**Тестовые задания для тестового экзамена на 2 аттестационную категорию по специальности Нефрология**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **Общественное здоровье и здравоохранение; организация нефрологической помощи в Российской Федерации** |
| В | 001 | | ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА |
|  | А | | Конституции Российской Федерации |
|  | Б | | федеральных законах и иных нормативных правовых актах Российской Федерации |
|  | В | | общепризнанных принципах и нормах международного права, и международных договорах Российской Федерации |
|  | Г | | иных правовых актах субъектов Российской Федерации |
|  |  | |  |
| В | 002 | | СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | государственно-страховой |
|  | Б | | бюджетно-страховой |
|  | В | | смешанной (обязательное и добровольное страхование) |
|  | Г | | частно-государственной |
|  |  | |  |
| В | 003 | | ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | адекватные управленческие мероприятия по стимуляции первичной профилактики заболеваний |
|  | Б | | экономические механизмы |
|  | В | | выделение дополнительных врачебных и медсестринских должностей для проведения профилактической работы с населением |
|  | Г | | создание организационных структур для развития первичной профилактики |
|  |  | |  |
| 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 | | МКБ-10 – ЭТО |
|  | А | | юридический документ |
|  | Б | | законодательный документ |
|  | В | | единый международный нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении |
|  | Г | | методическое средство для обеспечения автоматизации основных управленческих и планово-нормативных работ |
|  |  | |  |
| В | 008 | | РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХБП СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РФ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО |
|  | А | | 5% |
|  | Б | | 1% |
|  | В | | 15% |
|  | Г | | 25% |
|  |  | |  |
| В | 009 | | В ПОЛИКЛИНИКЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ОРГАНИЗУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА «ОДНА ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА НА» |
|  | А | | 100 тыс населения |
|  | Б | | 50 тыс населения |
|  | В | | 200 тыс населения |
|  | Г | | 250 тыс населения |
|  |  | |  |
| В | 010 | | В СТАЦИОНАРЕ ОДНА ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА ОРГАНИЗУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА |
|  | А | | 30 коек |
|  | Б | | 25 коек |
|  | В | | 20 коек |
|  | Г | | 15 коек |
|  |  | |  |
| В | 011 | | ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ВРАЧ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ |
|  | А | | дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную |
|  | Б | | административную, уголовную, гражданско-правовую |
|  | В | | гражданско-правовую, уголовную, дисциплинарную |
|  | Г | | уголовную, дисциплинарную, административную |
|  |  | |  |
| В | 012 | | 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 | 013 | | ОБЪЕКТОМ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | застрахованное лицо |
|  | Б | | страховой риск |
|  | В | | страховой случай |
|  | Г | | застрахованное лицо, которому предоставляется страховое обеспечение |
|  |  | |  |
| В | 014 | | 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 | 015 | | 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 | 016 | | ГРАЖДАНИН РФ ИМЕЕТ ПРАВО НА СМЕНУ МЕДИЦИНСКОЙОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА С ЧАСТОТОЙ |
|  | А | | у гражданина РФ нет такого прав |
|  | Б | | ежемесячно |
|  | В | | не чаще 1 раза в полгода |
|  | Г | | не чаще 1 раза в год |
|  |  | |  |
| В | 017 | | ЗА СОВЕРШЕНИЕ САНИТАРНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА И ГРАЖДАНЕ РФ МОГУТ БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕНЫ К ОТВЕТСТВЕННОСТИ |
|  | А | | административной и уголовной |
|  | Б | | дисциплинарной и уголовной |
|  | В | | дисциплинарной, административной и уголовной |
|  | Г | | дисциплинарной и административной |
|  |  | |  |
| В | 018 | | 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 | 020 | | ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ПРИЧИНИВШЕГО УЩЕРБ ПАЦИЕНТУ, НЕ СВЯЗАННЫЙ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ МЕДРАБОТНИКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБЯЗАННОСТЯМ |
|  | А | | уголовная |
|  | Б | | освобождение от ответственности |
|  | В | | гражданско-правовая |
|  | Г | | административная |
|  |  | |  |
| В | 021 | | ПОНЯТИЕ «МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ФОРМУ: |
|  | А | | общественного сознания и систему социальной регуляции  деятельности медицинских работников |
|  | Б | | правовой регуляции деятельности медицинских работников |
|  | В | | распределения функциональных обязанностей среди персонала |
|  | Г | | ответственности медицинского работника перед работодателем |
|  |  | |  |
| В | 022 | | ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ДАННОЕ В УСТАВЕ ВОЗ, ВКЛЮЧАЕТ СОСТОЯНИЕ |
|  | А | | отсутствие заболеваний |
|  | Б | | оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции |
|  | В | | организма, при котором он функционирует оптимально, без признаков заболевания или какого-либо нарушения |
|  | Г | | полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов |
|  |  | |  |
| В | 023 | | МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ, РАЗРАБОТАННАЯ ВОЗ, ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ НА |
|  | А | | 50% |
|  | Б | | 100% |
|  | В | | 70% |
|  | Г | | отсутствие зависимости |
|  |  | |  |
| В | 024 | | ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ (БЕЗ ПЕРЕРЫВА) МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ПРОДОЛЖАТЬСЯ |
|  | А | | 4 месяца |
|  | Б | | 6 месяцев |
|  | В | | 8 месяцев |
|  | Г | | 12 месяцев |
|  |  | |  |
| В | 025 | | ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА ВК ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОДЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ |
|  | А | | 10 дней |
|  | Б | | 15 дней |
|  | В | | 20 дней |
|  | Г | | 30 дней |
|  |  | |  |
| В | 026 | | ФАКТ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ |
|  | А | | ВК |
|  | Б | | МСЭ |
|  | В | | лечащий врач |
|  | Г | | заведующий отделением |
|  |  | |  |
| В | 027 | | 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 | 028 | | 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 | 030 | | ЧИСЛО УМЕРШИХ ОТ ТОГО ИЛИ ИНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА 100 БОЛЬНЫХ ЭТИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ |
|  | А | | смертность |
|  | Б | | летальность |
|  | В | | распространенность |
|  | Г | | структура общей смертности |
|  |  | |  |
| В | 031 | | ПРОФИЛАКТИКА, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ВЫРАЖЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, КОТОРЫЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ, ОБОСТРЕНИЮ, РЕЦИДИВУ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК |
|  | А | | вторичная |
|  | Б | | первичная |
|  | В | | третичная |
|  | Г | | четвертичная |
|  |  | |  |
| В | 032 | | ПРОФИЛАКТИКА, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК |
|  | А | | третичная |
|  | Б | | вторичная |
|  | В | | первичная |
|  | Г | | четвертичная |
|  |  | |  |
| В | 033 | | ПРОФИЛАКТИКА, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, УТРАТИВШИХ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК |
|  | А | | четвертичная |
|  | Б | | вторичная |
|  | В | | третичная |
|  | Г | | первичная |
|  |  | |  |
| В | 034 | | НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | образ жизни |
|  | Б | | образование |
|  | В | | уровень медицинской помощи |
|  | Г | | наследственность |
|  |  | |  |
| В | 035 | | СИСТЕМОЙ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | здоровый образ жизни |
|  | Б | | санитарное просвещение |
|  | В | | закаливание |
|  | Г | | физвоспитание |
|  |  | |  |
| В | 036 | | К ЦЕЛЯМ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | обучение населения диагностике заболеваний |
|  | Б | | обучение населения лечению заболеваний |
|  | В | | пропаганда гигиенических знаний |
|  | Г | | распространение культурных традиций употребления алкоголя |
|  |  | |  |
| В | 037 | | 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 |
|  |  | |  |
| В | 038 | | ЦЕЛЬЮ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ |
|  | А | | спектра обязательных мероприятий, соответствующих государственным требованиям |
|  | Б | | санитарной культуры населения, соответствующей гигиеническим рекомендациям |
|  | В | | профессиональной подготовки каждого медицинского работника |
|  | Г | | психологической культуры населения |
|  |  | |  |
|  |  | | **Анатомия, гистология, физиология и патофизиология почки** |
|  |  | |  |
| В | 039 | | ПОЧКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ РЕГУЛЯЦИЮ |
|  | А | | уровня триглицеридемии |
|  | Б | | уровня гликемии |
|  | В | | гомеостаза |
|  | Г | | запасов железа в организме |
|  |  | |  |
| В | 040 | | ОСНОВНАЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ПОЧКИ |
|  | А | | капиллярный клубочек |
|  | Б | | нефрон |
|  | В | | сосудистая система и интерстиций почек |
|  | Г | | чашечно-лоханочная система |
|  |  | |  |
| В | 041 | | ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ НЕФРОНА |
|  | А | | перитубулярные капилляры |
|  | Б | | только капиллярный клубочек |
|  | В | | капиллярный клубочек и канальцевый аппарат |
|  | Г | | только проксимальные канальцы |
|  |  | |  |
| В | 042 | | КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ |
|  | А | | клиренс инулина |
|  | Б | | процесс образования первичной мочи |
|  | В | | прохождение через базальную мембрану молекул с молекулярным весом в пределах 30 000 дальтон |
|  | Г | | клщлиренс креатинина |
|  |  | |  |
| В | 043 | | ФИЛЬТРАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ |
|  | А | | разницыгидpостатического давления |
|  | Б | | активного тpанспоpта |
|  | В | | пассивного тpанспоpта |
|  | Г | | артериального давления |
|  |  | |  |
| В | 044 | | НАРУЖНЫЙ СЛОЙ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ФИЛЬТРА СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | гломерулярная базальная мембрана |
|  | Б | | эндотелий капилляров |
|  | В | | капсула Шумлянского-Боумена |
|  | Г | | внутренний слой капсулы Шумлянского-Боумена |
|  |  | |  |
| В | 045 | | ВНУТРЕННИЙ СЛОЙ КАПСУЛЫ БОУМЕНА СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК |
|  | А | | мезангиоцитов |
|  | Б | | эндотелия |
|  | В | | подоцитов |
|  | Г | | кубического эпителия |
|  |  | |  |
| В | 046 | | В НОРМЕ ВОРОТА ПОЧЕК РАСПОЛОЖЕНЫ |
|  | А | | на уровне III-IV поясничного позвонка |
|  | Б | | на уровне X1-X1I грудных позвонков |
|  | В | | на уровне 1-11 поясничного позвонка |
|  | Г | | у женщин выше, чем у мужчин |
|  |  | |  |
| В | 047 | | ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЗВОНОЧНИКУ ПОЧКИ РАСПОЛОЖЕНЫ |
|  | А | | параллельно |
|  | Б | | асимметрично под углом 300 |
|  | В | | симметрично под углом 300 |
|  | Г | | симметрично под углом 450 |
|  |  | |  |
| В | 048 | | МАЛЬПИГИЕВЫ ПИРАМИДЫ СОСТОЯТ ИЗ |
|  | А | | коркового вещества и внутреннего мозгового слоя |
|  | Б | | коркового вещества |
|  | В | | коркового вещества и наружного мозгового слоя |
|  | Г | | наружного мозгового и внутреннего мозгового слоев |
|  |  | |  |
| В | 049 | | ПОЧЕЧНУЮ НОЖКУ ОБРАЗУЮТ |
|  | А | | почечная артерия и вена |
|  | Б | | мочеточник и почечная артерия |
|  | В | | мочеточник, почечные артерия и вена |
|  | Г | | почечная вена и мочеточник |
|  |  | |  |
| В | 050 | | ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИЯ, ВОЙДЯ В ВОРОТА ПОЧКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ДЕЛИТСЯ НА |
|  | А | | дугообразные артерии |
|  | Б | | междольковые артерии |
|  | В | | приносящие артериолы |
|  | Г | | междолевые артерии |
|  |  | |  |
| В | 051 | | ВЫНОСЯЩАЯ АРТЕРИОЛА КОРТИКАЛЬНЫХ НЕФРОНОВ, ВЫЙДЯ ИЗ КАПСУЛЫ КЛУБОЧКА ДЕЛИТСЯ НА КАПИЛЛЯРЫ, ОПЛЕТАЮЩИЕ |
|  | А | | петлю Генле |
|  | Б | | собирательные трубки |
|  | В | | проксимальные и дистальные канальцы |
|  | Г | | не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек |
|  |  | |  |
| В | 052 | | ВЫНОСЯЩАЯ АРТЕРИОЛА ЮКСТАМЕДУЛЛЯРНЫХ НЕФРОНОВ, ВЫЙДЯ ИЗ КАПСУЛЫ ИЗ КАПСУЛЫ, |
|  | А | | не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек |
|  | Б | | делится на капилляры, оплетающие собирательные трубки |
|  | В | | делится на капилляры, оплетающие тонкий сегмент петли Генле |
|  | Г | | делится на капилляры, оплетающие проксимальные и дистальные канальцы |
|  |  | |  |
| В | 053 | | ПРЯМЫЕ АРТЕРИИ И ВЕНЫ ЗАЛЕГАЮТ |
|  | А | | в Мальпигиевых пирамидах |
|  | Б | | в Бертиниевых столбах |
|  | В | | между корковым и мозговым веществом |
|  | Г | | между наружным и внутренним мозговым веществом |
|  |  | |  |
| В | 054 | | ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЧКИ ФУНКЦИОНАЛЬНО ПОДЧИНЕНА |
|  | А | | реабсорбционной работе канальцев |
|  | Б | | клубочковой фильтрации |
|  | В | | секреторной работе канальцев |
|  | Г | | симпатической нервной системе |
|  |  | |  |
| В | 055 | | НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ПОЧКИ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: |
|  | А | | 15х8,0 см |
|  | Б | | 5-7х3,0 см |
|  | В | | 10-12х6-7,5 см |
|  | Г | | 20х15 см |
|  |  | |  |
| В | 056 | | СРЕДНЯЯ ДЛИНА МОЧЕТОЧНИКА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: |
|  | А | | 8-14 см |
|  | Б | | 25-30 см |
|  | В | | 35-40 см |
|  | Г | | 45-50 см |
|  |  | |  |
| В | 057 | | НОРМАЛЬНАЯ ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 100 мл |
|  | Б | | 250 мл |
|  | В | | 50 мл |
|  | Г | | 500 мл |
|  |  | |  |
| В | 058 | | КАНАЛЬЦЕВЫЙ АППАРАТ НЕФРОНОВ РАСПОЛОЖЕН В |
|  | А | | мозговом веществе почки |
|  | Б | | корковом веществе почки |
|  | В | | капсуле почки |
|  | Г | | чашечно-лоханочной системе |
|  |  | |  |
| В | 059 | | ЭПИТЕЛИОИДНЫЕ КЛЕТКИ ЛОКАЛИЗОВАНЫ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ В: |
|  | А | | стенке vasa efferens |
|  | Б | | клубочке |
|  | В | | стенке vasa afferens |
|  | Г | | треугольнике между vv. afferens и a. efferens |
|  |  | |  |
| В | 060 | | СЕКРЕЦИЯ РЕНИНА В ЮГА |
|  | А | | повышается при уменьшении натрия в моче дистального канальца |
|  | Б | | регулируется величиной давления крови в выносящей артериоле |
|  | В | | подавляется при снижении растяжения приносящей артериолы |
|  | Г | | регулируется величиной давления крови в приносящей артериоле |
|  |  | |  |
| В | 061 | | ОСНОВНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛЕТОК ПЛОТНОГО ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕГУЛЯЦИИ СИНТЕЗА |
|  | А | | простагландинов |
|  | Б | | ренина |
|  | В | | калликреин-кинина |
|  | Г | | простагландинов, ренина, калликреина |
|  |  | |  |
| В | 062 | | ФИЛЬТРОМ ДЛЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | поры эндотелиального слоя |
|  | Б | | поры базальной мембраны |
|  | В | | щелевые мембраны |
|  | Г | | ножки подоцитов |
|  |  | |  |
| В | 063 | | 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 | 064 | | ЩЕТОЧНАЯ КАЙМА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ В |
|  | А | | дистальном извитом канальце |
|  | Б | | петле Генле |
|  | В | | проксимальном канальце |
|  | Г | | связующем отделе и собирательной трубке |
|  |  | |  |
| В | 065 | | В ОТНОШЕНИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО |
|  | А | | для оценки интегральной функции почек имеет значение измерение любой экскреторной функции почек |
|  | Б | | при уменьшении числа функционирующих нефронов всегда снижается суммарная скорость клубочковой фильтрации в почках |
|  | В | | нарушение способности к осмотическому концентрированию мочи позволяет оценить стадию хронической болезни почек |
|  | Г | | снижение диуреза позволяет охарактеризовать степень снижения функции почек |
|  |  | |  |
| В | 066 | | ПРОЦЕСС ФИЛЬТРАЦИИ В КЛУБОЧКАХ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АД НИЖЕ |
|  | А | | 50 мм.рт.ст. |
|  | Б | | 80 мм.рт.ст. |
|  | В | | 100 мм.рт.ст. |
|  | Г | | 20 мм рт.ст. |
|  |  | |  |
| В | 067 | | В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО |
|  | А | | клиренсу инулина |
|  | Б | | клиренсу креатинина |
|  | В | | скорости секреции диодраста |
|  | Г | | скорости секреции парааминогиппуровой кислоты |
|  |  | |  |
| В | 068 | | 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 | 069 | | В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ |
|  | А | | сохраняется на прежнем уровне |
|  | Б | | повышается |
|  | В | | снижается |
|  | Г | | снижается только у мужчин |
|  |  | |  |
| В | 070 | | К ПРЕКРАЩЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЕДЕТ |
|  | А | | гидростатическое давление в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст. |
|  | Б | | систолическое давление менее 50 мм рт.ст. |
|  | В | | онкотическое давление плазмы до 40 мм рт.ст. |
|  | Г | | почечный кровоток до 600 мл/мин |
|  |  | |  |
| В | 071 | | НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЛИЯЮТ |
|  | А | | масса действующих нефронов |
|  | Б | | концентрация натрия в сыворотке |
|  | В | | протеинурия |
|  | Г | | гипомагниемия |
|  |  | |  |
| В | 072 | | НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВЛИЯЮТ |
|  | А | | инсулин |
|  | Б | | гиперкалиемия |
|  | В | | активность РАС |
|  | Г | | гиперфосфатемия |
|  |  | |  |
| В | 073 | | В НОРМЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО КАЛИЯ НАХОДИТСЯ В ДИАПАЗОНЕ |
|  | А | | 3,0 – 5,5 ммоль/л |
|  | Б | | 3,5 – 5,0 ммоль/л |
|  | В | | 2,8 – 4,5 ммоль/л |
|  | Г | | 3,5 – 6,0 ммоль/л |
|  |  | |  |
| В | 074 | | ЭКСКРЕЦИЯ КАЛИЯ С МОЧОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ |
|  | А | | дистальной реабсорбции калия |
|  | Б | | проксимальной секреции калия |
|  | В | | клубочковой фильтрации |
|  | Г | | проксимальной реабсорбции калия |
|  |  | |  |
| В | 075 | | ОСНОВНЫМ ВНЕКЛЕТОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | аммиак |
|  | Б | | калий |
|  | В | | кальций |
|  | Г | | натрий |
|  |  | |  |
| В | 076 | | ОСНОВНЫМ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | хлор |
|  | Б | | натрий |
|  | В | | калий |
|  | Г | | магний |
|  |  | |  |
| В | 077 | | НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ НАТРИЯ (ммоль/л) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА |
|  | А | | 135-145 |
|  | Б | | 35-45 ммоль/л |
|  | В | | 50-100 ммоль/л |
|  | Г | | 100-200 ммоль/л |
|  |  | |  |
| В | 078 | | 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 | 079 | | ПРИЧИНАМИ ГИПОНАТРИЕМИИ МОГУТ БЫТЬ |
|  | А | | действие Н2-блокаторов |
|  | Б | | любые повреждения ЦНС |
|  | В | | применение иАПФ |
|  | Г | | операции на желудке |
|  |  | |  |
| В | 080 | | НА ОСМОЛЯРНОСТЬ МОЧИ ВЛИЯЮТ |
|  | А | | оксалаты |
|  | Б | | гиперкалиемия |
|  | В | | гипомагниемия |
|  | Г | | мочевина |
|  |  | |  |
| В | 081 | | В ПЕТЛЕ ГЕНЛЕ ПРОИСХОДИТ |
|  | А | | продукция ренина |
|  | Б | | метаболизм белка |
|  | В | | реабсорбция натрия, хлора |
|  | Г | | секреция альдостерона |
|  |  | |  |
| В | 082 | | РЕАБСОРБЦИЯ ВОДЫ ОТСУТСТВУЕТ |
|  | А | | в восходящем отделе петли Генле |
|  | Б | | в проксимальном канальце |
|  | В | | в собирательной трубке |
|  | Г | | походу всего нефрона |
|  |  | |  |
| В | 083 | | НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ |
|  | А | | дефицита запасов железа в организме |
|  | Б | | гипергликемии |
|  | В | | метаболического ацидоза |
|  | Г | | гипербилирубинемии |
|  |  | |  |
| В | 084 | | К ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ ВЫРАБОТКА |
|  | А | | вазопрессина |
|  | Б | | инсулина |
|  | В | | альдостерона |
|  | Г | | эритропоэтина |
|  |  | |  |
| В | 085 | | К ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ ВЫРАБОТКА |
|  | А | | кальцитриола |
|  | Б | | кальцитонина |
|  | В | | ренина |
|  | Г | | альдостерона |
|  |  | |  |
| В | 086 | | ПОЧКИ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ОБМЕНЕ |
|  | А | | минералов |
|  | Б | | белков |
|  | В | | углеводов |
|  | Г | | жиров |
|  |  | |  |
| В | 087 | | ПОД ДЕЙСТВИЕМ РЕНИНА ПРОИСХОДИТ |
|  | А | | уменьшение реабсорбции белка |
|  | Б | | расширение приносящей артериолы |
|  | В | | уменьшение размеров пор базальной мембраны |
|  | Г | | сужение приносящей артериолы |
|  |  | |  |
| В | 088 | | ИЗ ИНГРЕДИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МОЧИ В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦАХ ПАССИВНО РЕАРБСОРБИРУЕТСЯ |
|  | А | | глюкоза |
|  | Б | | натрий |
|  | В | | вода |
|  | Г | | уробилиноген |
|  |  | |  |
| В | 089 | | АКТИВНОЙ РЕАБСОРБЦИИ В КАНАЛЬЦАХ ПОДВЕРЖЕН |
|  | А | | мочевина |
|  | Б | | калий |
|  | В | | натрий |
|  | Г | | вода |
|  |  | |  |
| В | 090 | | РАЗВОДЯЩИМ СЕГМЕНТОМ НЕФРОНА НАЗЫВАЮТ |
|  | А | | нисходящий отдел петли Генле |
|  | Б | | восходящий отдел петли Генле |
|  | В | | собирательную трубку |
|  | Г | | проксимальный каналец |
|  |  | |  |
| В | 091 | | МЕЖДУ СЕКРЕЦИЕЙ ИОНОВ КАЛИЯ И ВОДОРОДА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ |
|  | А | | прямая зависимость |
|  | Б | | обратная зависимость |
|  | В | | зависимость отсутствует |
|  | Г | | секреция водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия |
|  |  | |  |
| В | 092 | | ДЕЙСТВИЕ АДГ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | в дистальном канальце |
|  | Б | | в проксимальном канальце |
|  | В | | в петле Генле |
|  | Г | | в собирательной трубке |
|  |  | |  |
| В | 093 | | ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПАРАТГОРМОНА РЕАБСОРБЦИЯ ФОСФАТОВ |
|  | А | | уменьшается |
|  | Б | | увеличивается |
|  | В | | увеличивается только в кортикальных нефронах |
|  | Г | | не изменяется |
|  |  | |  |
| В | 094 | | РАСПОЛОЖЕНИЕ ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧКИ |
|  | А | | в приносящей клубочковой артериоле |
|  | Б | | между приносящей и выносящей клубочковыми артериолами |
|  | В | | в выносящей клубочковой артериоле и дистальном канальце |
|  | Г | | в собирательных трубках |
|  |  | |  |
| В | 095 | | ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХБП ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ |
|  | А | | cекреции 1,25(ОН)2D3 |
|  | Б | | эритропоэтина |
|  | В | | тестостерона, эстрогена |
|  | Г | | секреции ПТГ |
|  |  | |  |
| В | 096 | | ПРОЦЕСС УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
|  | А | | активным |
|  | Б | | активным и пассивным |
|  | В | | пассивным |
|  | Г | | активным или пассивным под влиянием различных гуморальных факторов |
|  |  | |  |
| В | 097 | | РОЛЬ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА |
|  | А | | блокирует переход ангиотензина 1 в ангиотензин 2 |
|  | Б | | превращает ангиотензин 1 в ангиотензин 2 |
|  | В | | способствует расщеплению жиров |
|  | Г | | способствует расщеплению белков |
|  |  | |  |
| В | 098 | | МЕСТО ПРИЛОЖЕНИЯ АНГИОТЕНЗИНА II |
|  | А | | выносящие артериолы |
|  | Б | | приносящие артериолы |
|  | В | | дуговые артерии почек |
|  | Г | | гломерулярная базальная мембрана |
|  |  | |  |
| В | 099 | | НЕПОЧЕЧНАЯ ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ |
|  | А | | анемии |
|  | Б | | понижении температуры тела |
|  | В | | повышении температуры тела |
|  | Г | | появлении отеков |
|  |  | |  |
| В | 100 | | ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АНГИОТЕНЗИНА II ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | антидиуретическое |
|  | Б | | сосудорасширяющее |
|  | В | | реабсорбция калия |
|  | Г | | вазоконстрикторное |
|  |  | |  |
| В | 101 | | УЛЬТРАФИЛЬТРАТ ПЛАЗМЫ (ПЕРВИЧНАЯ МОЧА) СВОБОДЕН ОТ |
|  | А | | калия |
|  | Б | | натрия |
|  | В | | белка |
|  | Г | | воды |
|  |  | |  |
| В | 102 | | ПРОСВЕТ АФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРОСВЕТОМ ЭФФЕРЕНТНОЙ АРТЕРИОЛЫ |
|  | А | | в 4 раза уже |
|  | Б | | в 2 раза уже |
|  | В | | одинаковый |
|  | Г | | в 2 раза шире |
|  |  | |  |
| В | 103 | | СКФ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ |
|  | А | | Вандерваля |
|  | Б | | Кокрофта-Голта |
|  | В | | Шварца |
|  | Г | | весо-ростового показателя |
|  |  | |  |
| В | 104 | | УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ ПРОИСХОДИТ В |
|  | А | | клубочке |
|  | Б | | петле Генле |
|  | В | | дистальных канальцах |
|  | Г | | собирательных трубках |
|  |  | |  |
| В | 105 | | КОНЕЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ ЗАВИСИТ ОТ |
|  | А | | ангиотензина II |
|  | Б | | ренина |
|  | В | | эритропоэтина |
|  | Г | | АДГ |
|  |  | |  |
| В | 106 | | ОБЪЕМ ПЕРВИЧНОЙ МОЧИ (УЛЬТРАФИЛЬТРАТ) ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВЕН |
|  | А | | 18 л/сут |
|  | Б | | 8 л/сут |
|  | В | | 180 л/сут |
|  | Г | | 280 л/сут |
|  |  | |  |
| В | 107 | | ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА Д- ЭТО |
|  | А | | стимуляция экскреции кальция в проксимальных отделах |
|  | Б | | увеличение всасывания кальция и фосфатов в кишечнике |
|  | В | | повышение экскреции фосфатов с мочой |
|  | Г | | стимуляция секреции н в канальцах |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | | **Синдромы в нефрологии. Методы дифференциальной диагностики в нефрологии** |
|  |  | |  |
| В | 107 | | ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЮТ ПОЛОЖЕНИЕ |
|  | А | | во всех случаях нефротического синдрома показана пункционная биопсия почки |
|  | Б | | верификация диагноза любого заболевания почек требует пункционной биопсии |
|  | В | | вопрос о выборе лечения по поводу гломерулонефрита должен решаться только по данным анализов мочи |
|  | Г | | при наличии лейкоцитурии во всех случаях биопсия почки противопоказана |
|  |  | |  |
| В | 108 | | ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХБП ИСПОЛЬЗУЮТ РЕЗУЛЬТАТЫ |
|  | А | | определения концентрации креатинина в сыворотке крови |
|  | Б | | общего анализа крови |
|  | В | | визуализирующих методов исследования (УЗИ почек, компьютерная томография, в том числе мультиспиральная КТ, биопсия почки) |
|  | Г | | определения концентрации мочевины в сыворотке крови |
|  |  | |  |
| В | 109 | | ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХБП ИСПОЛЬЗУЮТ |
|  | А | | пробу Зимницкого |
|  | Б | | пробу Нечипоренко |
|  | В | | пункционную биопсию почек |
|  | Г | | определение концентрации электролитов в сыворотке крови |
|  |  | |  |
| В | 110 | | ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК |
|  | А | | не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения |
|  | Б | | при хроническом гломерулонефрите |
|  | В | | только при хроническом пиелонефрите |
|  | Г | | для диагностики амилоидоза почек |
|  |  | |  |
| В | 111 | | ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК |
|  | А | | не имеют самостоятельного диагностического значения |
|  | Б | | имеет самостоятельное диагностическое значение в зависимости от типа функционального исследования |
|  | В | | имеет диагностическое значение в зависимости от природы заболевания |
|  | Г | | имеет самостоятельное диагностическое значение только у детей |
|  |  | |  |
| В | 112 | | ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ |
|  | А | | Зимницкого |
|  | Б | | Реберга |
|  | В | | Нечипоренко |
|  | Г | | 18-часовой дегидратации |
|  |  | |  |
| В | 113 | | ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МОЧЕВИНЫ В КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ |
|  | А | | подагры |
|  | Б | | тяжелой патологии печени |
|  | В | | обезвоживания |
|  | Г | | низкого содержания белков в пище |
|  |  | |  |
| В | 114 | | НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ ПО НЕЧИПОРЕНКО |
|  | А | | до 2000 в 1 мл |
|  | Б | | 2-4 в поле зрения |
|  | В | | 8-10 в поле зрения |
|  | Г | | более 2000 в 1 мл |
|  |  | |  |
| В | 115 | | УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЯЕМОЙ ЗА СУТКИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОНЯТИЕМ |
|  | А | | поллакиурия |
|  | Б | | полиурия |
|  | В | | анурия |
|  | Г | | олигурия |
|  |  | |  |
| В | 116 | | ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НЕОБХОДИМЫ ПОКАЗАТЕЛИ |
|  | А | | сывороточного калия |
|  | Б | | мочевины плазмы крови |
|  | В | | остаточного азота |
|  | Г | | креатинина сывороки крови |
|  |  | |  |
| В | 117 | | В МОЧЕ В НОРМЕ МОЖЕТ ПРИСУТСТВОВАТЬ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЦИЛИНДРОВ |
|  | А | | зернистых |
|  | Б | | гиалиновых |
|  | В | | эритроцитарных |
|  | Г | | восковидных |
|  |  | |  |
| В | 118 | | ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ |
|  | А | | амилоидоза почек |
|  | Б | | диабетической нефропатии |
|  | В | | острого гломерулонефрита |
|  | Г | | миеломной болезни |
|  |  | |  |
| В | 119 | | ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | проба Адисса-Каковского |
|  | Б | | проба Нечипоренко |
|  | В | | фазово-контрастная микроскопия |
|  | Г | | трехстаканная проба |
|  |  | |  |
| В | 120 | | ГЕМАТУРИЯ НЕГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | эритроцитами разного размера, причудливой формы |
|  | Б | | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами |
|  | В | | акантоцитами |
|  | Г | | наличием сопутствующей массивной протеинурии |
|  |  | |  |
| В | 121 | | ГЕМАТУРИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | эритроцитами разного размера, причудливой формы |
|  | Б | | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами |
|  | В | | изоморфными эритроцитами |
|  | Г | | отсутствием протеинурии |
|  |  | |  |
| В | 122 | | ГЕМАТУРИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | отсутствием эритроцитарных цилиндров |
|  | Б | | наличием эритроцитарных цилиндров |
|  | В | | одинаковыми по форме и размеру эритроцитами |
|  | Г | | сопутствующей стерильной лейкоцитурией |
|  |  | |  |
| В | 123 | | ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | гиперхолестеринемия без гипоальбуминемии |
|  | Б | | гипопротеинемия, гипергаммаглобулинемия |
|  | В | | протеинурия более 3,5 r/сут, гипоальбуминемия |
|  | Г | | повышение уровня С-реактивного белка крови |
|  |  | |  |
| В | 124 | | ОСНОВНОЙ (ГЛАВНЫЙ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА |
|  | А | | cуточная экскреция белка более 3,5 г |
|  | Б | | гиперпротеинемия |
|  | В | | гипостенурия |
|  | Г | | олигурия |
|  |  | |  |
| В | 125 | | ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | тубулярной |
|  | Б | | гломерулярной |
|  | В | | переполнения |
|  | Г | | напряжения |
|  |  | |  |
| В | 126 | | ДЛЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | суточная протеинурия, как правило, превышает 1,0 г |
|  | Б | | развитие почечной недостаточности у большинства пациентов |
|  | В | | отсутствие в горизонтальном положении пациента |
|  | Г | | сочетание с микрогематурией |
|  |  | |  |
| В | 127 | | ДЛЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | неселективный характер |
|  | Б | | появление преимущественно у лиц пожилого возраста |
|  | В | | неблагоприятный отдаленный прогноз |
|  | Г | | изолированный характер (отсутствие других признаков поражения почек – изменений мочевого осадка, АГ) |
|  |  | |  |
| В | 128 | | ДЛЯ ПРОТЕИНУРИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | белок определяется только в суточной моче |
|  | Б | | нет связи с физической нагрузкой |
|  | В | | появляется после интенсивного физического напряжения |
|  | Г | | отдаленный прогноз неблагоприятный |
|  |  | |  |
| В | 129 | | * ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ |
|  | А | | * нефротическом синдроме любого происхождения |
|  | Б | | * массивном внутрисосудистом гемолизе |
|  | В | | * гломерулонефрите |
|  | Г | | * высокобелковой диете |
|  |  | |  |
| В | 130 | | СПЕКТР БЕЛКОВ МОЧИ ИДЕНТИЧЕН СПЕКТРУ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПРОТЕИНУРИИ |
|  | А | | низкоселективной |
|  | Б | | преренальной |
|  | В | | постренальной |
|  | Г | | высокоселективной |
|  |  | |  |
| В | 131 | | ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С |
|  | А | | лабораторного исследования клеточного и гуморального звена иммунитета |
|  | Б | | оценки клинического состояния больного и анамнеза |
|  | В | | определения содержания цитокинов |
|  | Г | | проведения внутрикожной пробы с аллергеном |
|  |  | |  |
| В | 132 | | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ |
|  | А | | пиелонефрите |
|  | Б | | поликистозе почек |
|  | В | | гломерулонефритах |
|  | Г | | тубулоинтерстициальном нефрите |
|  |  | |  |
| В | 133 | | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ |
|  | А | | туберкулеза почек |
|  | Б | | вазоренальной гипертензии |
|  | В | | амилоидоза почек |
|  | Г | | ишемической болезни почек |
|  |  | |  |
| В | 134 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА |
|  | А | | неизмененные эритроциты в моче |
|  | Б | | протеинурия в сочетании с дисморфными эритроцитами |
|  | В | | гиперхолестеринемия |
|  | Г | | низкая относительная плотность мочи |
|  |  | |  |
| В | 135 | | ИЗОЛИРОВАННЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | остром повреждении почек |
|  | Б | | тутулоинтерстициальном нефрите |
|  | В | | гломерулярных заболеваниях почек |
|  | Г | | пиелонефрите |
|  |  | |  |
| В | 136 | | ИЗОЛИРОВАННЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ |
|  | А | | туберкулеза почек |
|  | Б | | острого гломерулонефрита |
|  | В | | острого пиелонефрита |
|  | Г | | болезни минимальных изменений |
|  |  | |  |
| В | 138 | | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК |
|  | А | | с иммунно-комплексным механизмом развития |
|  | Б | | гипертонической природы |
|  | В | | тубулоинтерстициальном нефрите |
|  | Г | | апостематозном нефрите |
|  |  | |  |
| В | 139 | | ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИРОДЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ |
|  | А | | стернальная пункция/ трепанобиопсия |
|  | Б | | пункционная биопсии почки |
|  | В | | ультразвуковое исследование |
|  | Г | | исследование мочевого осадка в динамике |
|  |  | |  |
| В | 140 | | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ |
|  | А | | рецидивирующий пиелонефрит |
|  | Б | | тубулоинтерстициальный нефрит |
|  | В | | диабетический гломерулосклероз |
|  | Г | | тромботическую микроангиопатию |
|  |  | |  |
| В | 141 | | ПРОТЕИНУРИЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | нефритического синдрома |
|  | Б | | острого пиелонефрита |
|  | В | | некроза канальцев |
|  | Г | | амилоидоза почек |
|  |  | |  |
| В | 142 | | МИКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | гипертензивного нефроангиосклероза |
|  | Б | | мембранозной нефропатии |
|  | В | | полулунного гломерулонефрита |
|  | Г | | болезни минимальных изменений |
|  |  | |  |
| В | 143 | | ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | множественной миеломы |
|  | Б | | хронического гломерулонефрита |
|  | В | | хронического пиелонефрита |
|  | Г | | рака паренхимы почек |
|  |  | |  |
| В | 144 | | ДИАПАЗОН МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 20-200 мг/сут |
|  | Б | | 30-300 мг/сут |
|  | В | | 40-400 мг/день |
|  | Г | | <150 мг/сутки |
|  |  | |  |
| В | 145 | | СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ |
|  | А | | 30 мг/сут |
|  | Б | | 100 мг/сут |
|  | В | | 150 мг/сут |
|  | Г | | 300 мг/сут |
|  |  | |  |
| В | 146 | | НАРУШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ РАНО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | диабетической нефропатии |
|  | Б | | хроническом гломерулонефрите |
|  | В | | амилоидозе |
|  | Г | | хроническом тубулоинтерстициальном нефрите |
|  |  | |  |
| В | 147 | | ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | необъяснимое похудание |
|  | Б | | абдоминальные боли |
|  | В | | артралгии |
|  | Г | | геморрагическая сыпь |
|  |  | |  |
| В | 148 | | ВОЗМОЖНЫМИ ИСХОДАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | стеноз почечных артерий |
|  | Б | | пиелонефрит |
|  | В | | первично-сморщенная почка |
|  | Г | | вторично-сморщенная почка |
|  |  | |  |
| В | 149 | | ПРИ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕЙ МАКРОГЕМАТУРИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С |
|  | А | | радионуклидного исследования |
|  | Б | | ультразвукового исследования мочеполовой системы |
|  | В | | цистографии |
|  | Г | | ангиографии |
|  |  | |  |
| В | 150 | | КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВ - ЭТО |
|  | А | | олигурия |
|  | Б | | кристаллурия, нефролитиаз, нефрокальциноз |
|  | В | | снижение СКФ |
|  | Г | | лейкоцитурия в сочетании с массивной протеинурией |
|  |  | |  |
| В | 151 | | ЭОЗИНОФИЛУРИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА |
|  | А | | мембранозную нефропатию |
|  | Б | | уретрит |
|  | В | | острый интерстициальный нефрит |
|  | Г | | болезнь тонких базальных мембран |
|  |  | |  |
| В | 152 | | ДЛЯ ИЗОЛИРОВАННОГО МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | дизурия |
|  | Б | | снижение относительной плотности мочи |
|  | В | | бактериурия, лейкоцитурия, лейкоцитарные цилиндры |
|  | Г | | гематурия в сочетании с протеинурией |
|  |  | |  |
| В | 153 | | КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | боль в поясничной области |
|  | Б | | снижение СКФ |
|  | В | | одышку |
|  | Г | | лихорадку |
|  |  | |  |
| В | 154 | | КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | рези при мочеиспускании |
|  | Б | | отеки век по утрам |
|  | В | | отеки на ногах к концу рабочего дня |
|  | Г | | нефротический синдром |
|  |  | |  |
| В | 155 | | НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | протеинурия |
|  | Б | | гематурия |
|  | В | | лейкоцитурия |
|  | Г | | цилиндрурия |
|  |  | |  |
| В | 156 | | ДИАСКИНТЕСТ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ |
|  | А | | диагностики дифтерии |
|  | Б | | скринига и мониторирования туберкулезной инфекции |
|  | В | | диагностики микобактериоза |
|  | Г | | мониторирования течения сифилиса |
|  |  | |  |
| В | 157 | | ПОЛИУРИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА |
|  | А | | вазопрессина |
|  | Б | | адреналина |
|  | В | | окситоцина |
|  | Г | | соматропного гормона |
|  |  | |  |
| В | 158 | | ДЛЯ ПОЛИУРИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | монотонный диурез с плотностью мочи 1,012-1,006 |
|  | Б | | учащенное (>6 раз в сутки) мочеиспускание |
|  | В | | увеличение суточного количества мочи |
|  | Г | | уменьшение суточного количества мочи |
|  |  | |  |
| В | 159 | | ПОД ТЕРМИНОМ ПОЛЛАКИУРИЯ ПОНИМАЮТ |
|  | А | | увеличение суточного количества мочи |
|  | Б | | учащенное (> 6 раз в сутки) мочеиспускание |
|  | В | | уменьшение суточного количества мочи |
|  | Г | | уменьшение мочеотделения (<40 мл/сут) |
|  |  | |  |
| В | 160 | | ДЛЯ ОЛИГОУРИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | уменьшение суточного количества мочи менее 500 мл |
|  | Б | | монотонный диурез с плотностью мочи 1,012-1,006 |
|  | В | | монотонный диурез с плотностью мочи 1,010 |
|  | Г | | прекращение мочеотделения ( менее 40 мл/сут) |
|  |  | |  |
| В | 161 | | БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕРМИНОМ |
|  | А | | ишурия |
|  | Б | | поллакизурия |
|  | В | | странгурия |
|  | Г | | полиурия |
|  |  | |  |
| В | 162 | | ДЛЯ АНУРИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | прекращение мочеотделения |
|  | Б | | уменьшение суточного количества мочи менее 400 мл |
|  | В | | уменьшение суточного количества мочи менее 50 мл |
|  | Г | | монотонный диурез с относительной плотностью мочи 1,010 |
|  |  | |  |
| В | 163 | | 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 | 164 | | СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МАКСИМАЛЬНАЯ ОСМОТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ НИЖЕ, ЧЕМ ОСМОТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ - ЭТО |
|  | А | | изостенурия |
|  | Б | | гипостенурия |
|  | В | | гиперстенурия |
|  | Г | | нормостенурия |
|  |  | |  |
| В | 165 | | СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ СТАНОВИТСЯ РАВНОЙ ОСМОТИЧЕСКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ - ЭТО |
|  | А | | нормостенурия |
|  | Б | | гипостенурия |
|  | В | | гиперстенурия |
|  | Г | | изостенурия |
|  |  | |  |
| В | 166 | | В ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ГИПОСТЕНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | нефротического синдрома |
|  | Б | | острого гломерулонефрита |
|  | В | | хронической болезни почек |
|  | Г | | застойной почки при сердечной недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 167 | | В ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ГИПОСТЕНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | несахарного (гипофизарного) диабета |
|  | Б | | олигурии |
|  | В | | амилоидоза почек с высокой протеинурией при сохранении функции почек |
|  | Г | | метаболического канальцевого синдрома – почечной глюкозурии |
|  |  | |  |
| В | 168 | | ПОВЫШЕНИЕ И КОЛЕБАНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ВЫШЕ 1,028 (1,030-1.040) УКАЗЫВАЕТ НА |
|  | А | | нефросклероз |
|  | Б | | хронический гломерулонефрит |
|  | В | | хронический пиелонефрит |
|  | Г | | олигурию и наблюдается при острых заболеваниях почек |
|  |  | |  |
| В | 169 | | 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 | 170 | | 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 | 171 | | ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО ЗАПАЗДЫВАНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | рефлюкс-нефропатия |
|  | Б | | хронический пиелонефрит |
|  | В | | амилоидоз почек |
|  | Г | | хронический гломерулонефрит |
|  |  | |  |
| В | 172 | | ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО ЗАПАЗДЫВАНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | хронический гломерулонефрит |
|  | Б | | рефлюкс-нефропатия |
|  | В | | амилоидоз почек |
|  | Г | | врожденные аномалии развития почек |
|  |  | |  |
| В | 173 | | ИНФЕКЦИОННАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | сочетанием лейкоцитурии с протеинурией |
|  | Б | | большим количеством лейкоцитов в моче |
|  | В | | положительным результатом микробиологического исследования мочи |
|  | Г | | отрицательным результатом микробиологического исследования мочи |
|  |  | |  |
| В | 174 | | 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 | 175 | | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО |
|  | А | | наличием микрогематурии |
|  | Б | | приемом лекарств |
|  | В | | альбуминурией |
|  | Г | | цилиндрурией |
|  |  | |  |
| В | 176 | | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО |
|  | А | | глюкозурией |
|  | Б | | бактериурией |
|  | В | | белковой пищей |
|  | Г | | характером потребляемой пищи, пищевыми красителями |
|  |  | |  |
| В | 177 | | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО |
|  | А | | наличием эритроцитарных цилиндров |
|  | Б | | микрогематурией |
|  | В | | макрогематурией |
|  | Г | | избыточным потреблением сладких газированных напитков |
|  |  | |  |
| В | 178 | | ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО |
|  | А | | уратурией |
|  | Б | | микрогематурией |
|  | В | | наличием эритроцитарных цилиндров |
|  | Г | | избыточным потреблением сладких газированных напитков |
|  |  | |  |
| В | 179 | | 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 | 180 | | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ ОБЪЕМ МОЧИ ЗА СУТКИ ПРЕВЫШАЕТ В МЛ НА КГ ВЕСА ТЕЛА |
|  | А | | 20 |
|  | Б | | 25 |
|  | В | | 30 |
|  | Г | | 40 |
|  |  | |  |
| В | 181 | | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | синдрома Фанкони |
|  | Б | | туберкулеза мочевой системы |
|  | В | | сахарного диабета |
|  | Г | | острого гломерулонефрита |
|  |  | |  |
| В | 182 | | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | туберкулеза мочевой системы |
|  | Б | | уремии |
|  | В | | синдрома Фанкони |
|  | Г | | острого гломерулонефрита |
|  |  | |  |
| В | 183 | | СУТОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ С ПОЛИДИПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | соль-теряющего синдрома |
|  | Б | | туберкулеза мочевой системы |
|  | В | | синдрома Фанкони |
|  | Г | | острого гломерулонефрита |
|  |  | |  |
| В | 184 | | НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ |
|  | А | | соль-теряющем синдроме |
|  | Б | | уремии |
|  | В | | отеках любого происхождения |
|  | Г | | остром гломерулонефрите |
|  |  | |  |
| В | 185 | | НИКТУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ |
|  | А | | дисфункции нижних мочевых путей |
|  | Б | | острого гломерулонефрита |
|  | В | | обезвоживания |
|  | Г | | гиперкалиемии |
|  |  | |  |
| В | 186 | | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ |
|  | А | | гиперурикемии |
|  | Б | | снижения катаболизма |
|  | В | | гипергликемии |
|  | Г | | обезвоживания |
|  |  | |  |
| В | 187 | | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ |
|  | А | | лихорадки |
|  | Б | | применения иАПФ |
|  | В | | оксалатурии |
|  | Г | | почечной недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 188 | | ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВИНЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ |
|  | А | | применения иАПФ |
|  | Б | | голодания |
|  | В | | оксалатурии |
|  | Г | | лихорадки |
|  |  | |  |
| В | 189 | | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ ОТНОСЯТ |
|  | А | | мигрирующие рожеподобные эритемы на коже |
|  | Б | | массивную протеинурию |
|  | В | | резкое повышение АД |
|  | Г | | развитие левожелудочковой недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 190 | | К ПОНЯТИЮ НЕФРОТИЧЕСКИЙ КРИЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ |
|  | А | | ортостатический коллапс |
|  | Б | | боли в животе |
|  | В | | анасарку |
|  | Г | | отек легких |
|  |  | |  |
| В | 191 | | ПРИЧИНАМИ ГЕМАТУРИИ, НЕ СВЯЗАННЫМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | артериовенозные мальформации |
|  | Б | | микроскопический полиангиит |
|  | В | | врожденная геморрагическая телеангиоэктазия (болезнь Рандю-Ослера) |
|  | Г | | медуллярная губчатая почка |
|  |  | |  |
| В | 192 | | 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 | 193 | | ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | медуллярная губчатая почка |
|  | Б | | рефлюкс-нефропатия |
|  | В | | сахарный диабет |
|  | Г | | тромбоз почечной вены или инфаркт почки |
|  |  | |  |
| В | 194 | | К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | вялый паралич, рабдомиолиз, судороги |
|  | Б | | снижение зубца Т, удлинение интервала Q-T, выраженный зубец U |
|  | В | | заостренные зубцы Т, расширенные комплексы QRS, асистолии |
|  | Г | | уменьшение моторики желудка и тонкого кишечника |
|  |  | |  |
| В | 195 | | К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОКАЛИЕМИИ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | фибрилляция желудочков, асистолия |
|  | Б | | поражение периферических нервов (парестезии, ригидность конечностей) |
|  | В | | гиперальдостеронизм |
|  | Г | | снижение зубца Т, удлинение интервала Q-T, выраженный зубец U |
|  |  | |  |
| В | 196 | | К ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | сердечная недостаточность |
|  | Б | | повышение АД |
|  | В | | тромбозы и эмболии |
|  | Г | | жировая дистрофия печени |
|  |  | |  |
| В | 197 | | ФАКТОРОМ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | концентрация альбумина крови менее 20 г/л |
|  | Б | | гиперволемия |
|  | В | | выраженная гипофибриногенемия |
|  | Г | | терапия цитостатиками |
|  |  | |  |
| В | 198 | | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | артериальную гипертензию |
|  | Б | | гипергидратацию |
|  | В | | пиелонефрит |
|  | Г | | гипотензию с ортостатизмом и полиурией |
|  |  | |  |
| В | 199 | | ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | олигурию |
|  | Б | | ацидоз с гиперкалиемией и гипонатриемией |
|  | В | | артериальную гипертензию |
|  | Г | | периферические отеки |
|  |  | |  |
| В | 200 | | РАДИОИЗОТОПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СРАВНЕНИИ С РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМИ ПОЗВОЛЯЮТ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ |
|  | А | | непереносимости рентгенконтрастных препаратов |
|  | Б | | необходимости специальной подготовки больного |
|  | В | | отсутствии возможности проведения исследований при азотемии |
|  | Г | | высокой лучевой нагрузке |
|  |  | |  |
| В | 201 | | ПРИ УЗИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХПН НАБЛЮДАЕТСЯ |
|  | А | | снижается соотношение паренхимы к ЧЛС |
|  | Б | | нарушение дифференцировки слоев паренхимы |
|  | В | | паренхима почек определяется диффузно неоднородной |
|  | Г | | контуры почек становятся неровными |
|  |  | |  |
| В | 202 | | УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА ПОЧЕК ПРИ УЗИ ИССЛЕДОВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | развитии и прогрессировании гипертонического нефрангиосклероза |
|  | Б | | хронической почечной недостаточности |
|  | В | | застойных почках при сердечной недостаточности |
|  | Г | | прогрессировании диффузных заболеваний почек |
|  |  | |  |
| В | 203 | | УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА ПОЧЕК НА УЗИ ИССЛЕДОВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | хронической ишемической болезни почек |
|  | Б | | прогрессировании хронической тубулоинтерстициальной нефропатии |
|  | В | | гипоплазия почек |
|  | Г | | гидронефрозе |
|  |  | |  |
| В | 204 | | ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРА ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | инфильтрация (лимфома) |
|  | Б | | поликистоз почек |
|  | В | | опухоль, киста |
|  | Г | | хронический гломерулонефрит |
|  |  | |  |
| В | 205 | | ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРА ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | односторонний гидронефроз |
|  | Б | | стеноз почечной артерии |
|  | В | | хронический интерстициальный нефрит |
|  | Г | | врожденная гипоплазия |
|  |  | |  |
| В | 206 | | ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО УМЕНЬШЕНИЯ РАЗМЕРА ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | аутосомно-рецессивный поликистоз почек |
|  | Б | | врожденная гипоплазия |
|  | В | | хронический интерстициальный нефрит |
|  | Г | | хронический гломерулонефрит |
|  |  | |  |
| В | 207 | | ПРИЧИНОЙ ДВУСТОРОННЕГО УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | интимальная фибромускулярная дисплазия |
|  | Б | | врожденные диспластические синдромы |
|  | В | | рефлюксная нефропатия |
|  | Г | | поликистоз почек (и другие кистозные заболевания) |
|  |  | |  |
| В | 208 | | ПРИЧИНОЙ ДВУСТОРОННЕГО УМЕНЬШЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | опухоль |
|  | Б | | диабетическая нефропатия |
|  | В | | практически любое хроническое заболевание почек |
|  | Г | | амилоидоз |
|  |  | |  |
| В | 209 | | ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ВЕДУЩИМ ВИДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | ультразвуковое исследование в вертикальном положении |
|  | Б | | экскреторная урография |
|  | В | | ретроградная пиелография |
|  | Г | | обзорная рентгенография |
|  |  | |  |
| В | 210 | | К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕЖЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕМЫМ РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ |
|  | А | | подковообразная почка |
|  | Б | | удвоение почки |
|  | В | | дистопия |
|  | Г | | добавочная (третья, четвертая) почка |
|  |  | |  |
| В | 211 | | АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | значимое повышение уровня таких биохимических показателей крови, как мочевина, креатинин и мочевая кислота |
|  | Б | | тубулоинтерстициальное заболевание почек неясного происхождения |
|  | В | | наличие единственной функционирующей почки |
|  | Г | | симптоматическая артериальная гипертензия почечного происхождения |
|  |  | |  |
| В | 212 | | ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | боль в области пункции |
|  | Б | | резкое повышение АД |
|  | В | | головокружение |
|  | Г | | кровотечение из почечных сосудов |
|  |  | |  |
| В | 213 | | ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | тахикардию |
|  | Б | | повреждение соседних органов |
|  | В | | острую левожелудочковую недостаточность |
|  | Г | | острое повреждение почек |
|  |  | |  |
| В | 214 | | ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ |
|  | А | | повышается в конце 1 триместра |
|  | Б | | повышается в конце беременности |
|  | В | | понижается на протяжении всей беременности |
|  | Г | | не меняется |
|  |  | |  |
| В | 215 | | СРЕДИ ИЗОТОПНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ |
|  | А | | радиоизотопная ренография |
|  | Б | | динамическая сцинтиграфия |
|  | В | | статическая сцинтиграфия |
|  | Г | | методы ценны только при наличии почечной недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 216 | | ПРИЧИНОЙ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКИ С ОТСУТСТВИЕМ НЕФРОГРАММ ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | стенозирующий атеросклероз почечной артерии |
|  | Б | | врожденная медуллярная гипоплазия почки |
|  | В | | острый тромбоз почечных вен |
|  | Г | | обострение обструктивного пиелонефрита |
|  |  | |  |
|  |  | | **Первичные заболевания почек** |
|  |  | |  |
| В | 217 | | ГЛОМЕРУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | гипертонический нефрангиосклероз |
|  | Б | | цилиндр-нефропатию |
|  | В | | аналгетическую нефропатию |
|  | Г | | гломерулонефриты |
|  |  | |  |
| В | 218 | | К ГЛОМЕРУЛЯРНЫМ БОЛЕЗНЯМ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | миеломная почка |
|  | Б | | медуллярная губчатая почка |
|  | В | | IgA - нефропатия |
|  | Г | | контраст-индуцированное ОПП |
|  |  | |  |
| В | 219 | | К ГЛОМЕРУЛЯРНЫМ БОЛЕЗНЯМ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | рефлюкс-нефропатия |
|  | Б | | аналгетическая нефропатия |
|  | В | | фокальный сегментарный гломерулосклероз |
|  | Г | | поликистозная болезнь почек |
|  |  | |  |
| В | 220 | | СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ ОСНОВАНА НА |
|  | А | | наличии /отсутствии артериальной гипертонии |
|  | Б | | данных о течении и клинической картине болезни |
|  | В | | оценке величины и типа протеинурии |
|  | Г | | преимущественно морфологических данных |
|  |  | |  |
| В | 221 | | К ПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМ ОТНОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ |
|  | А | | болезнь минимальных изменений |
|  | Б | | мезангиопролиферативный |
|  | В | | мембранозная нефропатия |
|  | Г | | ФСГС |
|  |  | |  |
| В | 222 | | К НЕПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМ ОТНОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ |
|  | А | | IgA-нефропатия |
|  | Б | | экстракапиллярныймалоиммунный гломерулонефрит |
|  | В | | мезангиопролиферативный |
|  | Г | | ФСГС |
|  |  | |  |
| В | 223 | | СРЕДИ ФАКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | внутриклубочковая гипертензия |
|  | Б | | системная артериальная гипертензия |
|  | В | | нарушение проницаемости сосудистой стенки |
|  | Г | | иммунокомплексное повреждение БГМ |
|  |  | |  |
| В | 224 | | МАКСИМАЛЬНО АКТИВНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ХГН ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ НАЛИЧИИ |
|  | А | | протеинурии меньше 2,5 г/сутки |
|  | Б | | длительно персистирующего остронефритического синдрома |
|  | В | | рецидивирующей макрогематурии |
|  | Г | | стойкой высокой артериальной гипертензии |
|  |  | |  |
| В | 225 | | НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ХГН |
|  | А | | минимальные изменения клубочков |
|  | Б | | мембранозный |
|  | В | | фокальный сегментарный гломерулонефрит |
|  | Г | | мезангиопролиферативный гломерулонефрит |
|  |  | |  |
| В | 226 | | ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СВЕТООПТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ |
|  | А | | фокально-сегментарного гломерулосклероза |
|  | Б | | мезангиопролиферативного гломерулонефрита |
|  | В | | минимальных изменений клубочков |
|  | Г | | мембранозной нефропатии |
|  |  | |  |
| В | 227 | | ПОНЯТИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ ВКЛЮЧАЕТ |
|  | А | | изоморфные эритроциты |
|  | Б | | снижение относительной плотности мочи |
|  | В | | измененные эритроциты, эритроцитарные цилиндры в сочетании с протеинурией |
|  | Г | | микрогематурию, бактериурию в сочетании с лейкоцитурией |
|  |  | |  |
| В | 228 | | МИКРОГЕМАТУРИЯ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | мембранозного нефрита |
|  | Б | | липоидного нефроза |
|  | В | | мезангиопролиферативного нефрита |
|  | Г | | фокально-сегментарного гломерулосклероза |
|  |  | |  |
| В | 229 | | МИКРОГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК |
|  | А | | мезангиопролиферативный гомерулонефрит |
|  | Б | | липоидный нефроз |
|  | В | | мембранозный нефрит |
|  | Г | | амилоидоз почек |
|  |  | |  |
| В | 230 | | ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЕГО ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ - ЭТО |
|  | А | | опережающее мочевой синдром повышение АД |
|  | Б | | мочевой синдром, предшествующий повышению АД |
|  | В | | частое развитие сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт) |
|  | Г | | выраженные изменения глазного дна |
|  |  | |  |
| В | 231 | | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | мембранозный ГН |
|  | Б | | ФСГС |
|  | В | | быстропрогрессирующий ГН |
|  | Г | | IgA-нефропатия |
|  |  | |  |
| В | 232 | | ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОЗВОЛЯЮТ ОТЛИЧИТЬ |
|  | А | | асимметричное поражение почек, лихородка с ознобом |
|  | Б | | лейкоцитурия, бактериурия |
|  | В | | отсутствие асимметрии поражения почек, высокая протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией |
|  | Г | | наличие АГ |
|  |  | |  |
| В | 233 | | НЕФРОТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ (ЗАСТОЙНЫЕ ПОЧКИ) ПОМОГАЮТ ОТЛИЧИТЬ |
|  | А | | акроцианоз, холодные плотные отеки |
|  | Б | | увеличение печени |
|  | В | | постинфарктный кардиосклероз, нарушение ритма сердца |
|  | Г | | отсутствие заболеваний сердца, суточная протеинурия >3,0 г |
|  |  | |  |
| В | 234 | | КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ |
|  | А | | гематурию, отеки, артериальную гипертензию |
|  | Б | | одышку, отеки, протеинурию |
|  | В | | сердцебиение, отеки, одышку |
|  | Г | | протеинурию, лейкоцитурию, бактериурию |
|  |  | |  |
| В | 235 | | ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ |
|  | А | | гиперренинемией |
|  | Б | | задержкой натрия и воды и гиперволемией |
|  | В | | повышением концентрации простагландинов |
|  | Г | | спазмом периферических сосудов |
|  |  | |  |
| В | 236 | | ТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА - ЭТО |
|  | А | | острое повреждение почек |
|  | Б | | острая левожелудочковая недостаточность |
|  | В | | острый нефритический синдром |
|  | Г | | злокачественная артериальная гипертензия |
|  |  | |  |
| В | 237 | | ПРИ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЮТ |
|  | А | | свечение всех классов иммуноглобулинов («Fullhouse») |
|  | Б | | субэпителиальные депозиты по типу «горбов» |
|  | В | | интрамембранозные депозиты |
|  | Г | | свечение IgA и С3 в мезангии |
|  |  | |  |
| В | 238 | | ДЛЯ ОСТРОГО ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | редкое развитие у детей |
|  | Б | | мочевой синдром характеризуется только выраженной протеинурией |
|  | В | | возможность атипичного течения у стариков |
|  | Г | | отсутствие артериальной гипертензии в дебюте болезни |
|  |  | |  |
| В | 239 | | ДИЕТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ |
|  | А | | повышение потребления калийсодержащих продуктов |
|  | Б | | увеличение потребления хлорида натрия |
|  | В | | увеличение количества потребляемой жидкости |
|  | Г | | ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки |
|  |  | |  |
| В | 240 | | ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ |
|  | А | | стрептококковой инфекции |
|  | Б | | стафилококковой инфекции |
|  | В | | вирусной инфекции |
|  | Г | | инфицирования гемофильной палочкой |
|  |  | |  |
| В | 241 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ |
|  | А | | от 1 года до 5 лет |
|  | Б | | от 6 до 20 лет |
|  | В | | от 30 до 60 лет |
|  | Г | | старше 60 лет |
|  |  | |  |
| В | 242 | | ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 15 ЛЕТ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОГН НАБЛЮДАЕТСЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ, ТО ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОЛЖНО РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК |
|  | А | | необратимое повреждение вследствие заболевания |
|  | Б | | переход заболевания в хроническую форму |
|  | В | | остаточное явление заболевания |
|  | Г | | прогрессирование заболевания |
|  |  | |  |
| В | 243 | | ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | нарушение ритма сердца |
|  | Б | | массивное почечное кровотечение |
|  | В | | тромбоэмболический синдром |
|  | Г | | олигурия в острой фазе заболевания с развитием ОПП |
|  |  | |  |
| В | 244 | | ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | почечная эклампсия |
|  | Б | | застойная сердечная недостаточность |
|  | В | | злокачественная гипертензия |
|  | Г | | гемолитико-уремический синдром |
|  |  | |  |
| В | 245 | | ДЛЯ ОСТРОГО ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | интраинфекционное начало болезни |
|  | Б | | начало болезни через 2 недели после фарингеальной инфекции |
|  | В | | начало болезни вне связи с инфекцией |
|  | Г | | лейкоцитурия при ОГН хорошо поддается антибактериальной терапии |
|  |  | |  |
| В | 246 | | КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВСЛЕДСТВИЕ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ |
|  | А | | 1 неделю |
|  | Б | | 2 недели |
|  | В | | 3-6 недель |
|  | Г | | полгода |
|  |  | |  |
| В | 247 | | ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | отсутствие чувствительности к кортикостероидам |
|  | Б | | развитие артериальной гипертензии |
|  | В | | микрогематурия |
|  | Г | | преимущественное развитие у детей |
|  |  | |  |
| В | 248 | | КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | быстрым (внезапным) развитием НС в дебюте заболевания |
|  | Б | | эпизодами макрогематурии на фоне носоглоточной инфекции |
|  | В | | только изменениями мочевого осадка |
|  | Г | | гиперстенурией |
|  |  | |  |
| В | 249 | | КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | развитием спонтанной ремиссии при естественном течении заболевания (без применения ГКС) |
|  | Б | | развитием ранней ремиссии при применении ГКС |
|  | В | | сочетанием НС с артериальной гипертензией |
|  | Г | | постепенным формированием нефротического синдрома |
|  |  | |  |
| В | 250 | | ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ЛИПОИДНЫЙ НЕФРОЗ) ХАРАКТЕРНЫ |
|  | А | | макрогематурия |
|  | Б | | преимущественное развитие у пожилых лиц |
|  | В | | благоприятный прогноз при кортикостероидной терапии |
|  | Г | | отсутствие гиперлипидемии при наличии НС |
|  |  | |  |
| В | 251 | | МЕМБРАНОЗНАЯ НЕФРОПАТИЯ |
|  | А | | во всех случаях требует немедленной патогенетической терапии |
|  | Б | | не требует доказательств идиопатического характера заболевания |
|  | В | | не сопровождается спонтанными ремиссиями |
|  | Г | | может иметь паранеопластический генез |
|  |  | |  |
| В | 252 | | ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | течение со спонтанными ремиссиями |
|  | Б | | наличие макрогематурия |
|  | В | | наличие синдрома быстропрогрессирующей почечной недостаточности |
|  | Г | | сочетание с гипокоагуляцией |
|  |  | |  |
| В | 253 | | ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕМБРАНОЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | преимущественное поражение женского пола |
|  | Б | | развитие преимущественно у лиц старше 40 лет |
|  | В | | снижение концентрации комплемента |
|  | Г | | частые эпизоды макрогематурии |
|  |  | |  |
| В | 254 | | ОТНОСИТЕЛЬНО ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ  НЕФРОПАТИИ ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ |
|  | А | | прогрессирование до конечной стадии почечной недостаточности происходит быстро |
|  | Б | | возникает преимущественно во втором десятилетии жизни |
|  | В | | заболевание в два раза чаще диагностируется у мужчин, чем у женщин |
|  | Г | | нефритический синдром является характерным проявлением |
|  |  | |  |
| В | 255 | | ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | желудочно-кишечное кровотечение |
|  | Б | | инфаркт миокарда |
|  | В | | сердечная недостаточность |
|  | Г | | тромбозы и эмболии |
|  |  | |  |
| В | 256 | | ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЮТ ДЕПОЗИТЫ |
|  | А | | Ig A |
|  | Б | | Ig M |
|  | В | | Ig G |
|  | Г | | амилоидные |
|  |  | |  |
| В | 257 | | ХАРАКТЕРНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ - ЭТО |
|  | А | | сглаженность малых ножек подоцитов |
|  | Б | | сегментарный склероз капиллярных петель |
|  | В | | мезангиальные депозиты |
|  | Г | | кортикальный некроз |
|  |  | |  |
| В | 258 | | ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН, ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | ФСГС |
|  | Б | | болезни минимальных изменений |
|  | В | | мембранозного гломерулонефрита |
|  | Г | | диабетической нефропатии |
|  |  | |  |
| В | 259 | | НАИБОЛЬШИЙ ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ |
|  | А | | фибропластическом |
|  | Б | | липоидном нефрозе |
|  | В | | мембранозном |
|  | Г | | мезангиопролиферативном |
|  |  | |  |
| В | 260 | | IgA-НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | тесной связью с респираторной инфекцией |
|  | Б | | непрерывно прогрессирующим течением |
|  | В | | приступами почечной колики |
|  | Г | | оксалатно-кальциевой кристаллурией |
|  |  | |  |
| В | 261 | | IgA-НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  | А | | быстрым исходом в терминальную ХПН |
|  | Б | | депозитами IgА в мезангии клубочков |
|  | В | | наиболее редким вариантом гломерулонефрита |
|  | Г | | развитием вне связи с респиратоной инфекцией |
|  |  | |  |
| В | 262 | | 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 | 263 | | ПРИ IgA-НЕФРОПАТИИ (БОЛЕЗНЬ БЕРЖЕ) |
|  | А | | среди заболевших преобладают девочки |
|  | Б | | быстро развивается терминальная почечная недостаточность |
|  | В | | в клинике часто встречается нефротический синдром |
|  | Г | | частым клиническим симптомом является макрогематурия |
|  |  | |  |
| В | 264 | | ВТОРИЧНАЯ IgA-НЕФРОПАТИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ |
|  | А | | болезнях печени |
|  | Б | | пурпуре Шенлейн-Геноха |
|  | В | | множественной миеломе |
|  | Г | | АНЦА-ассоциированном васкулите |
|  |  | |  |
| В | 265 | | ЕСЛИ У 25-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ ЧЕРЕЗ СУТКИ ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В ГОРЛЕ ПОЯВИЛАСЬ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ И МАКРОГЕМАТУРИЯ, АД 138/88 ММ РТ.СТ, В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ТЕСТЫ НА НАЛИЧИЕ ГЕМАТУРИИ (4+) И БЕЛКА (2+), ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ |
|  | А | | постстрептококковый гломерулонефрит |
|  | Б | | нефролитиаз |
|  | В | | IgA нефропатия |
|  | Г | | микроскопический полиангиит |
|  |  | |  |
| В | 266 | | В ОТНОШЕНИИ ПРОГНОЗА ИДИОПАТИЧЕСКОГО ОЧАГОВОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ |
|  | А | | результат хуже для пациентов с вариантом «наконечника» по сравнению с другими моделями. а |
|  | Б | | ремиссия протеинурии является сильным предиктором благоприятного исход |
|  | В | | результат лучше для пациентов с коллапсирующим вариантом по сравнению с другими паттернами. |
|  | Г | | степень гломерулярного склероза является самым сильным гистологическим предиктором плохого почечного исхода. |
|  |  | |  |
| В | 267 | | ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | тубулоинтерстициальный нефрит |
|  | Б | | подагрическая нефропатия |
|  | В | | ожирение |
|  | Г | | ишемическая нефропатия |
|  |  | |  |
| В | 268 | | ПРОГНОЗ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА |
|  | А | | неблагоприятный при варианте tip-lesion |
|  | Б | | лучше для пациентов с коллабирующим вариантом по сравнению с другими морфологическими вариантами |
|  | В | | благоприятный при отсутствии нарушения функции почек на момент постановки диагноза |
|  | Г | | благоприятный, даже при отсутствии ответа на терапию |
|  |  | |  |
| В | 269 | | ДЛЯ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | нефротический синдром |
|  | Б | | макрогематурия |
|  | В | | микрогематурия без протеинурии |
|  | Г | | отсутствие АГ |
|  |  | |  |
| В | 270 | | В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ |
|  | А | | цитостатики |
|  | Б | | глюкокортикоиды |
|  | В | | диуретики |
|  | Г | | ингибиторы АПФ |
|  |  | |  |
| В | 271 | | ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА ПОКАЗАНО ПРИ |
|  | А | | злокачественной гипертензии |
|  | Б | | формировании нефротического синдрома |
|  | В | | развитии ОПП |
|  | Г | | острой левожелудочковой недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 272 | | ПЕРВАЯ (НЕОТЛОЖНАЯ) ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ - ЭТО |
|  | А | | ингибиторы АПФ |
|  | Б | | альфа-блокаторы и периферические вазодилататоры внутривенно |
|  | В | | высокие дозы петлевых диуретиков внутривенно |
|  | Г | | сердечные гликозиды |
|  |  | |  |
| В | 273 | | РЕФРАКТЕРНОСТЬ К МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | появлении АГ в условиях терапии преднизолоном |
|  | Б | | отсутствии диуретического ответа на терапию фуросемидом в условиях монотерапии кортикостероидами |
|  | В | | снижении протеинурии до 2,0 г/cут |
|  | Г | | сохранении нефротического синдрома у взрослых в течение 16 недель  (у детей в течение 4 недель) |
|  |  | |  |
| В | 274 | | ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ |
|  | А | | фокальномсегментарном гломерулосклерозе |
|  | Б | | стабильном течении мембрано-пролиферативного гломерулонефрита |
|  | В | | диабетическом гломерулосклерозе |
|  | Г | | подагрической почке |
|  |  | |  |
| В | 275 | | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХГН С МАССИВНОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | допегит |
|  | Б | | эналаприл |
|  | В | | гидралазин |
|  | Г | | коринфар |
|  |  | |  |
| В | 276 | | ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | сахарный диабет |
|  | Б | | лейкоцитоз |
|  | В | | инфекционные осложнения |
|  | Г | | артериальная гипертензия |
|  |  | |  |
| В | 277 | | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ ГЛОМЕРУЛОПАТИИ РЕФРАКТЕРНОЙ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ |
|  | А | | азатиоприн |
|  | Б | | плазмаферез |
|  | В | | ритуксимаб |
|  | Г | | комбинация микофенолатов и плазмофереза |
|  |  | |  |
| В | 278 | | ИНГИБИТОРЫ КАЛЬЦИНЕЙРИНА ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ |
|  | А | | волчаночном нефрите III и IV классов |
|  | Б | | любых гломерулонефритах |
|  | В | | быстропрогрессирующем гломерулонефрите |
|  | Г | | фокальном сегментарном гломерулосклерозе |
|  |  | |  |
| В | 279 | | ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАЗНАЧЕНИЕ СТЕРОИДОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | | истинная склеродермическая почка |
|  | Б | | нефрит с минимальными изменениями |
|  | В | | активный волчаночный нефрит |
|  | Г | | поражение почек при гранулематозеВегенера |
|  |  | |  |
| В | 280 | | ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ МИШЕНЬЮ ДЛЯ ЦИКЛОСОПРИНА А- ЭТО |
|  | А | | В-лимфоциты и макрофаги |
|  | Б | | Т-лимфоциты |
|  | В | | В-лимфоциты |
|  | Г | | моноциты и макрофаги |
|  |  | |  |
| В | 281 | | ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕАКТИВНОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО ТИПА |
|  | А | | применяются только в сочетании с цитостатиками |
|  | Б | | применяются всегда |
|  | В | | не применяются |
|  | Г | | применяются при наличии синфарингеальной макрогематурии |
|  |  | |  |
| В | 282 | | ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ХГН ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | терминальная ХПН |
|  | Б | | изолированная протеинурия |
|  | В | | выраженная гематурия |
|  | Г | | стероидрезистентные формы нефротического синдрома |
|  |  | |  |
| В | 283 | | ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ НЕФРИТЕ |
|  | А | | не проводится |
|  | Б | | проводится пенициллином перорально |
|  | В | | проводится преднизолоном |
|  | Г | | проводится циклоспорином |
|  |  | |  |
| В | 284 | | АДЕКВАТНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХГН СООТВЕТСТВУЕТ |
|  | А | | 0,5 - 0,6 |
|  | Б | | 0,7 - 0,8 |
|  | В | | 0,8-0,9 |
|  | Г | | 1,0 |
|  |  | |  |
| В | 285 | | К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЙНЕРИНА ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | циклофосфан |
|  | Б | | циклоспорин А |
|  | В | | микофенолатмофетил |
|  | Г | | азатиоприн |
|  |  | |  |
| В | 286 | | К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ АЛКИЛИРУЮЩИХ АГЕНТОВ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | микофенолатмофетил |
|  | Б | | сиролимус |
|  | В | | циклоспорин А |
|  | Г | | циклофосфан |
|  |  | |  |
| В | 287 | | К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ АНТИМЕТАБОЛИТОВ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | сиролимус |
|  | Б | | циклофосфан |
|  | В | | микофенолатмофетил |
|  | Г | | циклоспорин А |
|  |  | |  |
| В | 288 | | К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ АНТИМЕТАБОЛИТОВ ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | циклоспорин А |
|  | Б | | циклофосфан |
|  | В | | метипред |
|  | Г | | азатиоприн |
|  |  | |  |
| В | 289 | | У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ |
|  | А | | форменных элементов крови |
|  | Б | | холестерина |
|  | В | | ЭКГ |
|  | Г | | прозрачности сред глаза |
|  |  | |  |
| В | 290 | | ДОЗЫ КАЛЬЦИЙНЕРИНОВЫХ БЛОКАТОРОВ ПОДБИРАЮТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО |
|  | А | | по возрасту и полу |
|  | Б | | в зависимости от концентрации препарата в крови |
|  | В | | из расчета на килограмм массы тела |
|  | Г | | в зависимости от рациона больного |
|  |  | |  |
|  |  | | **Вторичные заболевания почек** |
|  |  | |  |
| В | 291 | | СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВАСКУЛИТОВ ОСНОВАНА НА |
|  | А | | калибре пораженных сосудов |
|  | Б | | этиологии |
|  | В | | патогенезе |
|  | Г | | клинический проявлениях |
|  |  | |  |
| В | 292 | | К ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ КРУПНЫЕ АРТЕРИИ, ОТНОСЯТ |
|  | А | | криоглобулинемический васкулит |
|  | Б | | гигантоклеточный артериит, артериит Такаясу |
|  | В | | узелковый периартериит |
|  | Г | | пурпуру Шенлейн-Геноха |
|  |  | |  |
| В | 293 | | К ВАСКУЛИТУ СРЕДНИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ |
|  | А | | гигантоклеточный васкулит |
|  | Б | | аортоартериитТакаясу |
|  | В | | узелковый полиангиит |
|  | Г | | АНЦА-ассоциированный васкулит |
|  |  | |  |
| В | 294 | | К ВАСКУЛИТУ МЕЛКИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ |
|  | А | | болезнь Кавасаки |
|  | Б | | узелковый полиангиит |
|  | В | | аортоартериитТакаясу |
|  | Г | | микроскопический полиангиит, полиангиит с гранулематозом, эозинофильный полиангиит с гранулематозом |
|  |  | |  |
| В | 295 | | К ВАСКУЛИТУ МЕЛКИХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ |
|  | А | | иммунокомплексный васкулит, АНЦА-ассоциированные васкулиты |
|  | Б | | узелковый полиангиит |
|  | В | | гигантоклеточный артериит |
|  | Г | | некротизирующий артериит |
|  |  | |  |
| В | 296 | | К ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МЕЛКИЕ АРТЕРИИ, ОТНОСЯТ |
|  | А | | криоглобулинемический васкулит |
|  | Б | | синдром Чарга-Стросс |
|  | В | | узелковый периартериит |
|  | Г | | артериит Такаясу |
|  |  | |  |
| В | 297 | | В ГРУППЕ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ |
|  | А | | гранулематозВегенера |
|  | Б | | узелковый периартериит |
|  | В | | геморрагический васкулит |
|  | Г | | неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу) |
|  |  | |  |
| В | 298 | | ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СИСТЕМНОМ ВАСКУЛИТЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | незначительном повышении СРБ |
|  | Б | | уменьшении в результате проводимого лечения индекс активности на 50% исходного |
|  | В | | клинические признаки заболевания (ВVAS до 5 баллов) |
|  | Г | | отсутствии признаков клинической активности и необходимости в терапии при нормальном уровне СРБ |
|  |  | |  |
| В | 299 | | ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | появление клинических признаков заболевания |
|  | Б | | вовлечение в воспалительный процесс жизнонно важных органов и систем |
|  | В | | повышение СРБ |
|  | Г | | нарушение функции почек |
|  |  | |  |
| В | 300 | | ПРОВЕДЕНИЕ АНГИОГРАФИИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ПОКАЗАНО ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ |
|  | А | | мелкого калибра |
|  | Б | | среднего или мелкого калибра |
|  | В | | крупного и среднего калибра |
|  | Г | | междолевых, дугообразных |
|  |  | |  |
| В | 301 | | ДЛЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ |
|  | А | | изолированный нефротический синдром |
|  | Б | | скудный мочевой синдром в виде микрогематурии |
|  | В | | возможность развития спонтанных (без терапии) ремиссий |
|  | Г | | быстро нарастающая почечная недостаточность при нормальных или увеличенных размерах почек |
|  |  | |  |
| В | 302 | | ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА - ЭТО |
|  | А | | удвоение уровня креатинина крови в первые 4-12 недель болезни |
|  | Б | | нарастающая протеинурия в первые 3-4 недели болезни |
|  | В | | нарастающая гематурия в первые 3-5 недель болезни |
|  | Г | | гипокомплементемия, развивающаяся в первые 2-4 недели болезни |
|  |  | |  |
| В | 303 | | БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
|  | А | | фокального сегментарного гломерулосклероза |
|  | Б | | экстракапиллярного гломерулонефрита |
|  | В | | амилоидоза почек |
|  | Г | | диабетической нефропатии |
|  |  | |  |
| В | 304 | | БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ |
|  | А | | склеродермии |
|  | Б | | геморрагического васкулита |
|  | В | | некротизирующих васкулитов |
|  | Г | | ревматоидного артрита |
|  |  | |  |
| В | 305 | | 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 | 306 | | ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ АНТИТЕЛЬНОМ ГН СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | наличие антител к ГБМ, отсутствие антинейтрофильных антител |
|  | Б | | наличие иммунных комплексов на ГБМ |
|  | В | | отсутствие антител к ГБМ |
|  | Г | | наличие антинейтрофильных цитоплазматических антител |
|  |  | |  |
| В | 307 | | 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 | 308 | | ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕФРИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ |
|  | А | | ультразвуковое исследование почек |
|  | Б | | сцинтиграфию почек |
|  | В | | пункционную биопсию почек |
|  | Г | | спиральную КТ с контрастированием |
|  |  | |  |
| В | 309 | | СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ AНЦA -АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ЭТО |
|  | А | | антиядерные антитела |
|  | Б | | антитела к протеину С |
|  | В | | антитела к протеиназе-3 и к миелопероксидазе |
|  | Г | | ревматоидный фактор |
|  |  | |  |
| В | 310 | | ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ |
|  | А | | иммунокомплексный |
|  | Б | | малоиммунный |
|  | В | | антительный |
|  | Г | | связан с мембран-атакующим комплексом |
|  |  | |  |
| В | 311 | | ТЕРАПИЯ ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ПРАВИЛО |
|  | А | | применение ритуксимаба противопоказано |
|  | Б | | применение кортикостероидов не эффективно |
|  | В | | назначение плазмафереза/плазмообмена при легочных кровотечениях |
|  | Г | | начинать терапию без морфологической верификации диагноза недопустимо |
|  |  | |  |
| В | 312 | | СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ |
|  | А | | системной красной волчанки |
|  | Б | | лекарственного нефрита |
|  | В | | хронического пиелонефрита |
|  | Г | | Гранулематоза Вегенера |
|  |  | |  |
| В | 313 | | К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОСС ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | миокардит |
|  | Б | | полинейропатия и множественные мононевриты |
|  | В | | гломерулонефрит |
|  | Г | | энтероколит |
|  |  | |  |
| В | 314 | | ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ РЕДКО ВЫЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | поражение легких |
|  | Б | | гематурия |
|  | В | | протеинурия |
|  | Г | | поражение почек |
|  |  | |  |
| В | 315 | | ИЗ ВАРИАНТОВ БПГН НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ПРИ |
|  | А | | эозинофильном гранулематозном полиангиите |
|  | Б | | Гранулематозе Вегенера |
|  | В | | АНЦА-негативном васкулите |
|  | Г | | АНЦА-позитивном васкулите |
|  |  | |  |
| В | 316 | | 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 | 317 | | СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ АНТИТЕЛЬНОГО БПГН ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | наличие антител к ГБМ, отсутствие антинейтрофильных антител |
|  | Б | | иммунные комплексы на ГБМ |
|  | В | | антинейтрофильные антитела |
|  | Г | | отсутствие антител к ГБМ |
|  |  | |  |
| В | 318 | | ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ |
|  | А | | Иценко-Кушинга |
|  | Б | | Альпорта |
|  | В | | Гудпасчера |
|  | Г | | Киммельстиля-Уильсона |
|  |  | |  |
| В | 319 | | В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ |
|  | А | | противовирусные препараты |
|  | Б | | только кортикостероиды |
|  | В | | только цитостатики |
|  | Г | | плазмаферез, кортикостероиды, цитостатики |
|  |  | |  |
| В | 320 | | ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ АНТИ-ГБМ ВАСКУЛИТЕ ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | легочное кровотечение |
|  | Б | | абсцедирующая пневмония |
|  | В | | отек легких |
|  | Г | | бронхиальная астма |
|  |  | |  |
| В | 321 | | АНТИТЕЛА К АНТИГЕНУ ГУДПАСЧЕРА НАХОДЯТСЯ В КРОВОТОКЕ, КАК ПРАВИЛО, В ТЕЧЕНИЕ |
|  | А | | 1-2 месяцев |
|  | Б | | 2 недель |
|  | В | | полугода |
|  | Г | | нескольких лет |
|  |  | |  |
| В | 322 | | СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ГРУППЕ |
|  | А | | женщин детородного возраста |
|  | Б | | молодых мужчин |
|  | В | | женщин постменопаузального возраста |
|  | Г | | пациентов старшего возраста обоего пола |
|  |  | |  |
| В | 323 | | 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 | 324 | | ПУРПУРА ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ |
|  | А | | до 20 лет |
|  | Б | | 20 - 40 лет |
|  | В | | 40 - 60 лет |
|  | Г | | старше 60 лет |
|  |  | |  |
| В | 325 | | ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПУРПУРОЙ ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | Ig-A нефропатия |
|  | Б | | минимальные изменения |
|  | В | | фокально-сегментарный гломерулосклероз |
|  | Г | | мембрано-пролиферативный гломерулонефрит |
|  |  | |  |
| В | 326 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЯЙН-ГЕНОХА ЭТО |
|  | А | | гепатоспленомегалия |
|  | Б | | пурпура, артралгии, абдоминальный синдром |
|  | В | | поражение верхних дыхательных путей |
|  | Г | | воспаление глаз |
|  |  | |  |
| В | 327 | | ДЛЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНЫ МОФРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ |
|  | А | | мезангиальная пролиферация |
|  | Б | | субэпителиальные ± субэндотелиальные и мезангиальные депозиты всех классов иммуноглобулинов |
|  | В | | сегментарный некротизирующийгломерулит |
|  | Г | | фибриноидный некроз |
|  |  | |  |
| В | 328 | | ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СКВ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ |
|  | А | | нормализацией уровня АД |
|  | Б | | увеличением выраженности экстраренальных проявлений |
|  | В | | повышением лабораторных признаков активности СКВ |
|  | Г | | уменьшением выраженности экстраренальных проявлений, снижением лабораторных признаков активности СКВ |
|  |  | |  |
| В | 329 | | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | в в дебюте заболевания |
|  | Б | | в период от 5 до 10 лет от начала заболевания |
|  | В | | течение первых 5 лет заболевания |
|  | Г | | в позднюю стадию заболевания при длительности свыше 10 лет |
|  |  | |  |
| В | 330 | | СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ |
|  | А | | лица пожилого возраста |
|  | Б | | дети в возрасте до 7 лет |
|  | В | | мужчины старше 50 лет |
|  | Г | | женщины детородного возраста |
|  |  | |  |
| В | 331 | | ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ |
|  | А | | 15% |
|  | Б | | 70% |
|  | В | | 25% |
|  | Г | | 50% |
|  |  | |  |
| В | 332 | | ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | развитие нефрита в первые 3-6 мес от начала болезни |
|  | Б | | дискоидная сыпь |
|  | В | | фотосенсибилизация |
|  | Г | | иммунологические нарушения |
|  |  | |  |
| В | 333 | | НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ |
|  | А | | III класса |
|  | Б | | IV класса |
|  | В | | V класса |
|  | Г | | VI класса |
|  |  | |  |
| В | 334 | | ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ |
|  | А | | повышенный уровень С3 и С4 компонентов комплемента |
|  | Б | | высокий титр IgM РФ |
|  | В | | повышенные титры антител к ДНК, повышенные титры антиядерных антител |
|  | Г | | лейкоцитоз |
|  |  | |  |
| В | 335 | | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА В ОСНОВНОМ ПРИМЕНЯЮТ |
|  | А | | иммуностимуляторы |
|  | Б | | антибиотики |
|  | В | | стероиды и цитостатики |
|  | Г | | НПВП |
|  |  | |  |
| В | 336 | | ТЕРАПИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ |
|  | А | | гидроксихлорохина вне зависимости от класса волчаночного нефрита |
|  | Б | | гидроксихлорохина только при наличии антифосфолипидных антител |
|  | В | | иммуносупрессивной терапия вне зависимости от выраженности внепочечных проявлений |
|  | Г | | бета-блокаторов в качестве нефропротективного средства |
|  |  | |  |
| В | 337 | | ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СКВ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | железодефицитную анемию, лейкоцитоз |
|  | Б | | гемолитическую анемию, лейкопению, тромбоцитопению |
|  | В | | эритроцитоз |
|  | Г | | лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, эозинофилию |
|  |  | |  |
| В | 338 | | ПРИ СКВ БИОПСИЯ ПОЧКИ ПОКАЗАНА |
|  | А | | только пациентам с нефротическим синдромом |
|  | Б | | пациентам с остронефритическим синдромом |
|  | В | | всем пациентам с любыми признаками поражения почек |
|  | Г | | только пациентам с нарушением функции почек |
|  |  | |  |
| В | 339 | | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ БОЛЬНЫХ |
|  | А | | гемофилией |
|  | Б | | хроническим алкоголизмом |
|  | В | | на гемодиализе с центральным венозным катетером |
|  | Г | | хроническим пиелонефритом |
|  |  | |  |
| В | 340 | | ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | героиновых наркоманов и ВИЧ-инфицированных |
|  | Б | | пациентов с туберкулёзом |
|  | В | | наличие ХБП |
|  | Г | | атеросклероз коронарных артерий |
|  |  | |  |
| В | 341 | | ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ |
|  | А | | антибактериальной терапии только в сочетании с кортикостероидами |
|  | Б | | антибактериальных препаратов только после идентификации возбудителя |
|  | В | | НПВС в сочетании с пенициллинами |
|  | Г | | антибактериальных препаратов широкого спектра действия внутривенно в высоких дозах |
|  |  | |  |
| В | 342 | | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 8-10 недель |
|  | Б | | 2-4 недели |
|  | В | | 4-6 недель |
|  | Г | | более 10 недель |
|  |  | |  |
| В | 343 | | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО НЕФРИТА ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | изолированный мочевой синдром |
|  | Б | | изолированный нефротический синдром |
|  | В | | нефротический синдром с выраженной артериальной гипертензией |
|  | Г | | макрогематурию |
|  |  | |  |
| В | 344 | | ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | протеинурия более 2 г/л |
|  | Б | | снижение концентрации натрия в крови и в суточной моче с быстрым ростом креатинина сыворотки крови |
|  | В | | нарастающий холестаз |
|  | Г | | изолированный асцит |
|  |  | |  |
| В | 345 | | ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА МЕТОДЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ |
|  | А | | альбуминовый диализ |
|  | Б | | стандартный интермиттирующий гемодиализ |
|  | В | | перитонеальный диализ |
|  | Г | | трансплантация почки |
|  |  | |  |
| В | 346 | | ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | отеки |
|  | Б | | гиперпротеинемия |
|  | В | | лейкоцитурия |
|  | Г | | протеинурия |
|  |  | |  |
| В | 347 | | ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | возникновение АГ и протеинурии на сроке после 12 нед беременности |
|  | Б | | возникновение АГ и протеинурии на сроке после 20 нед беременности |
|  | В | | угроза выкидыша |
|  | Г | | появление отеков |
|  |  | |  |
| В | 348 | | У ЖЕНЩИН С ХБП НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА АССОЦИИРОВАН С ПОВЫШЕНИЕМ КРЕАТИНИНА КРОВИ СВЫШЕ |
|  | А | | 130 мкмоль/л |
|  | Б | | 220 мкмоль/л |
|  | В | | 310 мкмоль/л |
|  | Г | | 400 мкмоль/л |
|  |  | |  |
| В | 349 | | ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ ЗАДЕРЖКА |
|  | А | | уратов |
|  | Б | | калия |
|  | В | | натрия, жидкости |
|  | Г | | креатинина |
|  |  | |  |
| В | 350 | | АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА, ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | блокаторы кальциевых каналов |
|  | Б | | допегит |
|  | В | | блокаторы α- и β-адренорецепторов |
|  | Г | | ингибиторы АПФ |
|  |  | |  |
|  |  | | **Тубулоинтерстициальные заболевания почек** |
|  |  | |  |
| В | 351 | | ПИЕЛОНЕФРИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ |
|  | А | | бактериальное воспаление мочевыводящих путей без признаков поражения почек |
|  | Б | | абактериальное воспаление тубулоинтерстициальной ткани |
|  | В | | неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почек и чашечно-лоханочной системы |
|  | Г | | абактериальный тубулоинтерстициальный нефрит |
|  |  | |  |
| В | 352 | | ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ |
|  | А | | охлаждение |
|  | Б | | нарушение пассажа мочи |
|  | В | | перегревание |
|  | Г | | цистит |
|  |  | |  |
| В | 353 | | ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ |
|  | А | | массивная протеинурия свыше 3,5 г/сут |
|  | Б | | макрогематурия в сочетании с постоянной болью в поясничной области |
|  | В | | бактериурия, лейкоцитурия, лейкоцитарные цилиндры |
|  | Г | | боль в поясничной области при движении |
|  |  | |  |
| В | 354 | | ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК |
|  | А | | первичный |
|  | Б | | необструктивный |
|  | В | | с нарушением функционального состояния |
|  | Г | | обструктивный |
|  |  | |  |
| В | 355 | | ПРИ ДОСТАТОЧНОМ ПАССАЖЕ МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | вторичным |
|  | Б | | обструктивным |
|  | В | | осложненным |
|  | Г | | первичным |
|  |  | |  |
| В | 356 | | НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА |
|  | А | | зависит от возбудителя |
|  | Б | | не характерен |
|  | В | | высокоспецифичен |
|  | Г | | характерен |
|  |  | |  |
| В | 357 | | ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ СБОРЕ МОЧИ СЧИТАЕТСЯ, ЕСЛИ ПРИСУТСТВУЕТ |
|  | А | | любое количество микроорганизмов |
|  | Б | | 10.000 микробных тел в 1 мл мочи |
|  | В | | 100.000 микробных тел в 1 мл мочи |
|  | Г | | наличие микст-флоры |
|  |  | |  |
| В | 358 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | S. Saprophyticus |
|  | Б | | E. Coli |
|  | В | | P. Mirabilis |
|  | Г | | Chlamydiatrachomatis |
|  |  | |  |
| В | 359 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА |
|  | А | | кишечная палочка |
|  | Б | | энтерококк |
|  | В | | стафилокок |
|  | Г | | синегнойная палочка |
|  |  | |  |
| В | 360 | | ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | различия в заболеваемости мужчин и женщин несущественны |
|  | Б | | женщины молодого и среднего возраста болеют чаще мужчин |
|  | В | | с возрастом учащаются односторонние формы пиелонефрита |
|  | Г | | значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек |
|  |  | |  |
| В | 361 | | НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ |
|  | А | | сахарном диабете |
|  | Б | | беременности |
|  | В | | остром цистите у небеременных женщин |
|  | Г | | почечнокаменной болезни |
|  |  | |  |
| В | 362 | | НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ |
|  | А | | отрицательном результате посева мочи |
|  | Б | | транзиторной лейкоцитурии |
|  | В | | протеинурии менее 1,0 г/л |
|  | Г | | остром пиелонефрите у молодых женщин |
|  |  | |  |
| В | 363 | | ПОД ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОНИМАЮТ РЕЦИДИВ ИНФЕКЦИИ |
|  | А | | из очага инфекции вне мочевого тракта |
|  | Б | | с другим видом возбудителя |
|  | В | | с тем же возбудителем из того же очага инфекции в мочеполовом тракте |
|  | Г | | частое возникновение ИМП |
|  |  | |  |
| В | 364 | | ОСЛОЖНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ |
|  | А | | пиелонефрите беременных |
|  | Б | | цистите у молодых женщин |
|  | В | | остром пиелонефрите у молодых женщин |
|  | Г | | стойкой лейкоцитурии |
|  |  | |  |
| В | 365 | | ОСЛОЖНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ |
|  | А | | тиреотоксикозе |
|  | Б | | анатомических аномалиях мочевых путей |
|  | В | | диетической погрешности |
|  | Г | | отсутствии нарушений оттока мочи |
|  |  | |  |
| В | 366 | | ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ |
|  | А | | больным сахарным диабетом |
|  | Б | | во всех выявленных случаях |
|  | В | | беременным женщинам |
|  | Г | | больным с почечной недостаточностью |
|  |  | |  |
| В | 367 | | 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 | 368 | | ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА |
|  | А | | ограничивается |
|  | Б | | повышается |
|  | В | | исключается |
|  | Г | | облигатно внутривенно |
|  |  | |  |
| В | 369 | | В ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ |
|  | А | | антиаггреганты |
|  | Б | | мочегонные средства |
|  | В | | антибиотики |
|  | Г | | НПВП |
|  |  | |  |
| В | 370 | | В АКТИВНУЮ СТАДИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ |
|  | А | | УЗИ почек |
|  | Б | | нефробиопсии |
|  | В | | микционнойцистограммы |
|  | Г | | аллергопроб |
|  |  | |  |
| В | 371 | | В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА МОЖНО НАЗНАЧАТЬ |
|  | А | | фурагин |
|  | Б | | тетрациклины |
|  | В | | фторхинолоны |
|  | Г | | полусинтетические пенициллины |
|  |  | |  |
| В | 372 | | К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ |
|  | А | | фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин) н) |
|  | Б | | пероральные цефалоспорины II–III поколения (цефотаксим, цефиксим, цефтибуте |
|  | В | | гентамицин (±ампициллин) |
|  | Г | | макролиды (кларитромицин, клацид, сумамед) |
|  |  | |  |
| В | 373 | | ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НЕОБХОДИМО |
|  | А | | проведение фитотерапии |
|  | Б | | проведение эмпирической монотерапии аминопенициллинами (ампициллин, амоксициллин) |
|  | В | | проведение эмпирической монотерапии монуралом |
|  | Г | | восстановление уродинамики |
|  |  | |  |
| В | 374 | | ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ |
|  | А | | уменьшение диуреза |
|  | Б | | увеличение относительной плотности мочи |
|  | В | | снижение относительной плотности мочи |
|  | Г | | макрогематурия |
|  |  | |  |
| В | 375 | | ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ |
|  | А | | величина протеинурии |
|  | Б | | изолированная лейкоцитурия |
|  | В | | ассиметричное поражение почек по данным визуализирующих методов исследования |
|  | Г | | наличие дисморфных эритроцитов |
|  |  | |  |
| В | 376 | | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 14-20 дней |
|  | Б | | 10-14 дней |
|  | В | | 7-10 дней |
|  | Г | | 3-5 дней |
|  |  | |  |
| В | 377 | | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ |
|  | А | | не менее 14 дней |
|  | Б | | не более 7 дней |
|  | В | | 14-21 день |
|  | Г | | не менее 28 дней |
|  |  | |  |
| В | 378 | | К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ |
|  | А | | поддиафрагмальный абсцесс |
|  | Б | | паранефрит |
|  | В | | анафилактический шок |
|  | Г | | перитонит |
|  |  | |  |
| В | 379 | | ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | макрогематурия |
|  | Б | | дистопия почки |
|  | В | | нефрогенная артериальная гипертензия |
|  | Г | | почечно-кишечный свищ |
|  |  | |  |
| В | 380 | | К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДЯТ |
|  | А | | НПВС |
|  | Б | | гипотензивные средства |
|  | В | | диуретики |
|  | Г | | сердечные гликозиды |
|  |  | |  |
| В | 381 | | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ |
|  | А | | гипотензивных |
|  | Б | | бронхолитиков |
|  | В | | железосодержащих |
|  | Г | | антибиотиков |
|  |  | |  |
| В | 382 | | ДЛЯ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ |
|  | А | | макрогематурии |
|  | Б | | массивной лейкоцитурии |
|  | В | | ОПП |
|  | Г | | протеинурии более 10 г/л |
|  |  | |  |
| В | 383 | | ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРИ ОСТРОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | креатинин крови 140-170 мкмоль/л |
|  | Б | | микрогематурия |
|  | В | | длительность ОПП более 8 недель |
|  | Г | | наличие внепочечных аллергических проявлений |
|  |  | |  |
| В | 384 | | ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО НЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ |
|  | А | | ГКС |
|  | Б | | НПВС |
|  | В | | цитостатики |
|  | Г | | антигистаминовые препараты |
|  |  | |  |
| В | 385 | | НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | отеки, артериальная гипертензия, альбуминурия |
|  | Б | | полиурия, полидипсия, анемия, изостенурия |
|  | В | | полиурия, субфебриллитет, значимая бактериурия |
|  | Г | | умеренная протеинурия, гематурия |
|  |  | |  |
| В | 386 | | СИНДРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА – УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ |
|  | А | | идиопатическим |
|  | Б | | вирусной этиологии |
|  | В | | паразитарной этиологии |
|  | Г | | лекарственной этиологии |
|  |  | |  |
| В | 387 | | СИНДРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА – УВЕИТА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У |
|  | А | | пожилых мужчин |
|  | Б | | пожилых женщин |
|  | В | | мальчиков-подростков |
|  | Г | | детей |
|  |  | |  |
| В | 388 | | КРИТЕРИЯМИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | появление протеинурии более 2 г/л |
|  | Б | | контроль АД иАПФ в сочетании с БРА |
|  | В | | резистентность к многокомпонентной гипотензивной терапии |
|  | Г | | наличие ожирения у большинства пациентов |
|  |  | |  |
| В | 389 | | КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ |
|  | А | | развитие в возрасте до 40 лет |
|  | Б | | гиперальдостеронизм (гипокалиемия, гипокалиемический алкалоз) |
|  | В | | болеют преимущественно женщины |
|  | Г | | поражение только ствола почечной артерии |
|  |  | |  |
| В | 390 | | НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АГ ОБЛАДАЕТ |
|  | А | | Рентгеноконтрастная мультиспиральная компьютерная томография |
|  | Б | | дуплексная ультразвуковая допплерография (УЗДГ) с пробой с каптоприлом |
|  | В | | экскреторная урография |
|  | Г | | биопсия почки |
|  |  | |  |
| В | 391 | | ЭФФЕКТИВНЫМИ И БЕЗОПАСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ИБП С ДВУСТОРОННИМ СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ |
|  | А | | блокаторы рецепторов ангиотензина |
|  | Б | | ингибиторы АПФ |
|  | В | | антагонисты кальция II-III поколения |
|  | Г | | петлевые диуретики |
|  |  | |  |
| В | 392 | | ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СЧИТАЮТ СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ\_\_% ОТ ЕЕ ДИАМЕТРА ПРИ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ АНГИОГРАММЫ |
|  | А | | более 25 |
|  | Б | | 40-50 |
|  | В | | более 35 |
|  | Г | | более 70 |
|  |  | |  |
| В | 393 | | ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ |
|  | А | | хронического гломерулонефрита |
|  | Б | | атеросклеротической реноваскулярной болезни |
|  | В | | тубулоинтерстициального нефрита |
|  | Г | | рецидивирующего пиелонефрита |
|  |  | |  |
| В | 394 | | ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | сердечная недостаточность |
|  | Б | | повышение АД |
|  | В | | прогрессирующе снижение СКФ при установленном стенозе почечной артерии |
|  | Г | | гиперлипидемия |
|  |  | |  |
| В | 395 | | ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК |
|  | А | | системный васкулит |
|  | Б | | гипертоническая болезнь |
|  | В | | подагра |
|  | Г | | генерализованный атеросклероз, высокоградуированный стеноз почечных артерий |
|  |  | |  |
| В | 396 | | ПРОТИВОПОКАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ИАПФ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | резкое падение СКФ (>50% от исходного уровня) в ответ на назначение иАПФ или БРА в анамнезе |
|  | Б | | ХБП 1-3 стадий |
|  | В | | сердечная недостаточность |
|  | Г | | постинфарктный кардиосклероз |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | | **Обменные нефропатии** |
|  |  | |  |
| В | 397 | | НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ НАТОЩАК (ммоль/л) СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 3,8-6,7 |
|  | Б | | 3,3-5,5 |
|  | В | | 2,7-6,5 |
|  | Г | | 6,2-9,3 |
|  |  | |  |
| В | 398 | | ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ: |
|  | А | | глюкозы в моче |
|  | Б | | глюкозы в крови |
|  | В | | гликозилированного гемоглобина |
|  | Г | | креатинина крови |
|  |  | |  |
| В | 399 | | НА НЕДИАБЕТИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОГУТ УКАЗЫВАТЬ |
|  | А | | повышение креатинина сыворотки |
|  | Б | | протеинурия более 2 г/сутки |
|  | В | | большие размеры почки при УЗИ |
|  | Г | | измененные эритроциты, акантоциты в осадке мочи |
|  |  | |  |
| В | 400 | | ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | микроальбуминурия |
|  | Б | | микрогематурия |
|  | В | | кристаллурия |
|  | Г | | глюкозурия |
|  |  | |  |
| В | 401 | | ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ |
|  | А | | протеинурии |
|  | Б | | микроальбуминурии |
|  | В | | гиперфильтрации |
|  | Г | | снижения функции почек |
|  |  | |  |
| В | 402 | | ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОДИТСЯ К |
|  | А | | назначению инсулина |
|  | Б | | коррекции гипертонии |
|  | В | | контролю уровня гликемии |
|  | Г | | назначению малобелковой диеты |
|  |  | |  |
| В | 403 | | ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ И ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО |
|  | А | | дробное введение инсулина |
|  | Б | | введение пролонгированного инсулина |
|  | В | | сочетание пролонгированного инсулина с дробным его введением |
|  | Г | | применение метформина |
|  |  | |  |
| В | 404 | | У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С ТХБП ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ |
|  | А | | гемодиафильтрации |
|  | Б | | хронического гемодиализа |
|  | В | | трансплантации почки |
|  | Г | | перитонеального диализа |
|  |  | |  |
| В | 405 | | ФАКТОРОМ РИСКА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ СД ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | нейрогенная дисфункция мочевого пузыря |
|  | Б | | ишемическая болезнь почек |
|  | В | | гипоренинемическийгипоальдостеронизм |
|  | Г | | гломерулопатии |
|  |  | |  |
| В | 406 | | ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ, ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | большой объем мочи |
|  | Б | | диету с высоким содержанием животного белка и соли |
|  | В | | изменение содержания магния |
|  | Г | | нормальный уровень цитрата |
|  |  | |  |
| В | 407 | | ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ УРАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА |
|  | А | | глюкозурия |
|  | Б | | защелачивание мочи |
|  | В | | полиурия |
|  | Г | | закисление мочи |
|  |  | |  |
| В | 408 | | ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В6 В ПИЩЕ И ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ |
|  | А | | фосфатов |
|  | Б | | оксалатов |
|  | В | | уратов |
|  | Г | | цистиновых |
|  |  | |  |
| В | 409 | | РАСТВОРИМОСТЬ УРАТОВ |
|  | А | | при кислых значениях рН мочи повышается |
|  | Б | | при щелочных значениях рН мочи снижается |
|  | В | | при щелочных значениях рН мочи повышается |
|  | Г | | одинакова при любых значениях рН мочи |
|  |  | |  |
| В | 410 | | ОСТРАЯ МОЧЕКИСЛАЯ НЕФРОПАТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ |
|  | А | | дефиците фолиевой кислоты |
|  | Б | | применении диуретиков |
|  | В | | применении цитостатиков |
|  | Г | | применении глюкокортикостероидов |
|  |  | |  |
| В | 411 | | ОСТРАЯ МОЧЕКИСЛАЯ НЕФРОПАТИЯ |
|  | А | | характеризуется нормальным уровенем креатинина в сыворотке |
|  | Б | | не сопровождается приступом почечной колики |
|  | В | | не сопровождается дизурией |
|  | Г | | манифестирует внезапной олигурией, выделением мочи красно-бурого цвета |
|  |  | |  |
| В | 412 | | РАСТВОРИМОСТЬ ФОСФАТОВ |
|  | А | | повышается при кислых значениях мочи |
|  | Б | | снижается при кислых значениях мочи |
|  | В | | повышается при щелочных значениях мочи |
|  | Г | | не зависит от рН мочи |
|  |  | |  |
| В | 413 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | регулярное использование слабительных средств |
|  | Б | | длительное злоупотребление салуретиками |
|  | В | | применение блокаторов РААС |
|  | Г | | антибактериальные препараты |
|  |  | |  |
| В | 414 | | АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | гломерулонефрите |
|  | Б | | остеоартрозе |
|  | В | | ревматоидном артрите |
|  | Г | | хроническом пиелонефрите |
|  |  | |  |
| В | 415 | | АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | миеломной болезни |
|  | Б | | псориатическом артрите |
|  | В | | узелковом периартериите |
|  | Г | | системной красной волчанке |
|  |  | |  |
| В | 416 | | ПРОЯВЛЕНИЯМИ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | наличие выраженной протеинурии и упорной гипотонии |
|  | Б | | быстропрогрессирующая почечная недостаточность |
|  | В | | кожные высыпания |
|  | Г | | макрогематурия |
|  |  | |  |
| В | 417 | | В ПАТОГЕНЕЗЕ АМИЛОИДОЗА ЛЮБОГО ТИПА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ |
|  | А | | наследственным факторам |
|  | Б | | иммунологической реактивности организма |
|  | В | | гиперпродукции белка-предшественника |
|  | Г | | географическому региону проживания |
|  |  | |  |
| В | 418 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АМИЛОИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ |
|  | А | | старше 60 лет |
|  | Б | | от 5 до 20 лет |
|  | В | | от 20 до 40 лет |
|  | Г | | от 40 до 60 лет |
|  |  | |  |
| В | 419 | | АА-АМИЛОДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ |
|  | А | | β2-мигроглобулинемии |
|  | Б | | гиперпродукции тяжелых цепей иммуноглобулинов |
|  | В | | хронического воспалительного заболевания |
|  | Г | | множественной миеломы |
|  |  | |  |
| В | 420 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА АМИЛОИДОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ |
|  | А | | воспалительные заболевания кишечника |
|  | Б | | семейная средиземноморская лихорадка |
|  | В | | системная красная волчанка |
|  | Г | | хронические гнойные заболевания |
|  |  | |  |
| В | 421 | | БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ |
|  | А | | моноклональные легкие цепи κ или λ |
|  | Б | | моноклональные тяжелые цепи γ |
|  | В | | моноклональные тяжелые цепи µ |
|  | Г | | моноклональный иммуноглобулин G |
|  |  | |  |
| В | 422 | | ПОД ТЕРМИНОМ "МИЕЛОМНАЯ ПОЧКА" ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ |
|  | А | | амилоидоз |
|  | Б | | гиперкальциемия с нефрокальцинозом |
|  | В | | цилиндровая нефропатия |
|  | Г | | инфильтрация почки плазматическими клетками |
|  |  | |  |
| В | 423 | | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ПОРАЖАЮТСЯ |
|  | А | | диафизы трубчатых костей |
|  | Б | | трубчатые кости |
|  | В | | смешанные кости |
|  | Г | | плоские кости |
|  |  | |  |
| В | 424 | | ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | системность поражения |
|  | Б | | нефротический синдром |
|  | В | | секреция моноклональных легких цепей, выявляемая при иммунохимическом исследовании крови и мочи |
|  | Г | | клубочковый характер протеинурии |
|  |  | |  |
| В | 425 | | ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОПП ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | гипергидратация |
|  | Б | | гиперкальциемия |
|  | В | | поражение костей |
|  | Г | | гипокалиемия |
|  |  | |  |
|  |  | | **Хроническая болезнь почек** |
|  |  | |  |
| В | 426 | | ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ |
|  | А | | изолированной лейкоцитурии в утреннем анализе мочи |
|  | Б | | изолированной АГ и уровне КФ от 60 до 90 мл/мин |
|  | В | | нормальном уровне СКФ и присутствии в моче кристаллов оксалатов |
|  | Г | | снижении КФ менее 60 мл/мин, сохраняющейся в течение более 3мес вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек |
|  |  | |  |
| В | 427 | | БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИЗНАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ ЕЕ ПРИЗНАКИ |
|  | А | | прослеживаются в течение более 3 месяцев |
|  | Б | | выявлены в течение последних 2 месяцев |
|  | В | | были дебютом ОПП, которое не разрешилось в течение 4 недель |
|  | Г | | проявляются острым нефритическим синдромом на фоне предшествующей многолетней АГ |
|  |  | |  |
| В | 428 | | ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | малобелковая диета |
|  | Б | | сахарный диабет |
|  | В | | занятия спортом |
|  | Г | | бронхиальная астма |
|  |  | |  |
| В | 429 | | ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | возраст до 40 лет |
|  | Б | | физические перегрузки |
|  | В | | метаболический синдром, ожирение |
|  | Г | | избыточный прием жидкости |
|  |  | |  |
| В | 430 | | ОЦЕНКА СТАДИИ ХБП ОСНОВАНА НА |
|  | А | | уровне протеинурии |
|  | Б | | величине СКФ как интегрального показателя почечной функции |
|  | В | | способности почки к осмотическому концентрированию мочи |
|  | Г | | наличию/ отсутствию полиурии |
|  |  | |  |
| В | 431 | | 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 | 432 | | ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХБП ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ |
|  | А | | СКФ менее 60 мл/мин/1,73м2 |
|  | Б | | СКФ 60-90мл/мин/1,73м2 |
|  | В | | после начала лечения гемодиализом |
|  | Г | | многолетней диализной терапии |
|  |  | |  |
| В | 433 | | СРЕДИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП ВЫДЕЛЯЮТ |
|  | А | | гиперхолестеринемию |
|  | Б | | нарушения проницаемости сосудистой стенки |
|  | В | | иммунокомплексное повреждение |
|  | Г | | внутриклубочковую гипертензию |
|  |  | |  |
| В | 434 | | РАСЧЕТНЫЕ ФОРМУЛЫ СКФ ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ |
|  | А | | циррозе печени |
|  | Б | | наличии нефротического синдрома |
|  | В | | значительном уменьшении мышечной массы |
|  | Г | | применении ингибиторов АПФ |
|  |  | |  |
| В | 435 | | РАСЧЕТНЫЕ ФОРМУЛЫ СКФ ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ |
|  | А | | хроническом повреждении почек |
|  | Б | | анемии |
|  | В | | беременности |
|  | Г | | системных васкулитах |
|  |  | |  |
| В | 436 | | ОСНОВУ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЮТ ПРЕПАРАТЫ |
|  | А | | периферические вазодилататоры |
|  | Б | | тиазидные диуретики |
|  | В | | бета-адреноблокаторы |
|  | Г | | блокаторы ренин-ангиотензивной системы |
|  |  | |  |
| В | 437 | | УСТАНОВЛЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | вторичная подагра |
|  | Б | | нарушения минерального и костного метаболизма |
|  | В | | большая междиализная прибавка в весе |
|  | Г | | депрессия |
|  |  | |  |
| В | 438 | | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ |
|  | А | | системного АД и тонуса приводящей артериолы |
|  | Б | | системного АД и тонуса отводящей артериолы |
|  | В | | гиперхолестеринемии |
|  | Г | | уровня гипергомоцистеинемии |
|  |  | |  |
| В | 439 | | НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РААС ОБУСЛОВЛЕНО СНИЖЕНИЕМ |
|  | А | | массы тела |
|  | Б | | эритроцитурии |
|  | В | | альбуминурии/протеинурии |
|  | Г | | выраженности периферических отеков |
|  |  | |  |
| В | 440 | | ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИАПФ МОЖЕТ РАЗВИВИТЬСЯ В СЛУЧАЯХ |
|  | А | | комбинации иАПФ с БРА у лиц старческого возраста |
|  | Б | | комбинации иАПФ с салуретиками у лиц молодого возраста |
|  | В | | одностороннего стеноза почечных артерий |
|  | Г | | застойной сердечной недостаточности |
|  |  | |  |
| В | 441 | | МАЛОБЕЛКОВУЮ ДИЕТУ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХБП В СТАДИИ |
|  | А | | 2 |
|  | Б | | 3б - 5 |
|  | В | | ЗПТ гемодиализом |
|  | Г | | ЗПТ перитонеальным диализом |
|  |  | |  |
| В | 442 | | ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ АЗОТИСТОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП НА ФОНЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА НАЗНАЧАЮТ |
|  | А | | незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги |
|  | Б | | витамины группы В |
|  | В | | омега 3 и омега 6 жирные кислоты |
|  | Г | | ресвератрол |
|  |  | |  |
| В | 443 | | ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ СТАНОВИТСЯ КЛИНИЧЕСКИ ОЧЕВИДНОЙ ПРИ ХБП В СТАДИИ |
|  | А | | дительного пребывания на диализе |
|  | Б | | 2 |
|  | В | | 3 |
|  | Г | | 4 |
|  |  | |  |
| В | 444 | | ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ ХБП ХАРАКТЕРНО |
|  | А | | отсутствие нарушения вибрационной чувствительности, парестезий, синдрома "беспокойных ног" |
|  | Б | | верхние конечности поражаются в большей степени, так же как и дистальные отделы конечностей |
|  | В | | первой нарушается вибрационная чувствительность, позже возникает поражение двигательных нервов |
|  | Г | | отсутствие парезов конечностей в тяжелых случаях |
|  |  | |  |
| В | 445 | | ХАРАКТЕРНАЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХПН ОБУСЛОВЛЕНА |
|  | А | | нарушением обмена железа с отложением урохромов и меланина |
|  | Б | | алюминиевой интоксикацией с отложением деферроксалиновых комплексов алюминия |
|  | В | | цинковой интоксикации |
|  | Г | | длительно существующим кожным зудом |
|  |  | |  |
| В | 446 | | ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПАДА СОБСТВЕННОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХПН КАЛОРИЙНОСТЬ ДИЕТЫ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (ккал) |
|  | А | | 12-18 |
|  | Б | | 18-22 |
|  | В | | 22-25 |
|  | Г | | 30-35 |
|  |  | |  |
| В | 447 | | У БОЛЬНЫХ С ХБП 3-5 ДОДИАЛИЗНЫХ СТАДИЙ РЕКОМЕНДУЕМОЕ СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА (Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 0,6-0,3 |
|  | Б | | 0,8-0,6 |
|  | В | | 0,8-1,1 |
|  | Г | | 1,2-1.3 |
|  |  | |  |
| В | 448 | | РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ТХПН ОПРЕДЕЛЯЕТ |
|  | А | | снижение X фактора |
|  | Б | | снижение протромбина |
|  | В | | тромбоцитопатия |
|  | Г | | снижение фактора IV, тромбоцитов |
|  |  | |  |
| В | 449 | | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (г/л) У ПАЦИЕНТОВ С ХБП |
|  | А | | 110-120 |
|  | Б | | 130-140 |
|  | В | | 120-130 |
|  | Г | | 100-110 |
|  |  | |  |
| В | 450 | | ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ АНЕМИИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА |
|  | А | | 70-80 г/л |
|  | Б | | менее 70 г/л |
|  | В | | снижается примерно на 20−40% от нормального уровня |
|  | Г | | снижается больше, чем на 20% от нормального показателя |
|  |  | |  |
| В | 451 | | ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ |
|  | А | | ферритина, насыщения ферритина |
|  | Б | | ферритина и гемоглобина |
|  | В | | железа, трансферрина, ферритина |
|  | Г | | железа и общей железосвязывающей способности |
|  |  | |  |
| В | 452 | | НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОДУКЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ |
|  | А | | содержания эритроцитов |
|  | Б | | ширины эритроцитометрической кривой |
|  | В | | количества тромбоцитов |
|  | Г | | ретикулоцитов |
|  |  | |  |
| В | 453 | | О ДОСТАТОЧНОСТИ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ HB НА УРОВНЕ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ |
|  | А | | ферритин сыворотки крови более100 мкг/мл |
|  | Б | | ферритин сыворотки крови менее100 мкг/мл |
|  | В | | количество гипохромных эритроцитов более10% |
|  | Г | | насыщение трансферрина менее 20% |
|  |  | |  |
| В | 454 | | ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРРИТИНА И TSAT |
|  | А | | ферритин менее 500 пг/мл и TSAT более 30% |
|  | Б | | ферритин более 500 пг/мл и TSAT более 30% |
|  | В | | ферритин более 500 пг/мл и TSAT менее 20% |
|  | Г | | ферритин менее 100 пг/мл и TSAT более 50% |
|  |  | |  |
| В | 455 | | СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТРАНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ХБП СОСТАВЛЯЕТ |
|  | А | | 50 мг |
|  | Б | | 100 мг |
|  | В | | 200 мг |
|  | Г | | 500 мг |
|  |  | |  |
| В | 456 | | ГОДОВАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ |
|  | А | | 3г |
|  | Б | | 2г |
|  | В | | 1г |
|  | Г | | 0,5г |
|  |  | |  |
| В | 457 | | ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ У ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗНАЧАЮТ ПРИ УРОВНЕ HB МЕНЕЕ |
|  | А | | возрастной нормы |
|  | Б | | 90г/л |
|  | В | | 100 г/л |
|  | Г | | 110 г/л |
|  |  | |  |
| В | 458 | | ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | артериальная гипертензия |
|  | Б | | гирокалиемия |
|  | В | | снижение скорости клубочковой фильтрации |
|  | Г | | тромбоцитопения |
|  |  | |  |
| В | 459 | | ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА |
|  | А | | гемохроматоз |
|  | Б | | выраженная гипотония |
|  | В | | абсолютный дефицит железа |
|  | Г | | гиперкальциемия |
|  |  | |  |
| В | 460 | | ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ |
|  | А | | жировая дистрофия печени |
|  | Б | | кардиомиопатия с рефрактерной сердечной недостаточностью |
|  | В | | нервно-психические нарушения |
|  | Г | | сердцебиение, одышка при физическом усилии |
|  |  | |  |
| В | 461 | | ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЮТ |
|  | А | | жжение языка, извращение вкуса |
|  | Б | | развитие порока сердца |
|  | В | | гиперпигментацию кожи, упорные артралгии, развитие тугоподвижности суставов |
|  | Г | | нарушение ритма сердца |
|  |  | |  |
| В | 462 | | К ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЩИМ СРЕДСТВАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ |
|  | А | | эпоэтин альфа |
|  | Б | | дарбэпоэтин альфа |
|  | В | | метосксиполиэтиленгликольэпоэтин бета |
|  | Г | | сахарат железа |
|  |  | |  |
| В | 463 | | ДАРБОЭПОЭТИН АЛЬФА В ФАЗЕ КОРРЕКЦИИ ОБЫЧНО НАЗНАЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ |
|  | А | | 1 раз в 2 недели |
|  | Б | | 3 раза в неделю |
|  | В | | 1 раз в неделю |
|  | Г | | 1 раз в месяц |
|  |  | |  |
| В | 464 | | МЕТОКСИПОЛИЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ-ЭПОЭТИН БЕТА ВВОДИТСЯ В ФАЗЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ЧАСТОТОЙ |
|  | А | | 1 раз в 2 недели |
|  | Б | | 1 раз в месяц |
|  | В | | 1 раз в неделю |
|  | Г | | 3 раза в неделю |
|  |  | |  |
| В | 465 | | 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 | 466 | | ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПЕПАРАТИРЕОЗЕ НА ФОНЕ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ |
|  | А | | Гиперфосфатемия, гиперкальциемия |
|  | Б | | Гипофосфатемия, гиперкальциемия |
|  | В | | Гипофосфатемия, гипокальциемия |
|  | Г | | Гиперфосфатемия, гипокальциемия |
|  |  | |  |
| В | 467 | | ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОГО И КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | снижение реабсорбции фосфора |
|  | Б | | дефицит активной формы D-гормона |
|  | В | | снижение продукции кальцитонина |
|  | Г | | снижение продукции паратиреоидного гормона |
|  |  | |  |
| В | 468 | | НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ |
|  | А | | нарушение проводимости в нервно-мышечных синапсах на фоне гипокальциемии |
|  | Б | | гипопаратиреоз |
|  | В | | метастатическая кальцификация, включающая коронарные артерии и клапаны сердца |
|  | Г | | язвы ЖКТ |
|  |  | |  |
| В | 469 | | УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ РЕГУЛИРУЕТ ГОРМОН |
|  | А | | альдостерон |
|  | Б | | лептин |
|  | В | | тиреотропин |
|  | Г | | паратиреоидный |
|  |  | |  |
| В | 470 | | ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ХБП МОЖЕТ БЫТЬ |
|  | А | | аденома паращитовидной железы |
|  | Б | | вторичный гиперпаратиреоз |
|  | В | | недостаточность 1-альфа-гидроксилазы |
|  | Г | | избыток солнечного излучения |
|  |  | |  |
| В | 471 | | С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МКН-ХБП НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ С СКФ МЕНЕЕ |
|  | А | | 15 мл/мин |
|  | Б | | 30 мл/мин |
|  | В | | 60 мл/мин |
|  | Г | | 6 мл/мин |
|  |  | |  |
| В | 472 | | 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 | 473 | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА НА ДОДИАЛИЗНЫХ СТАДИЯХ ХБП ДОЛЖЕН БЫТЬ (NKF-KDOQI, 2017) | | |
|  | А | до 300 пг/л | | |
|  | Б | зависит от клинической ситуации | | |
|  | В | не менее 5 норм | | |
|  | Г | в пределах нормальных значений | | |
|  |  |  | | |
| В | 474 | * + - * ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА У ДИАЛИЗ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ (NKF-KDOQI, 2017)РАВЕН | | |
|  | А | * + - * 130-585пг/л | | |
|  | Б | * + - * 150-300 пг/л | | |
|  | В | * + - * 60-240 пг/л | | |
|  | Г | * + - * зависит от клинической ситуации | | |
|  |  |  | | |
| В | 475 | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ФОСФАТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ (ММОЛЬ/Л) ПРИ ВСЕХ СТАДИЯХ ХБП (NKF-KDOQI, 2017) РАВЕН | | |
|  | А | 1,49 -1,65 | | |
|  | Б | 0,87 -1,49 | | |
|  | В | 1,13 -1,78 | | |
|  | Г | 1,78 -2,0 | | |
|  |  |  | | |
| В | 476 | * + - * ДЕФИЦИТ НАТИВНОГО ВИТАМИНА D ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ЕГО УРОВНЕ В КРОВИ МЕНЕЕ | | |
|  | А | * + - * 40 нг/мл | | |
|  | Б | * + - * 20 нг/мл | | |
|  | В | 30 нг/мл | | |
|  | Г | * + - * 10 нг/мл | | |
|  |  |  | | |
| В | 477 | * + - * АДЕКВАТНОМУ УРОВНЮ НАТИВНОГО ВИТАМИНА D В КРОВИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЕЕ | | |
|  | А | 75 нг/мл | | |
|  | Б | 40 нг/мл | | |
|  | В | * + - * 50 нг/мл | | |
|  | Г | * + - * 30 нг/мл | | |
|  |  |  | | |
| В | 478 | АНТИПАРАТИРЕОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ ХБП ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ | | |
|  | А | * + - * Са-содержащих препаратов | | |
|  | Б | * + - * бифосфонатов и деносумаба | | |
|  | В | * + - * активных метаболитов витамина D и кальцимиметиков | | |
|  | Г | диализата с концентрацией кальция 1,75 ммль/л | | |
|  |  |  | | |
| В | 479 | К КАЛЬЦИМИМЕТИКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, ОТНОСИТСЯ | | |
|  | А | циннакальцет | | |
|  | Б | карбонат лантана | | |
|  | В | севеламер | | |
|  | Г | парикальцитол | | |
|  |  |  | | |
| В | 480 | * + - * ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИНАКАЛЬЦЕТОМ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ | | |
|  | А | * + - * гиперфосфатемия | | |
|  | Б | * + - * гиперкальциемия | | |
|  | В | гипокальциемия | | |
|  | Г | * + - * токсический гепатит | | |
|  |  |  | | |
| В | 481 | ПОКАЗАНИЕМ К ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В ТЕЧЕНИЕ | | |
|  | А | 3 мес | | |
|  | Б | 6 мес | | |
|  | В | 9 мес | | |
|  | Г | 1 года | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  | **Острое повреждение почек** | | |
|  |  |  | | |
| В | 482 | МОРФОЛОГИЧНСКИМ СУБСТРАТОМ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ | | |
|  | А | канальцев | | |
|  | Б | клубочков | | |
|  | В | мезангиальных клеток | | |
|  | Г | собирательных трубочек | | |
|  |  |  | | |
| В | 483 | ПРИЧИНАМИ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПП ЯВЛЯЮТСЯ СОСТОЯНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ | | |
|  | А | токсическим воздействием на почки | | |
|  | Б | нарушением оттока мочи на уровне канальцев | | |
|  | В | снижением ОЦК или сердечного выброса | | |
|  | Г | хирургической или травматической потерей единственной почки | | |
|  |  |  | | |
| В | 484 | ПРИЧИНАМИ РЕНАЛЬНОЙ ОПП ЯВЛЯЮТСЯ | | |
|  | А | блок оттока мочи на любом уровне | | |
|  | Б | заболевания почек или токсические воздействия на почки | | |
|  | В | снижение ОЦК или сердечного выброса | | |
|  | Г | хирургическая или травматическая потеря единственной почки | | |
|  |  |  | | |
| В | 485 | ПРИЧИНАМИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ОПП ЯВЛЯЕТСЯ | | |
|  | А | хирургическая или травматическая потеря единственной почки | | |
|  | Б | снижение ОЦК или сердечного выброса | | |
|  | В | блок оттока мочи на любом уровне | | |
|  | Г | заболевания почек или токсические воздействия на почки | | |
|  |  |  | | |
| В | 486 | ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВ | | |
|  | А | макролидов | | |
|  | Б | пенициллинов | | |
|  | В | аминогликозидов | | |
|  | Г | доксициклина | | |
|  |  |  | | |
| В | 487 | ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ВЫЗЫВАЕТСЯ | | |
|  | А | простейшими | | |
|  | Б | бактериями | | |
|  | В | грибами | | |
|  | Г | вирусами | | |
|  |  |  | | |
| В | 488 | ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ ПРОИСХОДИТ | | |
|  | А | при вдыхании высохших испражнений инфицированных грызунов | | |
|  | Б | через укус собаки | | |
|  | В | через укус грызуна | | |
|  | Г | от человека к человеку | | |
|  |  |  | | |
| В | 489 | НАПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ОПП СТОЯТ | | |
|  | А | сердечно-сосудистые катастрофы | | |
|  | Б | острые бактериальные инфекции | | |
|  | В | желудочно-кишечные кровотечения | | |
|  | Г | неврологические нарушения | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  | **Заместительная почечная терапия** | | |
|  |  |  | | |
| В | 490 | СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТХБН ВКЛЮЧАЮТ | | |
|  | А | гемодиализ | | |
|  | Б | гемосорбцию | | |
|  | В | плазмасорбцию | | |
|  | Г | аферез | | |
|  |  |  | | |
| В | 491 | СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТХБП ВКЛЮЧАЮТ | | |
|  | А | энтеросорбцию | | |
|  | Б | трансплантацию почки | | |
|  | В | изолированную ультрафильтрацию | | |
|  | Г | кишечный диализ | | |
|  |  |  | | |
| В | 492 | ПЛАНОВОЕ НАЧАЛО ЗПТ ПРИ ХБП У ПАЦИЕНТА, ПОСТОЯННО НАБЛЮДАЮЩЕГОСЯ У НЕФРОЛОГА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ПРИ СКФ | | |
|  | А | 20-25 мл/мин | | |
|  | Б | 10-15 мл/мин | | |
|  | В | 15-20 мл/мин | | |
|  | Г | 6-8 мл/мин | | |
|  |  |  | | |
| В | 493 | ИДЕАЛЬНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДМАДИЗА ЯВЛЯЕТСЯ | | |
|  | А | нативная артерио-венозная фистула | | |
|  | Б | постоянный диализный катетер | | |
|  | В | артерио-венозная фистула из материала гортекс | | |
|  | Г | артерио-венозный подкожный шунт | | |
|  |  |  | | |
| В | 494 | ВРЕМЯ СОЗРЕВАНИЯ НАТИВНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ | | |
|  | А | 2 недели | | |
|  | Б | 3-4 недели | | |
|  | В | 3 месяца | | |
|  | Г | полгода | | |
|  |  |  | | |
| В | 495 | ВРЕМЯ СОЗРЕВАНИЯ НАТИВНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИЛИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ ЗАТЯНУТЬСЯ ДО | | |
|  | А | года | | |
|  | Б | полугода | | |
|  | В | 3-4 мес | | |
|  | Г | 2 мес | | |
|  |  |  | | |
| В | 496 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМПРОЦЕДУРЫ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ | | |
|  | А | лихорадка и озноб | | |
|  | Б | реакция на диализатор тип А | | |
|  | В | гипотензия | | |
|  | Г | тошнота и рвота | | |
|  |  |  | | |
| В | 497 | БЕЗОПАСНАЯ ПРИБАВКА В ВЕСЕ ПАЦИЕНТА МЕЖДУ ПРОЦЕДУРАМИ ГЕМОДИАЛИЗА СОСТАВЛЯЕТ | | |
|  | А | 3-4% от сухого веса больного | | |
|  | Б | 5-6% от сухого веса больного | | |
|  | В | в пределах 3 кг | | |
|  | Г | любая, не вызывающая одышки перед процедурой | | |
|  |  |  | | |
| В | 498 | СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ КОНТУРЕ В АППАРАТЕ ГЕМОДИАЛИЗА КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ | | |
|  | А | 50 до 100 мл/мин | | |
|  | Б | 250 до 500 мл/мин | | |
|  | В | 100 до 200 мл/мин | | |
|  | Г | 500 до 750 мл/мин | | |
|  |  |  | | |
| В | 499 | ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С ТХБП ДИАЛИЗНОЕ ВРЕМЯ В НЕДЕЛЮ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ | | |
|  | А | 12 - 24 | | |
|  | Б | 9 - 12 | | |
|  | В | 12 - 14 | | |
|  | Г | 24 - 36 | | |
|  |  |  | | |
| В | 500 | ЦЕЛЕВОЙ spКТ/V ПРИ 3-Х РАЗОВОМ В НЕДЕЛЮ ГЕМОДИАЛИЗЕ РАВЕН ИЛИ БОЛЕЕ | | |
|  | А | 1,4 | | |
|  | Б | 1,0 | | |
|  | В | 1,2 | | |
|  | Г | 1,6 | | |
|  |  |  | | |