоза | |
|  | | Б | длительно, протекающего флебита артериовенозной фистулы, сформированной в нижней трети предплечья | |
|  | | В | β2-микроглобулинового амилоидоза у диализных пациентов | |
|  | | Г | подагрического артрита | |
|  | |  |  | |
| В | | 396 | ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПАДА СОБСТВЕННОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХПН КАЛОРИЙНОСТЬ ДИЕТЫ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (ккал) | |
|  | | А | 30-35 | |
|  | | Б | 12-18 | |
|  | | В | 18-22 | |
|  | | Г | 22-25 | |
|  | |  |  | |
| В | | 397 | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХГН ПРИ СКФ <20 мл/мин СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДИУРЕТИК | |
|  | | А | индапамид | |
|  | | Б | гидрохлортиазид | |
|  | | В | петлевой | |
|  | | Г | спиронолактон | |
|  | |  |  | |
| В | | 398 | У БОЛЬНЫХ С ХБП 3-5 ДОДИАЛИЗНЫХ СТАДИЙ РЕКОМЕНДУЕМОЕ СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА (Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 0,8-1,1 | |
|  | | Б | 0,8-0,6 | |
|  | | В | 0,6-0,3 | |
|  | | Г | 1,2-1.3 | |
|  | |  |  | |
| В | | 399 | ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | ацидоз и ферментативная недостаточность | |
|  | | Б | хроническое воспаление и оксидативный стресс | |
|  | | В | протеинурия | |
|  | | Г | гиповитаминоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 400 | 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 | | 401 | ПРИЧИНОЙ УСИЛЕНИЯ КАТАБОЛИЗМА И УСУГУБЛЕНИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | прием ретаболила | |
|  | | Б | высокое потребление животного белка | |
|  | | В | высокое потребление растительного белка | |
|  | | Г | вторичный гиперпаратиреоз | |
|  | |  |  | |
| В | | 402 | РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ТХПН ОПРЕДЕЛЯЕТ | |
|  | | А | снижение фактора IV, тромбоцитов | |
|  | | Б | снижение протромбина | |
|  | | В | тромбоцитопатия | |
|  | | Г | снижение X фактора | |
|  | |  |  | |
| В | | 403 | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (г/л) У ПАЦИЕНТОВ С ХБП | |
|  | | А | 120-130 | |
|  | | Б | 130-140 | |
|  | | В | 110-120 | |
|  | | Г | 100-110 | |
|  | |  |  | |
| В | | 404 | СРОК ЖИЗНИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ХБП СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 14 суток | |
|  | | Б | 100-120 суток | |
|  | | В | 60 суток | |
|  | | Г | 80 суток | |
|  | |  |  | |
| В | | 405 | ПО СПОСОБНОСТИ КОСТНОГО МОЗГА К РЕГЕНЕРАЦИИ АНЕМИЯ ПРИ ХБП ОТНОСИТСЯ К | |
|  | | А | арегенераторной | |
|  | | Б | гипорегенераторной | |
|  | | В | норморегенераторной | |
|  | | Г | гиперрегенераторной | |
|  | |  |  | |
| В | | 406 | СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖЕЛЕЗЕ ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 10 мг | |
|  | | Б | 8 мг | |
|  | | В | 15 мг | |
|  | | Г | 18 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 407 | ОБМЕН ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ РЕГУЛИРУЕТ ГОРМОН | |
|  | | А | лептин | |
|  | | Б | инсулин | |
|  | | В | гепсидин | |
|  | | Г | тиреотропин | |
|  | |  |  | |
| В | | 408 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ КРОВИ БОЛЕЕ 10% СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ АНЕМИИ | |
|  | | А | гемолитической | |
|  | | Б | железодефицитной | |
|  | | В | В-12 дефицитной | |
|  | | Г | гипопластической | |
|  | |  |  | |
| В | | 409 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ | |
|  | | А | апластической | |
|  | | Б | В12- и фолиеводефицитной | |
|  | | В | сидероахрестической | |
|  | | Г | железодефицитной | |
|  | |  |  | |
| В | | 410 | ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРРИТИНА И TSAT | |
|  | | А | ферритин менее 100 пг/мл и TSAT более 50% | |
|  | | Б | ферритин более 500 пг/мл и TSAT более 30% | |
|  | | В | ферритин менее 500 пг/мл и TSAT более 30% | |
|  | | Г | ферритин более 500 пг/мл и TSAT менее 20% | |
|  | |  |  | |
| В | | 411 | ПРИЧИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО (ОТНОСИТЕЛЬНОГО) ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА - ЭТО | |
|  | | А | увеличение всасывания железа при сопутствующем приеме антацидов | |
|  | | Б | увеличение всасывания железа при сопутствующем приеме алюминий-содержащих фосфат-связывающих препаратов | |
|  | | В | превышение потребности костного мозга по сравнению с мобилизацией и транспортной емкостью по железу | |
|  | | Г | нарушение метаболизма ферритина при ХБП | |
|  | |  |  | |
| В | | 412 | СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТРАНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ХБП СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 200 мг | |
|  | | Б | 50 мг | |
|  | | В | 100 мг | |
|  | | Г | 500 мг | |
|  | |  |  | |
| В | | 413 | ГОДОВАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ | |
|  | | А | 0,5г | |
|  | | Б | 2г | |
|  | | В | 1г | |
|  | | Г | 3г | |
|  | |  |  | |
| В | | 414 | 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 | | 415 | ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ У ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗНАЧАЮТ ПРИ УРОВНЕ HB МЕНЕЕ | |
|  | | А | возрастной нормы | |
|  | | Б | 100 г/л | |
|  | | В | 110 г/л | |
|  | | Г | 90г/л | |
|  | |  |  | |
| В | | 416 | ПАЦИЕНТУ С ХБП 4 СТАДИИ НАЧАЛИ ТЕРАПИЮ РЧЭПО И ВНУТРИВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ЖЕЛЕЗА, К МОМЕНТУ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ГУМОДИАЛИЗОМ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА УВЕЛИЧИЛСЯ С 75 ДО 90 Г/Л., ФЕРРИТИНА С 80 ДО 650 НГ/МЛ, В ЭТОМСЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО | |
|  | | А | продолжить терапию рчЭПО до достижения целевого уровня Hb 110-120 г/л | |
|  | | Б | отменить препарат рчЭПО и в дальнейшем использовать для лечения анемии только внутривенные препараты железа | |
|  | | 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 | | 417 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА | |
|  | | А | выраженная гипотония | |
|  | | Б | абсолютный дефицит железа | |
|  | | В | гемохроматоз | |
|  | | Г | гиперкальциемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 418 | ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | тканевый сидеропенический синдром (трофические изменения кожи и ее дериватов) | |
|  | | Б | поражения эпителиальных тканей | |
|  | | В | поражение печени: немотивированное повышение и/или симптомы портальной гипертензии: асцит, гепатоспленомегалия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка | |
|  | | Г | спленомегалию | |
|  | |  |  | |
| В | | 419 | ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | уменьшение количества сидеробластов - эритрокариоцитов в костном мозге | |
|  | | Б | снижение насыщения трансферрина железом | |
|  | | В | повышение ОЖСС (общий трансферрин) | |
|  | | Г | стойкое повышение уровня сывороточного ферритина (свыше 1000 мкг/л) в отсутствии очевидного воспалительного, деструктивного или опухолевого процесса | |
|  | |  |  | |
| В | | 420 | ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | увеличение непрямого билирубина | |
|  | | Б | повышение уровня сывороточного железа и коэффициента насыщения трансферрина железом (более 60%) | |
|  | | В | повышение цветового показателя (более 1,1) при снижении количества эритроцитов | |
|  | | Г | появление в периферической крови нейтрофилов с гиперсегментированными ядрами | |
|  | |  |  | |
| В | | 421 | СИМПТОМ «ЛАКИРОВАННОГО» ЯЗЫКА ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ АНЕМИИ | |
|  | | А | железодефицитной | |
|  | | Б | нефрогенной | |
|  | | В | В12-дефицитной | |
|  | | Г | гемолитической | |
|  | |  |  | |
| В | | 422 | ОСНОВНЫМ СТИМУЛОМ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ЭРИТРОПОЭТИНА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | гипоксия | |
|  | | Б | гипертензия | |
|  | | В | физические нагрузки | |
|  | | Г | гипогликемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 423 | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА МИРЦЕРЫ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | 30 дней | |
|  | | Б | 7 дней | |
|  | | В | 100 дней | |
|  | | Г | 6 месяцев | |
|  | |  |  | |
| В | | 424 | РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ЭРИТРОПОЭТИНСТИМУЛИРУЮЩЕМУ ПРЕПАРАТУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК | |
|  | | А | 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 | |
|  | | Б | развитие гиперкалиемии и артериальной гипертензии на фоне терапии эритропоэтином | |
|  | | В | частые «овершуты» уровня гемоглобина | |
|  | | Г | необходимость введения более 100 UI/кг/нед для поддержания целевого уровня гемоглобина | |
|  | |  |  | |
| В | | 425 | ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ МКН\_ХБП ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | гиповитаминоз D, гипокальциемия | |
|  | | Б | снижение экскреции фосфатов, дефицит Клото | |
|  | | В | инсулинорезистентность, белково-энергетическая недостаточность | |
|  | | Г | мальабсорбция, гипомагниемия | |
|  | |  |  | |
| В | | 426 | ПРИЧИНЫ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | гипопротеинемию/ гипоальбуминемию | |
|  | | Б | анурию при ОПП | |
|  | | В | гипомагниемию | |
|  | | Г | эндокринопатии (гипертиреоз, акромегалия, феохромоцитома) | |
|  | |  |  | |
| В | | 427 | ПРИЧИНЫ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ВКЛЮЧАЮТ | |
|  | | А | гипермагнеимия | |
|  | | Б | псевдогиперпаратиреоидизм | |
|  | | В | терапия препаратами витамина D | |
|  | | Г | первичный гипопаратиреоидизм | |
|  | |  |  | |
| В | | 428 | ПРИЧИНОЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | дефицит витамина А | |
|  | | Б | гипервитаминоз А и D | |
|  | | В | синдром «голодной кости» | |
|  | | Г | применение ингибиторов АПФ | |
|  | |  |  | |
| В | | 429 | ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | синдром лизиса опухоли, рабдомиолиза | |
|  | | Б | респираторного алкалоза | |
|  | | В | восстановления питания после голодания | |
|  | | Г | осмотического диуреза | |
|  | |  |  | |
| В | | 430 | ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ | |
|  | | А | алкоголизма | |
|  | | Б | синдромаФанкони | |
|  | | В | респираторного алкалоза | |
|  | | Г | гипопаратиреоза, акромегалии | |
|  | |  |  | |
| В | | 431 | | * + - * ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА У ДИАЛИЗ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ (NKF-KDOQI, 2017) РАВЕН | |
|  | | А | | * + - * 150-300 пг/л | |
|  | | Б | | * + - * 130-585пг/л | |
|  | | В | | * + - * 60-240 пг/л | |
|  | | Г | | * + - * зависит от клинической ситуации | |
|  | |  | |  | |
| В | | 432 | | * + - * 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 | | 433 | | ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФОСФАТОНИНОВ ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ-23 (FGF- 23) ПРОДУЦИРУЕТСЯ | |
|  | | А | | остеокластами | |
|  | | Б | | щитовидной железой | |
|  | | В | | остебластами, остеоцитами | |
|  | | Г | | фибробластами | |
|  | |  | |  | |
| В | | 434 | | * + - * ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИНАКАЛЬЦЕТОМ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | * + - * гиперфосфатемия | |
|  | | Б | | * + - * гиперкальциемия | |
|  | | В | | гипокальциемия | |
|  | | Г | | * + - * токсический гепатит | |
|  | |  | |  | |
| В | | 435 | | ПОКАЗАНИЕМ К ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | миозит | |
|  | | Б | | неадекватный контроль гиперфосфатемии | |
|  | | В | | гипокальциемия | |
|  | | Г | | прогрессирующая костная патология (сильные боли в костях, патологические переломы, эпифизиолис у детей) | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | **Острое повреждение почек** | |
|  | |  | |  | |
| В | | 436 | | ПРИМЕРНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПП В ПОПУЛЯЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ СЛУЧАЕВ НА 1 МЛН НАСЕЛЕНИЯ В ГОД | |
|  | | А | | 150 - 350 | |
|  | | Б | | 2000 - 4000 | |
|  | | В | | 1000 - 1500 | |
|  | | Г | | 10000 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 436 | | МАРКЕРОМ ОПП ДО СНИЖЕНИЯ СКФ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | АДГ | |
|  | | Б | | цистатин С | |
|  | | В | | мочевина | |
|  | | Г | | липокалин нейтрофилов человека | |
|  | |  | |  | |
| В | | 437 | | ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТАДИИ ОПП ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ | |
|  | | А | | минутного диуреза | |
|  | | Б | | уровня креатинина | |
|  | | В | | СКФ | |
|  | | Г | | длительности анурии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 438 | | НАПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ОПП СТОЯТ | |
|  | | А | | острые бактериальные инфекции | |
|  | | Б | | сердечно-сосудистые катастрофы | |
|  | | В | | желудочно-кишечные кровотечения | |
|  | | Г | | Неврологические нарушения | |
|  | |  | |  | |
| В | | 439 | | 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 | | 440 | | СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОПП ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКИМИ ДОЗАМИ ДОПАМИНА | |
|  | | А | | рекомендуется всем пациентам, кроме страдающих сахарным диабетом | |
|  | | Б | | рекомендуется | |
|  | | В | | не показана | |
|  | | Г | | рекомендуется всем пациентам, кроме страдающих артериальной гипертензией | |
|  | |  | |  | |
| В | | 441 | | НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ СНИЖЕНИЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ | |
|  | | А | | раствора соды | |
|  | | Б | | гипертонического раствора глюкозы без инсулина | |
|  | | В | | инсулина с гипертоническим раствором глюкозы | |
|  | | Г | | раствора глюконата или хлорида кальция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 442 | | ПРИ РАБДОМИОЛИЗЕ ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ В САРКОЛЕММЕ МИОЦИТА ИОНОВ | |
|  | | А | | натрия и калия | |
|  | | Б | | кальция и фосфора | |
|  | | В | | хлора и аммония | |
|  | | Г | | фосфатов и магния | |
|  | |  | |  | |
| В | | 443 | | ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МИОГЛОБИНА НА ПОЧЕЧНУЮ ТКАНЬ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ | |
|  | | А | | щелочной реакции мочи | |
|  | | Б | | гипернатриемии | |
|  | | В | | метаболическом ацидозе | |
|  | | Г | | гиперволемии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 444 | | РИСК РАЗВИТИЯ КОНТРАСТНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП СНИЖАЮТ | |
|  | | А | | петлевые диуретики и свежезамороженная плазма | |
|  | | Б | | гидратация 3 мл/кг массы тела/час физиологического раствора NaCl за 6 час до исследования | |
|  | | В | | тиазидные диуретики и БРА | |
|  | | Г | | ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 445 | | РИСК РАЗВИТИЯ КОНТРАСТНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП СНИЖАЮТ | |
|  | | А | | применение статинов до и после процедуры рентген-контрастного исследования | |
|  | | Б | | антогонисты кальция до и во время процедуры | |
|  | | В | | петлевые диуретики после процедуры | |
|  | | Г | | уменьшение потребления жидкости с целью усиления контрастирования при нарушенной функции почек | |
|  | |  | |  | |
| В | | 446 | | ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП НАЗНАЧАЮТ | |
|  | | А | | аспирин | |
|  | | Б | | допамин | |
|  | | В | | теофиллин | |
|  | | Г | | ацетилцистеин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 447 | | КРИТИЧЕСКУЮ ГИПОНАТРИЕМИЮ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ КОРРИГИРУЮТ ИНФУЗИЕЙ | |
|  | | А | | растворов альбумина | |
|  | | Б | | гипертонического раствора NaCl | |
|  | | В | | изотонического раствора NaCl и глюкозы | |
|  | | Г | | коллоидных растворов декстранов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 448 | | ПРИ УМЕРЕННОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ УРОВЕНЬ НАТРИЯ ПЛАЗМЫ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | | 125-134 ммоль/л | |
|  | | Б | | 135-145 ммоль/л | |
|  | | В | | 120-1124 ммоль/л | |
|  | | Г | | менее 120 ммоль/л | |
|  | |  | |  | |
| В | | 449 | | ОПТИМАЛЬНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ДВУХПРОСВЕТНЫМ КАТЕТЕРОМ ВЕНЫ | |
|  | | А | | яремной слева | |
|  | | Б | | бедренной | |
|  | | В | | подключичной с доминантной стороны | |
|  | | Г | | яремной справа | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | **Заместительная почечная терапия** | |
|  | |  | |  | |
| В | | 450 | | ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ | |
|  | | А | | осмотический градиент, гидростатическое давление | |
|  | | Б | | броуновское движение | |
|  | | В | | концентрационный градиент | |
|  | | Г | | лимфатическая абсорбция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 451 | | ПЛАНОВОЕ НАЧАЛО ЗПТ ПРИ ХБП У ПАЦИЕНТА, ПОСТОЯННО НАБЛЮДАЮЩЕГОСЯ У НЕФРОЛОГА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ПРИ СКФ | |
|  | | А | | 10-15 мл/мин | |
|  | | Б | | 6-8 мл/мин | |
|  | | В | | 15-20 мл/мин | |
|  | | Г | | 20-25 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 452 | | ВРЕМЯ СОЗРЕВАНИЯ НАТИВНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ | |
|  | | А | | 3 месяца | |
|  | | Б | | 2 недели | |
|  | | В | | 3-4 недели | |
|  | | Г | | полгода | |
|  | |  | |  | |
| В | | 453 | | 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 | | 454 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМПРОЦЕДУРЫ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | гипотензия | |
|  | | Б | | реакция на диализатор тип А | |
|  | | В | | лихорадка и озноб | |
|  | | Г | | тошнота и рвота | |
|  | |  | |  | |
| В | | 455 | | БЕЗОПАСНАЯ ПРИБАВКА В ВЕСЕ ПАЦИЕНТА МЕЖДУ ПРОЦЕДУРАМИ ГЕМОДИАЛИЗА СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | | в пределах 3 кг | |
|  | | Б | | 5-6% от сухого веса больного | |
|  | | В | | 3-4% от сухого веса больного | |
|  | | Г | | любая, не вызывающая одышки перед процедурой | |
|  | |  | |  | |
| В | | 456 | | ДЛЯ ПАЦИЕНТА МЛАДШЕ 50 ЛЕТ С НАЛИЧИЕМ ОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ОТСУТСТВИЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЗПТ БУДЕТ | |
|  | | А | | гемофильтрация | |
|  | | Б | | гемодиализ | |
|  | | В | | гемодиафильтрация | |
|  | | Г | | перитонеальный диализ | |
|  | |  | |  | |
| В | | 457 | | СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНО БЫТЬ РАВНЫМ | |
|  | | А | | 1,4-1,5 г/кг | |
|  | | Б | | 1,1-1,2 г/кг | |
|  | | В | | 0,9 г/кг | |
|  | | Г | | 0,6 г/кг | |
|  | |  | |  | |
| В | | 458 | | СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛОРИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ДОЛЖНО БЫТЬ РАВНЫМ | |
|  | | А | | 40 ккал/кг | |
|  | | Б | | 25 ккал/кг | |
|  | | В | | 20 ккал/кг | |
|  | | Г | | 30-35 ккал/кг | |
|  | |  | |  | |
| В | | 459 | | СКОРОСТЬ КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ АДЕКВАТНО ФУНКЦИОНИРУЮЩУЮ НАТИВНУЮ АРТЕРИОВЕНОЗНУЮ ФИСТУЛУ СОСТАВЛЯЕТ | |
|  | | А | | 300 мл/мин | |
|  | | Б | | 250 мл/мин | |
|  | | В | | 500 мл/мин | |
|  | | Г | | 1000 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 460 | | СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ КОНТУРЕ В АППАРАТЕ ГЕМОДИАЛИЗА КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ | |
|  | | А | | 500 до 750 мл/мин | |
|  | | Б | | 50 до 100 мл/мин | |
|  | | В | | 100 до 200 мл/мин | |
|  | | Г | | 250 до 500 мл/мин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 461 | | ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С ТХБПДИАЛИЗНОЕ ВРЕМЯ В НЕДЕЛЮ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ | |
|  | | А | | 12 - 14 | |
|  | | Б | | 9 - 12 | |
|  | | В | | 12 - 24 | |
|  | | Г | | 24 - 36 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 462 | | ЦЕЛЕВОЙ spКТ/V ПРИ 3-Х РАЗОВОМ В НЕДЕЛЮ ГЕМОДИАЛИЗЕ РАВЕН ИЛИ БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 1,0 | |
|  | | Б | | 1,4 | |
|  | | В | | 1,2 | |
|  | | Г | | 1,6 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 463 | | ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА URR ПРИ АДЕКВАТНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ | |
|  | | А | | 65 | |
|  | | Б | | 60 | |
|  | | В | | 70 | |
|  | | Г | | 75 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 464 | | ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ И ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТА НА ДИАЛИЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О | |
|  | | А | | хорошей коррекции нарушений липидного спектра сбалансированной диетой | |
|  | | Б | | возможном наличии белково-энергетической недостаточности | |
|  | | В | | адекватно подобранной дозе диализа | |
|  | | Г | | чрезмерном удалении липидов и белков с диализом | |
|  | |  | |  | |
| В | | 465 | | ОПТИМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА У ГЕМОДИАЛИЗНОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СТАНДАРТНЫХ БИКАРБОНАТОВ ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ | |
|  | | А | | выше 26 ммоль/л | |
|  | | Б | | 20-22 ммоль/л | |
|  | | В | | 32 ммоль/л | |
|  | | Г | | 18-20 ммоль/л | |
|  | |  | |  | |
| В | | 466 | | ГЕМОДИАЛИЗ ПОЗВОЛЯЕТ ЭФФЕКТИВНО УДАЛЯТЬ ВЕЩЕСТВА С МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССОЙ | |
|  | | А | | любой | |
|  | | Б | | высокой | |
|  | | В | | низкой и средней | |
|  | | Г | | низкой | |
|  | |  | |  | |
| В | | 467 | | НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В ОЧИЩЕНИЕ КРОВИ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ ВНОСИТ ПРОЦЕСС | |
|  | | А | | конвекции | |
|  | | Б | | ультрафильтрации | |
|  | | В | | диффузии | |
|  | | Г | | адсорбции | |
|  | |  | |  | |
| В | | 468 | | 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 | | 469 | | АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОДОМ ПАПД | |
|  | | А | | коагулопатии | |
|  | | Б | | тяжелая гипертония | |
|  | | В | | ожирение | |
|  | | Г | | спаечная болезнь | |
|  | |  | |  | |
| В | | 470 | | 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 | | 471 | | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАЛИЗНОГО ПЕРИТОНИТА, ВЫЗВАННОГО ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ | |
|  | | А | | 14 дней | |
|  | | Б | | 5-7 дней | |
|  | | В | | 10 дней | |
|  | | Г | | 3 дней | |
|  | |  | |  | |
| В | | 472 | | НОЧНОЙ ИНТЕРМИТИРУЮЩИЙ АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ | |
|  | | А | | в период лечения диализного перитонита | |
|  | | Б | | с большой массой тела | |
|  | | В | | пациентам, имеющим брюшину с низкими транспортными свойствами | |
|  | | Г | | с высоким риском развития абдоминальных грыж или подтекания диализата | |
|  | |  | |  | |
| В | | 473 | | ДОЗА ПАПД У ПАЦИЕНТА С АНУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ АДЕКВАТНОЙ ПРИ НЕДЕЛЬНОМ KT/V БОЛЕЕ | |
|  | | А | | 1,2 | |
|  | | Б | | 1,4 | |
|  | | В | | 1,7 | |
|  | | Г | | 2,0 | |
|  | |  | |  | |
| В | | 474 | | ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ДИАЛИЗНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ - ЭТО | |
|  | | А | | автоматизированный перитонеальный диализ | |
|  | | Б | | изолированная ультрафильтрация | |
|  | | В | | интермитирующийперитониальный диализ объемами 3л | |
|  | | Г | | постоянная гемодиафильрация | |
|  | |  | |  | |
| В | | 475 | | МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСЛОКАЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА У БОЛЬНЫХ НА ПАПД- ЭТО | |
|  | | А | | УЗИ брюшной полости | |
|  | | Б | | компьютерная рентгенотомография брюшной полости | |
|  | | В | | магнитно-резонансная томография | |
|  | | Г | | рентгеноскопия брюшной полости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 476 | | ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛИЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА С АЙКОДЕКСТРИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ - ЭТО | |
|  | | А | | повышение проницаемости брюшины | |
|  | | Б | | увеличение ультрафильтрации | |
|  | | В | | повышение транспортных свойств брюшины | |
|  | | Г | | уменьшение ультрафильтрации | |
|  | |  | |  | |
| В | | 477 | | ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕНОСА ВЕЩЕСТВ ЧЕРЕЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ | |
|  | | А | | диффузия | |
|  | | Б | | конвекция | |
|  | | В | | фильтрация | |
|  | | Г | | фильтрация и абсорбция | |
|  | |  | |  | |
| В | | 478 | | УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ | |
|  | | А | | высоким градиентом гидростатического давления между брюшной полостью и перитонеальными капиллярами | |
|  | | Б | | высоким концентрационным градиента, создаваемым диализирующим раствором | |
|  | | В | | высокой скоростью перитонеального кровотока и постоянным перемешиванием диализата в брюшной полости | |
|  | | Г | | высокой скоростью перитонеального кровотока и низкой скоростью абсорбции раствора из брюшной полости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 479 | | АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПАПД РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ | |
|  | | А | | 1 раз в квартал, курсами по 10 дней у пациентов, включенных в «лист ожидания» трансплантации почки | |
|  | | Б | | проведении бронхоскопии | |
|  | | В | | выполнении колоноскопии | |
|  | | Г | | выполнении компьютерной томографии брюшной полости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 480 | | К БЕСКАЛЬЦИЕВЫМ ФОСФОР-СВЯЗЫВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | карбонат кальция | |
|  | | Б | | нефродин | |
|  | | В | | осварен | |
|  | | Г | | вельфоро | |
|  | |  | |  | |
| В | | 481 | | К ФОСФОР-СВЯЗЫВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ С ДОКАЗАННЫМИ ПЛЕЙОТРОПНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | севеламер | |
|  | | Б | | вельфоро | |
|  | | В | | осварен | |
|  | | Г | | хитозан | |
|  | |  | |  | |
| В | | 482 | | ОДНИМ ИЗ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ СЕВЕЛАМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | снижение гипергликемии | |
|  | | Б | | снижение АГ | |
|  | | В | | повышение уровня фетуина А | |
|  | | Г | | уменьшение метаболического ацидоза | |
|  | |  | |  | |
| В | | 483 | | 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 | | 484 | | НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРАПИИ КАЛЬЦИМИМЕТИКАМИ СТОИТ | |
|  | | А | | диарея | |
|  | | Б | | тошнота и рвота | |
|  | | В | | запоры | |
|  | | Г | | нарушения сердечной проводимости | |
|  | |  | |  | |
| В | | 485 | | НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗА ОКСИГИДРОКСИД САХАРАТОМ СТОИТ | |
|  | | А | | диарея | |
|  | | Б | | запоры | |
|  | | В | | тошнота и рвота | |
|  | | Г | | инфекции | |
|  | |  | |  | |
| В | | 486 | | К СЕЛЕКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ ВИТАМИНА Д ОТНОСИТСЯ | |
|  | | А | | колекальциферол | |
|  | | Б | | кальцитриол | |
|  | | В | | альфакальцидол | |
|  | | Г | | пратикальцитол | |
|  | |  | |  | |
| В | | 487 | | НАЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА Д ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ | |
|  | | А | | гиперкальциемии | |
|  | | Б | | гипомагниемии | |
|  | | В | | гипофосфатемии | |
|  | | Г | | гипергликемии | |
|  | |  | |  | |
| В | | 488 | | АНТИРЕЗОРБТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЕЗОПАСНО ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ ЛЮБОМ УРОВНЕ СКФ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ТХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | алендронат | |
|  | | Б | | деносумаб | |
|  | | В | | ибандронат | |
|  | | Г | | терипаратид | |
|  | |  | |  | |
| В | | 489 | | АНТИРЕЗОРБТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ОДОБРЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | ибандронат | |
|  | | Б | | деносумаб | |
|  | | В | | золендронат | |
|  | | Г | | ромосозумаб | |
|  | |  | |  | |
| В | | 490 | | ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПРЕДДИАЛИЗНОЙ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ В МЕЖДИАЛИЗНЫЕ ДНИ | |
|  | | А | | севеламера карбоната | |
|  | | Б | | кальция полистиролсульфоната | |
|  | | В | | энтеросгеля | |
|  | | Г | | лактофильтрума | |
|  | |  | |  | |
| В | | 491 | | ЭФФЕКТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ | |
|  | | А | | увеличение суточного потребления животного белка до 2 г/кг ВТ | |
|  | | Б | | назначение ретаболила | |
|  | | В | | интрадиализнаянутритивная поддержка | |
|  | | Г | | назначение малых доз глюкокортикоидов | |
|  | |  | |  | |
| В | | 491 | | НАИБОЛЬШАЯ ПОТЕРЯ БЕЛКА И АМИНОКИСЛОТ СОПРОВОДЛАЕТ МЕТОД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ | |
|  | | А | | постоянный амбулаторный перитонеальный диализ | |
|  | | Б | | интермиттирующий гемодиализ | |
|  | | В | | интермиттирующаягемодиафильтрация | |
|  | | Г | | низкопоточнаягемофильтрация онлайн | |
|  | |  | |  | |
| В | | 492 | | У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ НЕ МЕНЯЕТСЯ ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА | |
|  | | А | | тобрамицин | |
|  | | Б | | гентамицин | |
|  | | В | | ванкомицин | |
|  | | Г | | клиндамицин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 493 | | У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ НЕ МЕНЯЕТСЯ ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА | |
|  | | А | | меропенем | |
|  | | Б | | азитромицин | |
|  | | В | | цефатоксим | |
|  | | Г | | карбенициллин | |
|  | |  | |  | |
| В | | 494 | | РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ | |
|  | | А | | приеме бета-блокаторов | |
|  | | Б | | колебаниях междиализной прибавки веса 4-5% от сухого веса | |
|  | | В | | низкокалиевом диализате | |
|  | | Г | | лечении кальций-содержащими ФСП | |
|  | |  | |  | |
| В | | 495 | | ПСЕВДОГИПЕРКАЛИЕМИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ | |
|  | | А | | ревматоидном артрите | |
|  | | Б | | лейкоцитозе более 15000 в мкл | |
|  | | В | | тромбоцитозе более 450 000 в мкл | |
|  | | Г | | синдроме жильбера | |
|  | |  | |  | |
| В | | 496 | | К ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ГИПОТЕНЗИИ НА ПРОЦЕДУРЕ ГЕМОДИАЛИЗА МОЖНО ОТНЕСТИ | |
|  | | А | | гемолиз | |
|  | | Б | | тампонаду сердца | |
|  | | В | | скрытые кровотечения | |
|  | | Г | | низконатриевый диализат (135 ммоль/л) | |
|  | |  | |  | |
| В | | 497 | | ПОД СИНДРОМОМ БНСПОКОЙНЫХ 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 | | 498 | | 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 | | 499 | | 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 | | 500 | | 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 | |
|  | |  | |  | |