**ТЕСТЫ**

**ТЕМА: НЕФРОЛОГИЯ**

**Выберете один правильный ответ:**

1. ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ:

**1) глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты, дезагреганты**

2) глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты, петлевые диуретики

3) глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты, антибиотики

4) глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты, спазмолитики

5) гипотензивные препараты, глюкокортикоиды, цитостатики, дезагреганты

2. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) ингибиторов АПФ  |  |
| **2) глюкокортикоидов**  |  |
| 3) сартанов 4) антагонистов кальция  |  |
| 5) петлевых диуретиков3. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:1) дефицит фолиевой кислоты 2) геморрагический синдром 3) ятрогенная кровопотеря 4) нарушение всасывания железа **5) нарушение эритропоэза**4. РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бактериурия 2) лейкоцитурия **3) протеинурия** 4) гипоизостенурия5) цилиндрурия5. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ: 1) лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии 2) артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии 3) артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии 4) отечного синдрома, лейкоцитурии, гематурии **5) отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии**6. Больной 31 года поступил в стационар с отеками и гематурией. 2 недели назад больной перенес лакунарную ангину, получал лечение ампициллином внутрь в дозе 2 г в сутки. За 2 дня до поступления отметил появление головных болей, уменьшение количества мочи и изменение ее цвета (моча цвета ”мясных помоев”), отеков. При осмотре: АД 160/110 мм рт. ст. В анализах мочи относительная плотность 1028, белок 1,2 г/л, в мочевом осадке эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 8-12 в поле зрения. В анализе крови Нв 134 г/л, лейкоциты 4,2 , СОЭ 12 мм/час, креатинин 85 мкмоль/л, мочевина 5,5 ммоль/л. Наиболее вероятным диагнозом может быть: 1) синдром Гудпасчера2) острый пиелонефрит3) лекарственный нефрит4) СКВ**5) постстрептококковый гломерулонефрит**7. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТ-ВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ: **1) интерстициальной ткани**2) клубочкового аппарата 3) канальцевого аппарата4) мезангиальной ткани 5) все вышеперечисленное верно8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: 1) дезагреганты2) антикоагулянты3) глюкокортикостероиды**4) антибиотики** 5) цитостатики8. ПАЦИЕНТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИЙСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ, ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩИХСЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ДЫХАНИИ, НЕМНОГО УМЕНЬШАЮЩИХСЯ ПРИ СМЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА НА ВЕРТИКАЛЬНОЕ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ – ДЫХАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ВО ВСЕ ОТДЕЛЫ, ХРИПОВ НЕТ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА – «СКРЕБУЩИЙ» СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПО ЛЕВОМУ КРАЮ ГРУДИНЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ишемическая болезнь сердца2) сухой плеврит3) порок сердца4) ТЭЛА**5) констриктивный перикардит**9. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) лейкоцитурия **2) альбуминурия** 3) микрогематурия4) макрогематурия5) цилиндрурия10. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ 1) пневмококк2) клебсиелла **3) стрептококк**4) синегнойная палочка5) стафилококк 11. У 56-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, НЕСМОТРЯ НА ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ, ЛИХОРАДКА ДО 38,5 °С ДЛИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА, ВРЕМЕНАМИ БЕЗБОЛЕВАЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ. АД 140/80 ММ РТ.СТ. ГЕМОГЛОБИН КРОВИ 175 Г/Л, СОЭ 50 ММ/Ч. КАКОЕ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ ОБОСНОВАНО ЭТИМИ ДАННЫМИ? 1) нефролитиаз, осложненный пиелонефритом2) хронический гломерулонефрит гематурического типа3) поликистоз почек4) амилоидоз**5) рак почки**12. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФ-РИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: 1) наличии макрогематурии2) артериальной гипертонии **3) смешанном нефрите**4) нефротическом синдроме5) при всех вариантах течения гломерулонефрита13. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КРОВИ НЕОБХОДИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ: 1) глюкокортикостероидами 2) антибиотиками **3) цитостатиками**4) тиазидовыми диуретиками 5) петлевыми диуретиками 14. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОКАЗАНО: **1) проведение курсов уросептиков** 2) ограничение поваренной соли3) ограничение жидкости4) проведение курсов глюкокортикостероидов 5) ограничение физических нагрузок15. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: **1) уменьшение размеров почек**2) расширение чашечно-лоханочной системы почек3) гидронефротическая трансформация почек4) нарушение кортико-медуллярной дифференциации почек5) деформация наружного контура почек16. ЦИТОСТАТИКИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТСЯ В СЛУЧАЕ: 1) выраженной гематурии2) активности процесса 3) обострении латентной инфекции **4) нарушении азотовыделительной функции**5) нет правильного ответа 17. РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАМЕДЛЯЕТ ОГРАНИЧЕНИЕ В ПИТАНИИ:1) растительных жиров2) легкоусвояемых углеводов**3) животных белков**4) растительных белков 5) жидкости18. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ: 1) макрогематурии**2) протеинурии**3) цилиндрурии4) лейкоцитурии5) гиперстенурии 19. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гиперстенурия2) протеинурия3) микрогематурия**4) азотемия**5) лейкоцитурия 20. СОЧЕТАНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ХПН ХАРАКТЕР-НО ДЛЯ: 1) гипертонической болезни2) мочекаменной болезни3) гломерулонефрита4) пиелонефрита**5) амилоидоза** 21. ПРЕПАРАТАМИ, СНИЖАЮЩИМИ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ: **1) ингибиторы АПФ** 2) тиазидовые диуретики 3) антикоагулянты непрямого действия 4) антагонисты кальция 5) бетаблокаторы22. ЛЕЧЕНИЕ АПОСТЕМАТОЗНОГО НЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТРЕБУЕТ: 1) дезинтоксикационной терапии2) назначения сульфаниламидов3) назначения антибиотиков **4) оперативного лечения** 5) назначения спазмолитиков 23. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) золотистый стафилококк2) гемолитический стрептококк3) смешанная флора**4) энтеробактерии**5) синегнойная палочка24. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ: 1) хронического пиелонефрита**2) миеломной нефропатии**3) анальгетической нефропатии 4) острого гломерулонефрита5) хронического гломерулонефрита 25. 70-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХОЛЕЦИСТЭКТО-МИИ В СВЯЗИ С ЛИХОРАДКОЙ НАЗНАЧЕН ГЕНТАМИЦИН (80 МГ КАЖДЫЕ 8 Ч) И ЦЕФАЛОТИН (2 Г КАЖДЫЕ 6 Ч). ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ОТМЕЧЕНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ ДО 300 МКМОЛЬ/Л. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ 1200 МЛ. АНАЛИЗ МОЧИ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. АД 130/80 ММ РТ.СТ. ПО ДАННЫМ УЗИ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК НОРМАЛЬНЫЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) острый интерстициальный нефрит2) гепаторенальный синдром**3) нефротоксичность гентамицина**4) неадекватная инфузия жидкости5) острый гломерулонефрит 26. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОТИВО-ПОКАЗАНЫ: **1) аминогликозиды**2) цефалоспорины 3 поколения3) полусинтетические пенициллины4) фторхинолоны 3 поколения 5) нет правильного ответа 27. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ: 1) плотность мочи 10202) плотность мочи ниже 10183) плотность мочи 10154) плотность мочи 1002-1003**5) плотность мочи равна плотности плазмы** 28. ТЕРАПИЯ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ: 1) ферропрепарата2) анаболического гормона**3) эритропоэтина**4) цианокобаламина5) фолиевой кислоты29. ЧАЩЕ ВСЕГО ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: **1) ревматоидном артрите**2) системной склеродермии3) системной красной волчанке4) узелковом периартериите5) гранулематозе Вегенера30. ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ ВЫВЕДЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ С МОЧОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1) рамиприл 2) амлодипин3) гипотиазид**4) лозартан** 5) бисопролол31. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИКАМИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ: **1) лейкоцитов крови**2) мочевины, креатинина3) билирубина4) скорости оседания эритроцитов5) свертываемости крови32. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ НАЗНАЧЕНИЕ: **1) индометацина** 2) циклофосфамида3) папаверина4) метилпреднизолона5) дипиридамола 33. НЕФРОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ: 1) фторхинолоны2) полусинтетические пенициллины3) цефалоспорины**4) ванкомицин**5) защищенные пенициллины 34. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ: **1) гипопротеинемия и гиперлипидемия**2) гиперфибриногенемия и гиперферментемия 3) гиперлипидемия и гипербилирубинемия4) гипопротеинемия и гиперферментемия5) гиперпротеинемия и диспротеинемия 35. ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ: 1) у детей до года 2) у мужчин3) не имеет гендерных особенностей4) у подростков**5) у женщин** 36. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОР-НЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) уровень мочевой кислоты в крови**2) суточная протеинурия** 3) уровень лейкоцитурии4) липидный спектр крови5) удельный вес мочи 37. НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ САЛУРЕТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипотиазид2) хлорталидон**3) фуросемид** 4) верошпирон 5) индапамид38. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) нарушение всасывания железа2) дефицит В12 3) геморрагический синдром**4) нарушение эритропоэза**5) дефицит фолиевой кислоты39. В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЭФФЕКТИВНЫ: 1) анаболические гормоны **2) глюкокортикоиды**3) петлевые диуретики 4) тиазидные диуретики5) белковозамещающие препараты 40. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ: 1) бактериурии2) лейкоцитурии3) гипостенурии4) глюкозурии**5) протеинурии** 41. ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ СПОСОБСТВУЕТ: **1) гиперурикемия** 2) инфекция мочевых путей3) уменьшение употребления жидкости4) нарушение уродинамики5) гиперкальциемия 42. НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) полиурия, полидипсия2) анемия3) азотемия4) гиперкалиемия**5) повышение артериального давления**43. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ: 1) аминогликозидов**2) пенициллинов** 3) линкозамидов4) сульфаниламидов5) макролидов44. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) патологическая лейкоцитурия**2) нефротический синдром** 3) нарушение азотовыделительной функции4) артериальная гипертония 5) артериальная гипотония45. БОЛЬНАЯ 21 ГОДА В 8 ЛЕТ ПЕРЕНЕСЛА СКАРЛАТИНУ. С 10 ЛЕТ НАХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ. САМОЧУВСТВИЕ ОСТАВАЛОСЬ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ, АД БЫЛО НОРМАЛЬНЫМ, ОТЕКОВ НЕ БЫЛО. В 19 ЛЕТ РОДЫ. В ПОСЛЕДНИЕ 1,5 ГОДА МЕДЛЕННО НАРАСТАЮЩАЯ СЛАБОСТЬ, ПОДТАШНИВАНИЕ. ГЕМОГЛОБИН 80 Г/Л (48 ЕД.), КРЕАТИНИН КРОВИ 0,5 ММОЛЬ/Л (5,5 МГ%). КАКОЙ РЕЗУЛЬТАТ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН? АНАЛИЗ МОЧИ: 1) относительная плотность 1010-1020, белок – 8,0 г/л, эритроциты – 2-8 в п/зр, лейкоциты – 3-8 в п/зр, цилиндры – гиалиновые, бактерии – нет2) относительная плотность 1007-1015, белок – отсутствует, эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – 2-6 в п/зр, цилиндры – отсутствуют, бактерии – нет**3) относительная плотность 1007-1010, белок – 0,3 г/л, эритроциты – 0-3 в п/зр, лейкоциты – 2-8 в п/зр, цилиндры – единичные, бактерии – нет**4) относительная плотность 1009-1026, белок – 0,2 г/л, эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – 4-6 в п/зр, цилиндры – отсутствуют, бактерии – нет5) относительная плотность 1008-1019, белок – 0,3 г/л, эритроциты – 2-4 в п/зр, лейкоциты – 30-35 в п/зр, цилиндры – единичные, бактерии – есть 46. ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ЭФФЕКТИВНА ПРИ: **1) волчаночном нефрите**2) диабетической нефропатии 3) все ответы правильные4) первичном амилоидозе5) гипертонической форме хронического гломерулонефрита47. ПОЗДНИМИ УЛЬРАЗВУКОВЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) деформация чашечно-лоханочных структур**2) уменьшение размеров почки**3) снижение эхогенности паренхимы4) нарушение кортико-медуллярной дифференциации5) все ответы правильные 48. ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ: 1) констриктивный перикардит2) дыхание Куссмауля3) кожный зуд4) тошнота, рвота**5) дыхание Чейн-Стокса**49. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон2) повышение активности депрессорной системы почек**3) снижение внутриклубочковой гипертензии**4) повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах5) нет правильного ответа 50. ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФ-РИТЕ ВКЛЮЧАЮТ: 1) нет никаких ограничений2) увеличение содержания калия 3) увеличение количества жидкости **4) уменьшение количества жидкости**5) нет правильного ответа  |  |