

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«вт» июня 2024 г.

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета Института
НМФО №18 от 27.06.2024 г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой)
аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.43**
Нефрология.

Квалификация (степень) выпускника: **врач-нефролог**

Кафедра **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного
медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Барыкина И.Н.	доцент	к.м.н./доцент	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Саласюк А.С.	профессор	д.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Лутова В.О.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
5.	Попова Е.А.	ассистент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
6.	Сапожников А.Д.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
7.	Лялюев А.М.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.43 Нефрология. Актуализация обсуждена на заседании кафедры протокол №4 от 20.05.2024 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор _____

С.В. Недогода

Рецензенты:

Заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н., главный нефролог ЮФО, профессор
Стаценко М.Е.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО
ВолГМУ, протокол №12 от 27.06.2024 г.

Председатель УМК _____

М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики
_____ М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО
протокол №18 от 27.06.2024 г.

Секретарь Ученого совета _____

М.В. Кабытова

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.43 «НЕФРОЛОГИЯ»

1. В норме через почечный фильтр свободно проходят белки, молекулярная масса которых составляет
 - A. более 50 кДа
 - B. менее 50 кДа**
 - C. более 100 кДа
 - D. менее 150 кДа

2. В норме общая концентрация белковых компонентов в первичной моче (ультрафильтрате) составляет:
 - A. 1-4 г/л**
 - B. 10-12 г/л
 - C. 30-50 г/л
 - D. 60-80 г/л

3. Количество образующейся первичной мочи зависит от
 - A. гидростатического давления крови**
 - B. внутрикапсульного гидростатического давления ультрафильтрата**
 - C. онкотического давления белков плазмы крови**
 - D. массы тела

4. Количество первичной мочи, образующейся в норме за сутки
 - A. 20-25 л
 - B. 50-60 л
 - C. 100-110 л
 - D. 170-190 л**
 - E. 220-240 л

5. Фильтрационный клиренс – это
 - A. объем плазмы крови, из которого реабсорбируемое вещество удаляется за 1 мин.
 - B. объем плазмы крови, который очищается от неабсорбируемого вещества за 1 мин.**
 - C. объем первичной мочи, в котором секретированное вещество распределяется за 1 мин

6. Скорость клубочковой фильтрации здорового человека составляет примерно
 - A. 60-70 мл/мин
 - B. 90-120 мл/мин**
 - C. 200-250 мл/мин
 - D. 160-170 мл/мин

7. При ультрафильтрации энергия АТФ
А. затрачивается
В. не затрачивается
8. В проксимальном отделе канальца могут реабсорбироваться
А. вода, глюкоза, сиаловые кислоты, мочевины, глюкозаминогликаны
В. вода, глюкоза, аминокислоты, мочевины, мочевая кислота, минеральные
С. компоненты (натрий, калий, фосфат, кальций)
D. вода, аминокислоты, коллаген, мочевая кислота, ионы натрия
E. все ответы верны
9. Основными механизмами реабсорбции являются
А. простая диффузия и активный транспорт
B. облегченная диффузия и симпорт
C. вторичный активный транспорт и облегченная диффузия
D. симпорт и антипорт
10. Основные катионы: Na, K, Ca, Mg – реабсорбируются с помощью специализированных
A. оксидоредуктаз
B. бета-кетотиолаз
С. гидролаз
11. Почечный порог реабсорбции
A. определяется скоростью реабсорбции вещества из первичной мочи
В. определяется предельной концентрацией реабсорбируемого вещества из
С. первичной мочи
D. предельной концентрацией реабсорбируемого из вторичной мочи вещества
Е. характеризует работу белков-транслоказ
F. характеризует работу ферментов-лигаз
12. Почечный порог реабсорбции глюкозы составляет
A. 3-5 ммоль/л
В. 8-12 ммоль/л
C. 22-25 ммоль/л
D. 35-40 ммоль/л
13. В нефроне процессы транспорта веществ протекают в следующем порядке
A. сначала ультрафильтрация и секреция, затем реабсорбция
В. сначала реабсорбция и ультрафильтрация, затем секреция

- С. сначала ультрафильтрация, затем реабсорбция и секреция
D. все процессы могут протекать одновременно

14. В норме рН вторичной мочи

- А. выше
B. ниже
С. в точности равен рН крови человека.

15. В дистальном отделе канальца образование угольной кислоты катализируется

- А. карбоксикиназой
В. сукцинатдегидрогеназой
С. пируваткиназой
D. карбоангидразой

16. В почках высока активность всех ферментов, кроме

- А. глутаминазы
В. Na-K-зависимой АТФ-азы
С. бета-гидрокси-бета-метилглутарил- КоА-лиазы
D. глутаматдегидрогеназы

17. При алкалозе

- A. тормозится глюконеогенез**
B. тормозится секреция протонов
С. увеличивается распад жирных кислот
D. усиливается гликолиз
E. усиливается образование пирувата

18. Роль почек в обмене витамина D состоит

- А. в его синтезе из холестерина
B. в гидроксировании витамина D в первом положении
С. в гидроксировании витамина D в 25-ом положении
D. в разрушении витамина D

19. При нарушении функции почек может изменяться обмен кальция и фосфора, потому что

- А. замедляется синтез простагландинов
В. происходит быстрое разрушение парат-гормона
С. нарушается синтез 1,25 дигидроксиголекальциферола
D. не образуется витамин D из холестерина

20. Почечный эндогенный эритропоэтин стимулирует

- А. снижение артериального давления
В. эритроцитурю
С. снабжение тканей кислородом

D. эритропоз

21. Образование ренина в почках обусловлено

A. ишемией почки

B. развитием ацидоза

C. развитием алкалоза

D. усилением аммиоогенеза

E. повышением артериального давления в сосудах почек

22. Ангиотензин-превращающий фермент обеспечивает протеолиз

A. ангиотензина II

B. брадикинина

C. ренина

D. кининогена

23. Ангиотензиноген является субстратом

A. ренина

B. ангиотензин-превращающего фермента

C. калликреина

D. ангиотенгиназы

24. Ангиотензин II

A. обладает сосудосуживающим эффектом

B. обладает сосудорасширяющим эффектом

C. стимулирует выработку гистидина

D. стимулирует выработку альдостерона

25. Главной особенностью метаболизма почечной ткани является

A. большая затрата АТФ

B. высокая скорость биосинтеза белков

C. высокая активность протеолитических ферментов

D. низкая активность протеолитических ферментов

E. способность к аммиоогенезу и глюконеогенезу

26. Повышение секреции альдостерона НЕ стимулирует

A. разобщение процессов окисления и фосфорелирования

B. увеличение скорости реабсорбции ионов натрия

C. повышение артериального давления

D. увеличение биосинтеза Na,K-АТФ азы

27. Вазопрессин

A. синтезируется в гипоталамусе

B. обладает внутриклеточным механизмом действия

C. индуцирует синтез аквапорина-2

D. вырабатывается в ответ на повышение осмотического давления плазмы

E. крови

28.Парат-гормон (ПТГ)

A. гормон коркового вещества надпочечников

B. ингибирует канальцевую реабсорбцию фосфатов

C. обладает мембранным механизмом действия

D. способствует повышению концентрации ионов кальция и магния в крови

29.Натрийуретический фактор

A. синтезируется в печени

B. имеет клетки – мишени в проксимальном отделе почечного канальца

C. является антагонистом альдостерона

D. является стероидным гормоном

E. стимулирует синтез ренина

30.Обнаружение глюкозы в моче может быть связано с

A. гипергликемией

B. нарушением фильтрационной функции почек

C. нарушением процесса реабсорбции

D. глюконеогенезом в почках

31.Положительная реакция мочи на кетоновые тела свидетельствует о

A. сахарном диабете

B. заболевании почек

C. заболевании печени

D. заболевании ЖКТ

32.В суточной моче обнаружено 80 мг белка. Это

A. норма

B. свидетельствует о нарушении протеолитических процессов

C. свидетельствует о повреждении мочевыводящих путей

D. свидетельствует о нарушении реабсорбции

33.К лабораторным признакам повреждения почек не относится:

A. анемия

B. Азотемия

C. Повышение уровня сывороточных трансаминаз

D. протеинурия

34.К лабораторным признакам повреждения почек относится:

A. протеинурия

B. Микроскопические изменения осадка мочи

- C. бактериурия**
- D. снижение скорости клубочковой фильтрации**
- E. азотемия**
- F. повышение уровня тропонина I

35. К основным клиническим симптомам заболеваний почек и мочевыводящих путей относятся:

- A. боль**
- B. дизурические расстройства**
- C. диарея
- D. изменение суточного количества и ритма отделения мочи**
- E. визуальные изменения внешних свойств мочи**
- F. отеки**

36. Боль при патологии мочевыводящих путей может быть обусловлена:

- A. Растяжением/повреждением почечной капсулы**
- B. Воспалением/ирритацией паранефрия**
- C. спазмом или дистензией мочевыводящих путей**
- D. метеоризмом
- E. Воспалением/раздражением нижних отделов мочевыводящих путей**

37. Боль вследствие растяжения почечной капсулы отмечается при:

- A. Локальном/диффузном увеличении объема органа**
- B. Воспалительном отеке почки/ее части**
- C. остром цистите
- D. Нарушении оттока крови**
- E. Нарушении оттока мочи**

38. Какова характеристика боли при растяжении почечной капсулы?

- A. Умеренной интенсивности
- B. Боль высокоинтенсивная, требует введения наркотических анальгетиков
- C. бывает разная, от малоинтенсивной до выраженной**

39. Для боли при растяжении почечной капсулы характерно:

- A. имеет постоянный характер**
- B. усиливается при глубоком дыхании**
- C. имеет приступообразный характер
- D. спазмолитики не дают эффекта**

40. Наиболее характерной локализацией боли при растяжении почечной капсулы является:

- A. верхние отделы поясничной области/костовертбральный угол**
- B. область крестца

- C. нижние отделы живота
- D. верны все варианты

41. Развитие каких паранефральных процессов может быть причиной болей:

- A. инфаркт почки**
- B. гнойная инфекция почек (карбункул/абсцесс/апостематоз)**
- C. разрыв кисты почки**
- D. травма почки**
- E. острый уретрит

42. Какой процесс НЕ является причиной возникновения болей в поясничной области при паранефральных процессах?

- A. карбункул почки
- B. Нарушении оттока мочи**
- C. Травма почки
- D. инфаркт почки

43. Боли при воспалении паранефрия:

- A. четко локализованы**
- B. слабо выраженные
- C. интенсивные**
- D. резко усиливаются при сотрясении поясницы (поколачивании) или надавливании**
- E. в области фланка (костовертбрального угла), дыхании**

44. Причиной возникновения боли при обструкции мочеточника (конкрементом, сгустком крови, тканевым детритом) может быть:

- A. Спазм гладкой мускулатуры в месте обструкции**
- B. воспаление мочевого пузыря
- C. увеличение давления мочи в вышележащих отделах мочевыводящих путей**
- D. Увеличение объема почки и растяжение почечной капсулы**

45. Причиной возникновения боли при обструкции мочеточника (конкрементом, сгустком крови, тканевым детритом) НЕ может быть:

- A. увеличение давления мочи в вышележащих отделах мочевыводящих путей
- B. Спазм гладкой мускулатуры в месте обструкции
- C. Увеличение объема почки и растяжение почечной капсулы
- D. воспалительный процесс в паранефрии**

46. При воспалительных заболеваниях паранефрия пациент:

- A. старается ограничить движения, предпочитает лежать на животе**
- B. Принимает вынужденную позу «эмбриона»

- C. Находится в состоянии выраженного двигательного беспокойства
- D. болевой синдром не меняется в зависимости от положения тела в пространстве

47. Для приступа почечной колики характерно:

- A. пациент старается ограничить движения
- B. Принимает вынужденную позу «эмбриона»
- C. Находится в состоянии выраженного двигательного беспокойства**
- D. интенсивность боли не меняется в зависимости от положения тела в пространстве**

48. При возникновении почечной колики спазмолитики:

- A. обладают временным положительным эффектом**
- B. усиливают боль
- C. Не влияют на интенсивность боли

49. Для боли при приступе почечной колики характерно:

- A. односторонний характер с постепенным началом
- B. внезапное начало, интенсивный характер**
- C. двусторонний характер боли, внезапное начало, без иррадиации, слабая интенсивность

50. Обструкция мочевыводящих путей в проекции пиелоуретрального сегмента

характеризуется:

- A. высокой поясничной локализацией боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота**
- B. Локализацией боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота
- C. Болью в латеральном отделе живота, паховой области, наружных половых органах

51. Для боли при обструкции конкрементом в средней трети мочеточника характерно:

- A. высокая поясничная локализация боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота
- B. Локализация боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота**
- C. Боль в латеральном отделе живота, паховой области, наружных половых органах

52. Для боли при обструкции конкрементом в нижней трети мочеточника характерно:

- A. высокая поясничная локализация боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота

- В. Локализация боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота
- С. Боль в нижнелатеральном отделе живота с иррадиацией в паховую область, наружные половые органы**

53. Боли при остром воспалении мочевого пузыря локализуется:

- А. в поясничной области
- В. В эпигастрии
- С. В надлобковой области и/или уретре**

54. Термин “странгурия” обозначает:

- А. мочеиспускание малыми порциями
- В. Болезненное мочеиспускание**
- С. Уменьшение объема мочи
- Д. увеличение объема мочи

55. Термин “полакиурия” обозначает:

- А. частое мочеиспускание малыми порциями**
- В. Болезненное мочеиспускание
- С. Уменьшение объема мочи
- Д. увеличение объема мочи

56. Термин “дизурия” обозначает:

- А. частое мочеиспускание малыми порциями
- В. Болезненное мочеиспускание
- С. Уменьшение объема мочи
- Д. сочетание частого мочеиспускания малыми порциями и болезненного мочеиспускания**

57. Причиной одностороннего локального увеличения почки может быть:

- А. абсцесс почки**
- В. Нарушение оттока мочи
- С. Множественные кисты
- Д. Одиночные кисты, опухоли**
- Е. острый пиелонефрит

58. Причинами диффузного двустороннего увеличения почек может быть:

- А. аутоиммунное воспаление почек (гломерулонефрит)**
- В. нарушение оттока мочи**
- С. нарушение венозного оттока крови**
- Д. абсцесс почки
- Е. множественные кисты**

59. Причиной одностороннего локального увеличения почки (например, нижнего полюса) НЕ может быть:

- A. одиночная киста большого размера
- B. опухоль почки
- C. абсцесс почки
- D. обструкция мочеточника конкрементом**

60. К полостным отекам НЕ относится:

- A. асцит
- B. Гидроторакс
- C. Гидроперикард
- D. анасарка**

61. Нефритические отеки:

- A. являются следствием снижения онкотического давления крови
- B. Являются следствием задержки Na при остром воспалении почек**
- C. являются следствием почечной колики
- D. являются следствием воспаления мочевого пузыря

62. Нефротические отеки:

- A. являются следствием выраженной протеинурии и снижения онкотического**
- B. давления крови**
- C. Являются следствием задержки Na при остром воспалении почек
- D. являются следствием почечной колики
- E. являются следствием воспаления мочевого пузыря

63. Нефритические отеки локализуются преимущественно в области:

- A. нижних конечностей
- B. Поясничной области
- C. Мягких тканей лица**
- D. внутренних полостей

64. Для нефротических отеков характерно:

- A. развиваются постепенно (вначале скрытые)**
- B. локализация зависит от положения тела**
- C. отеки значительно выраженные**
- D. отеки незначительные
- E. часто сочетаются с водянкой полостей**

65. Для нефритических отеков НЕ характерно:

- A. развиваются быстро за ночь
- B. локализуются на лице
- C. всегда «мягкие» при пальпации
- D. значительные и распространенные, часто сочетаются с водянкой полостей**
- E. динамичные

66. Для нефротических отеков НЕ характерно:
А. постепенное развитие
В. зависимость локализации от положения тела
С. развиваются быстро за ночь (утренние отеки)
D. значительные и распространенные, часто сочетаются с водянкой полостей

67. Повышение выработки альдостерона приводит к:
А. увеличению реабсорбции натрия
В. уменьшению реабсорбции натрия
С. увеличению реабсорбции калия
D. уменьшению реабсорбции калия

68. Потеря с мочой белка более 3,5 г/сутки приводит к развитию:
А. гипоальбуминемии
В. снижению онкотического давления плазмы
С. отеков
D. гематурии

69. Термином “олигурия” называется:
А. выделение мочи за сутки в количестве менее 400 мл
В. выделение мочи за сутки в количестве менее 100 мл
С. выделение мочи в количестве менее 20 мл/час
D. выделение мочи в количестве менее 5 мл/час __

69. Какой термин НЕ характеризует изменение объема мочи:
А. полиурия
В. Анурия
С. Дизурия
D. олигурия

70. У пациента 55 лет с неудовлетворительной коррекцией сахарного диабета 2 типа объем суточной мочи составляет 3600 мл. Укажите наиболее вероятный механизм развития полиурии:
А. водный диурез
В. Осмотический диурез
С. возможны оба механизма

71. Определение осмоляльности мочи используется для установления причины:
А. дизурии
В. полиурии
С. никтурии

D. странгурии

72. Для осмотического диуреза характерна относительная плотность мочи:

A. 1.005 и менее

B. 1.005 – 1.010

C. 1.010 и более

73. Причиной развития осмотического диуреза может быть:

A. глюкозурия при сахарном диабете

B. повышение экскреции мочевины

C. введение NaCl

D. несахарный диабет

E. введение NaHCO₃

74. Водный диурез характерен для всех состояний, кроме:

A. несахарный диабет

B. сахарный диабет

C. первичная полидипсия

75. К причинам развития осмотического диуреза НЕ относится:

A. глюкозурия при сахарном диабете

B. повышение экскреция мочевины

C. введение NaCl

D. несахарный диабет

E. все варианты верны

76. В норме объем дневного диуреза составляет около:

A. 1/3 суточного объема мочи

B. 2/3 суточного объема мочи

C. 1/2 суточного объема мочи

77. Никтурия - это:

A. болезненное мочеиспускание

B. частое мочеиспускание малыми порциями

C. преобладание ночного диуреза над дневным

D. отсутствие ночного диуреза

78. Снижение относительной плотности мочи в пробе Зимницкого называется:

A. олигурия

B. никтурия

C. гипостенурия

D. ишурия

79. По данным пробы Зимницкого выявлена низкая относительная плотность мочи и отсутствие значимых ее колебаний в течение суток. Это называется:

- A. гипостенурия
- B. дизурия
- C. изогипостенурия**
- D. странгурия

80. Для проведения пробы Зимницкого необходим сбор:

- A. утренней порции мочи
- B. суточной мочи в одну емкость
- C. 8 порций мочи за сутки с интервалом в 3 часа**
- D. нескольких порций мочи в течение суток при появлении позывов на мочеиспускание

81. Никтурия является характерным признаком нарушения:

- A. экскреторной функции почек
- B. концентрационной функции почек**
- C. эндокринной функции почек
- D. метаболической функции почек

82. Никтурия является клиническим признаком поражения:

- A. гломерулярной базальной мембраны
- B. канальцев**
- C. сосудов
- D. эпителия капсулы клубочков

83. Назовите состояние, которое НЕ может сопровождаться развитием никтурии:

- A. сердечная недостаточность
- B. цирроз печени
- C. олигурия**
- D. детский энурез
- E. прием алкоголя

84. К причинам развития никтурии НЕ относится:

- A. отечный синдром
- B. нарушение суточного ритма экскреции АДГ
- C. урологическая патология (мочевой пузырь, простата)
- D. воспаление паранефрия**

85. Для миоглобинурии характерно появление:

- A. розовой окраски мочи
- B. черной окраски мочи (при ее стоянии)**
- C. желтой окраски мочи

D. синей окраски мочи

86.Изменение визуальных свойств мочи характерно для:

A. миоглобинурии

B. гематурии

C. уробилиногенурии

D. цилиндрурии

87.Назовите препараты, которые могут вызвать появление оранжевого окрашивания мочи:

A. фуросемид

B. рифампицин

C. верошпирон

D. диакарб

88.Употребление в пищу антроцианидов может привести к окрашиванию мочи в:

A. оранжевый цвет

B. розовый цвет

C. черный цвет

D. зеленый цвет

89.Гематурия характеризуется появлением мочи:

A. черного цвета

B. розового/красного цвета

C. оранжевого цвета

D. синего цвета

90.Изменение прозрачности мочи НЕ может быть обусловлено:

A. употреблением большого количества молока

B. кристаллурией

C. инфекцией МВП

D. хилурией

91.Для острого цистита характерно:

A. уменьшение суточного объема мочи

B. помутнение мочи

C. дизурия

D. никтурия

92.Микрогематурия характеризуется:

A. появлением эритроцитов в моче без изменения ее окраски

B. появлением эритроцитов в моче в сочетании с типичным изменением ее окраски

C. изменением прозрачности мочи

D. появлением патологических примесей в моче

93. Макрогематурия характеризуется:

A. появлением эритроцитов в моче в сочетании с типичным изменением ее окраски

B. появлением миоглобина в моче

C. появлением свободного гемоглобина в моче

D. появлением эритроцитов в моче без изменения ее окраски

94. Инициальная макрогематурия характерна для патологии:

A. уретры и простаты

B. мочевого пузыря

C. почки

D. мочеточников

95. Терминальная макрогематурия отмечается при:

A. уретрите

B. цистите

C. разрыве кисты почки

D. повреждении лоханки

96. Повреждение гломерулярной базальной мембраны может сопровождаться появлением:

A. терминальной макрогематурии

B. тотальной макрогематурии

C. инициальной макрогематурии

97. По этиологии гематурия может быть:

A. почечной клубочковой

B. почечной экстрагломерулярной

C. Внепочечной

D. гемолитической

98. Признаком гломерулярной гематурии НЕ является:

A. дисморфия эритроцитов

B. Эритроцитарные цилиндры

C. Неизмененные эритроциты

D. существенная протеинурия

99. Суточная протеинурия в норме:

A. > 200 мг/сут

B. >300 мг/сутки

C. <150 мг/сутки

D. > 500 мг/сут

100. К белкам, в норме попадающим в мочу, относятся:
- A. альбумин**
 - В. α 2-макроглобулин
 - C. белок Тамма-Хорсфала**
 - D. легкие цепи иммуноглобулинов**
101. К основным механизмам протеинурии относятся:
- A. гиперпродукция низкомолекулярных белков**
 - В. поражение гломерулярной базальной мембраны**
 - C. уменьшение реабсорбции белка в канальцах**
 - D. избыточное потребление белка с пищей
 - E. продукция эпителием МВП воспалительных белков**
102. Основным механизмом развития протеинурии при нефротическом синдроме:
- A. гиперпродукция низкомолекулярных белков
 - В. поражение гломерулярного фильтра**
 - C. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
 - D. продукция эпителием МВП воспалительных белков
103. Какой механизм протеинурии характерен для воспаления мочевого пузыря:
- A. гиперпродукция низкомолекулярных белков
 - В. поражение гломерулярной базальной мембраны
 - C. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
 - D. нарушение проницаемости сосудов слизистой и повреждение плоского эпителия**
104. Какой механизм протеинурии характерен для тубулоинтерстициального нефрита:
- A. гиперпродукция низкомолекулярных белков
 - В. поражение гломерулярной базальной мембраны
 - C. уменьшение реабсорбции белка в канальцах**
 - D. продукция эпителием МВП воспалительных белков
105. Какой механизм протеинурии характерен для миеломной нефропатии:
- A. гиперпродукция низкомолекулярных белков**
 - В. поражение гломерулярной базальной мембраны
 - C. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
 - D. продукция эпителием МВП воспалительных белков
 - E. все варианты верны

106. Избыточная продукция низкомолекулярных белков при миеломной болезни может привести к развитию миеломной нефропатии, для которой наиболее характерно:
А. повреждение гломерулярной базальной мембраны
В. повреждение канальцев
С. повреждение собирательных трубочек
D. все варианты верны
107. Уровень канальцевой протеинурии соответствует:
А. 200-30000 мг/сут
В. 200-1000 мг/сут
С. <150 мг/сут
D. < 50 мг/сут
108. Суточная протеинурия более 1000 мг/сут обычно отражает:
А. поражение канальцев
В. поражение мочевого пузыря
С. поражение клубочков
D. поражение почечных артерий
109. При перегрузочной протеинурии белок в моче представлен:
А. альбумином, глобулином
В. α, β - глобулинами
С. Hb, легкими цепями
110. Уровень тканевой протеинурии соответствует:
А. 200-30000 мг/сут
В. 200-1000 мг/сут
С. <500 мг/сут
111. Состав белка мочи при клубочковой протеинурии преимущественно представлен:
А. альбумином (>50%) и глобулином
В. α -глобулином
С. β -глобулином
D. гемоглобином, легкими цепями иммуноглобулинов
E. белком Тамма-Хорсфала
112. Для «стерильной» лейкоцитурии характерно:
А. сочетание с протеинурией
В. сочетание с бактериурией
С. появляется при стерилизации мочи
D. сочетание с гематурией

113. Лейкоцитурия при инфекционном воспалении мочевыводящих путей чаще всего сопровождается:
- A. дизурией
 - B. бактериурией**
 - C. гематурией
 - D. ничем не сопровождается
114. Какое исследование необходимо выполнить при бактериурии:
- A. посев крови на стерильность
 - B. посев мочи**
 - C. анализ мочи в трех порциях
 - D. пробу Нечипоренко
115. Какой тип цилиндров может определяться в моче здоровых людей
- A. зернистые
 - B. восковидные
 - C. Гиалиновые**
 - D. лейкоцитарные
116. В состав гиалиновых цилиндров входит:
- A. белок Тамма-Хорсфала**
 - B. эритроциты
 - C. лейкоциты
 - D. клетки канальцевого эпителия
117. Восковидные цилиндры образуются в:
- A. клубочке
 - B. дилатированных канальцах из-за их атрофии**
 - C. в собирательных трубочках
 - D. в лоханке
118. Появление в моче эритроцитарных цилиндров наиболее характерно для:
- A. нефротического синдрома
 - B. инфекции верхних мочевыводящих путей
 - C. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны**
 - D. острого тубулярного некроза
119. Появление в моче лейкоцитарных цилиндров наиболее характерно для:
- A. нефротического синдрома
 - B. инфекции верхних мочевыводящих путей**

- C. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны
- D. острого тубулярного некроза

120. Появление в моче эпителиальных цилиндров наиболее характерно для:

- A. нефротического синдрома
- B. инфекции верхних мочевыводящих путей
- C. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны
- D. острого тубулярного некроза**

121. Появление в моче жировых цилиндров наиболее характерно для:

- A. нефротического синдрома**
- B. инфекции верхних мочевыводящих путей
- C. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны
- D. острого тубулярного некроза

122. Среди перечисленных причиной реноваскулярной гипертензии является:

- A. атеросклероз почечной артерии**
- B. гломерулонефрит
- C. Диабетический гломерулосклероз
- D. фибромускулярная дисплазия почечной артерии**

123. Что НЕ характерно для реноваскулярной гипертензии:

- A. злокачественное течение
- B. существенная асимметрия размеров почек по данным УЗИ
- C. Постепенное начало**
- D. начало в возрасте до 30 лет или после 55 лет
- E. резистентность к лечению
- F. Шум при аускультации живота

124. Назовите механизм, не принимающий участие в развитии артериальной гипертензии при повреждении почек:

- A. Активация РААС
- B. Симпатическая активация
- C. Увеличение ОЦК
- D. Дилатация приносящих артериол**

125. Среди перечисленных причиной вазоренальной гипертензии НЕ является:

- A. Атеросклероз почечной артерии
- B. острый постстрептококковый гломерулонефрит**

- C. Фибромышечная дисплазия почечной артерии
- D. рак почки

126. Наличие АГ в сочетании с выраженной асимметрией почек по данным УЗИ будет свидетельствовать в пользу:

- A. Эссенциальной гипертензии
- B. Ренопаренхиматозной гипертензии
- C. Реноваскулярной гипертензии**

127. Скорость клубочковой фильтрации зависит от:

- A. Количества действующих нефронов**
- B. Эффективности образования ультрафильтрата в каждом из действующих нефронов**
- C. от атмосферного давления

128. Эффективность образования ультрафильтрата в клубочке зависит от:

- A. системного АД__
- B. тонуса приносящей артериолы**
- C. состояния структур клубочка**
- D. концентрации натрия в сыворотке крови
- E. тонуса выносящей артериолы**

129. В состав гомеостатических функций почек НЕ входит:

- A. Осморегулирующая
- B. Волюморегулирующая
- C. Биосинтез ренина**
- D. Кислоторегулирующая

130. Какая из перечисленных функций почек не существует:

- A. Гомеостатическая
- B. Метаболическая
- C. Мочеиспускательная**
- D. Эндокринная

131. К метаболическим функциям почек НЕ относится:

- A. глюконеогенез
- B. стероидогенез**
- C. Метаболизм липопротеидов
- D. белковый/аминокислотный обмен

132. Почка НЕ участвует в биосинтезе:

- A. ренина
- B. эритропоэтина
- C. инсулина**

- D. простагландинов
- E. активных форм витамина D3

133. К расчетным методам оценки СКФ относится:

- A. клиренс инулина
- B. формула Кокрофта-Гольта**
- C. клиренс эндогенного креатинина
- D. формула MDRD**

134. К клиренсовым методам оценки СКФ относится:

- A. определение с помощью Tc99-DTPA**
- B. формула MDRD
- C. формула Кокрофта-Гольта
- D. формула EPI

135. Наиболее распространенным клиренсовым методом оценки СКФ является:

- A. определение клиренса иоталамата
- B. определение клиренса инулина
- C. определение клиренса эндогенного креатинина**
- D. определение клиренса I131-гиппурана

136. Разность между максимальной и минимальной относительной плотностью мочи при проведении пробы Зимницкого должна составлять:

- A. больше 8**
- B. меньше 8
- C. Больше 17

137. К лабораторным методам исследования функции почек не относится:

- A. определение СКФ
- B. уровень азотемии
- C. Экстреторная урография**
- D. определение электролитов в сыворотке крови

138. УЗИ почек позволяет определить:

- A. размеры органа**
- B. толщину и эхогенность паренхимы**
- C. состояние функции канальцев
- D. локальные образования**
- E. размеры и состояние ЧЛК**

139. При УЗИ выявлено симметричное двустороннее уменьшение почек в размерах, выраженное повышение эхогенности паренхимы

почек, признаков расширения ЧЛК нет. Какие изменения лабораторных показателей можно ожидать?

- A. повышение уровня креатинина**
- B. снижение СКФ**
- C. повышение СКФ
- D. повышение уровня мочевины**
- E. снижение уровня гемоглобина**
- F. гиперкалиемия**

140. Использование ретроградной пиелографии целесообразно для диагностики:

- A. хронического гломерулонефрита;
- B. хронического пиелонефрита;
- C. туберкулеза почек;**
- D. реноваскулярной гипертензии;
- E. диабетического нефроангиосклероза.

141. Антеградную пиелографию используют:

- A. при отсутствии функции на экскреторной урографии;
- B. при малой емкости мочевого пузыря;
- C. при обструкции мочеточника;
- D. при совокупности всех указанных факторов;**
- E. ни при одном из указанных факторов.

142. Среди изотопных методов исследования почек наибольшей информативностью обладает

- A. а) радиоизотопная ренография;
- B. б) динамическая сцинтиграфия;**
- C. в) статическая сцинтиграфия;
- D. г) ценность методов равнозначна;
- E. д) методы ценны только при наличии почечной недостаточности.

143. Преимущество радиоизотопных методов исследования по сравнению с рентгенологическими обусловлено:

- A. а) возможностью проведения исследований при азотемии;
- B. б) возможностью проведения исследований при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов;**
- C. в) отсутствием специальной подготовки;
- D. г) меньшей лучевой нагрузкой;
- E. д) всеми указанными факторами.**

144. Отберите функциональную протеинурию:

- A. а) Ортостатическая протеинурия;**
- B. б) Лихорадочная протеинурия;
- C. в) Протеинурия напряжения;

- D. г) Протеинурия переполнения;
- E. д) Микроальбуминурия.

145. Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

- A. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- B. б) если правильны ответы 1 и 3;
- C. в) если правильны ответы 2 и 4;
- D. г) если правильный ответ 4;
- E. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

146. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- A. а) бактериальный перитонит;
- B. б) абдоминальный нефротический криз;**
- C. в) почечная колика;
- D. г) апостематозный пиелонефрит;
- E. д) кишечная колика.

147. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится: 1. частые рецидивы нефротического синдрома; 2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов; 3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками; 4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

- A. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- B. б) если правильны ответы 1 и 3;
- C. в) если правильны ответы 2 и 4;
- D. г) если правильный ответ 4;
- E. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

148. Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- A. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- B. б) если правильны ответы 1 и 3;
- C. в) если правильны ответы 2 и 4;
- D. г) если правильный ответ 4;
- E. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

149. Для отеков почечного генеза не характерны их локализация

- A. а) на лице;
- B. б) на ногах;

- С. в) изолированно на руках;**
- Д. г) на всех конечностях и туловище;
- Е. д) нет правильного ответа.

150. Олигурия (анурия) может иметь место при:

- А. а) острым гломерулонефрите;
- В. б) острой почечной недостаточности;
- С. в) хронической почечной недостаточности;
- Д. г) гиповолемии;
- Е. д) всех указанных состояниях.**

151. Изменение цвета мочи может быть обусловлено:

- А. а) характером употребляемой пищи;
- В. б) количеством выпитой жидкости;
- С. в) заболеванием почек;
- Д. г) заболеваниями печени и желчных путей;
- Е. д) всеми указанными факторами.**

152. К понятию нефротического криза относят:

- А. а) боли в животе
- В. б) повышение температуры тела
- С. в) рожеподобная эритема кожи
- Д. г) резкое ухудшение общего состояния больного
- Е. д) все вышеперечисленное**

153. Обнаружение гиалиновых цилиндров в мочевом осадке свидетельствует о:

- А. а) хроническом гломерулонефрите;
- В. б) хроническом пиелонефрите;
- С. в) амилоидозе почек;
- Д. г) патологии почек без дифференциации заболевания;
- Е. д) не имеет диагностической ценности.**

154. На количество микроорганизмов, обнаруженных в 1 мл мочи, влияют:

- А. а) частота мочеиспускания;
- В. б) величина диуреза;
- С. в) реакция мочи;
- Д. г) скорость размножения микроорганизмов;
- Е. д) все перечисленные факторы.**

155. Для выявления и оценки бактериурии наиболее ценен:

- А. а) бактериоскопический метод;**
- В. б) бактериологический метод;
- С. в) калориметрический метод;
- Д. г) ценность указанных методов одинаково значима;

Е. д) нет верного ответа.

156. Определение чувствительности флоры к антибактериальным препаратам:

А. а) имеет большое клиническое значение;

В. б) не имеет клинического значения;

С. в) имеет большое клиническое значение только при пиелонефрите;

Д. г) имеет большое клиническое значение только при интерстициальном нефрите;

Е. д) имеет большое клиническое значение только при гломерулонефрите.

157. Общий анализ крови способствует установлению:

А. а) хронического гломерулонефрита;

В. б) хронического пиелонефрита;

С. в) амилоидоза почек;

Д. г) люпус-нефрита;

Е. д) не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения.

158. Снижение уровня сывороточного комплемента обнаруживается:

А. а) при остром постстрептококковом гломерулонефрите;

В. б) при люпус-нефрите;

С. в) при мезангиокапиллярном гломерулонефрите;

Д. г) при гломерулонефрите при криоглобулинемии;

Е. д) при всех указанных заболеваниях.

159. В пожилом возрасте происходит:

А. а) повышение клубочковой фильтрации;

В. б) понижение клубочковой фильтрации;

С. в) сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне;

Д. г) понижение клубочковой фильтрации только у мужчин;

Е. д) понижение клубочковой фильтрации только у женщин.

160. Во время беременности происходит:

А. а) повышение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра;

В. б) повышение клубочковой фильтрации в конце беременности;

С. в) понижение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра;

Д. г) понижение клубочковой фильтрации в конце беременности;

Е. д) клубочковая фильтрация не меняется.

161. О состоянии клубочковой фильтрации можно косвенно судить по величине:

А. а) мочевины плазмы;

В. б) креатина плазмы;

С. в) остаточного азота;

- D. г) азота мочевины;
- E. д) всех указанных параметров.

162. Повышение мочевины плазмы крови может следствием:

- A. а) обезвоживания;
- B. б) повышенного катаболизма;
- C. в) почечной недостаточности;
- D. г) чрезмерного использования диуретиков;
- E. д) **при всех указанных состояниях.**

163. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- A. **нефротический синдром;**
- B. мочевого синдром;
- C. гипертензия;
- D. почечная недостаточность;
- E. профилактический курс терапии.

164. Каким типом иммунологических реакций чаще чем в 75-80% случаев обусловлено повреждение клубочков при хроническом гломерулонефрите?

- A. выработкой антител к базальной мембране клубочков;
- B. **появлением в клубочках иммунных комплексов;**
- C. появлением антител к тубулярной базальной мембране.

164. Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите?

- A. **а) протеинурия;**
- B. б) эритроцитурия;
- C. в) трансферринурия;
- D. г) **ухудшение кровоснабжения канальцев.**

165. Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют:

- A. **а) внутрнклубочковую гипертензию;**
- B. **б) системную гипертензию;**
- C. в) нарушения проницаемости сосудистой стенки;
- D. г) иммунокомплексное повреждение

166. Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита?

- A. **Гломерулярная;**
- B. Тубулярная;
- C. Протеинурия переполнения;
- D. Протеинурия напряжения.

167. Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться развитием хронической почечной недостаточности?

- A. Латентный;
- B. Гематурический;**
- C. Гипертонический;
- D. Нефротический;
- E. Смешанный.

168. Какие из перечисленных факторов вызывают развитие острого гломерулонефрита?

- A. а) сывороточный;**
- B. б) вакцинный;**
- C. в) яд насекомых;**
- D. г) лекарственные вещества;**
- E. д) пищевые продукты.**

169. Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены:

- A. а) гиперволемией;**
- B. б) задержкой натрия и воды;**
- C. в) гиперренинемией;
- D. г) повышением концентрации простагландинов;
- E. д) спазмом сосудов

170. Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите могут быть связаны:

- A. а) с наличием конкрементов в мочевыводящей системе;
- B. б) с набуханием почек;**
- C. в) с апостематозными изменениями паренхимы почек;
- D. г) с нарушениями уродинамики;**
- E. д) с ишемическим инфарктом почек

171. Патофизиологические механизмы прогрессирования гломерулонефрита:

- A. а) активация гуморальных иммунных процессов;**
- B. б) продукция медиаторов воспаления;**
- C. в) коагуляционный механизм;**
- D. г) гемодинамический механизм;**
- E. д) метаболические нарушения.**

172. Метаболические нарушения:

- A. а) чаще всего наблюдаются при гематурическом хроническом гломерулонефрите;
- B. б) связывают прежде всего с изменением содержания липидов крови;**

- С. в) наиболее характерны для нефротического хронического гломерулонефрита;**
- Д. г) приводят к отложению в почках ЛПНП;**
- Е. д) могут быть связаны с отложением кальция в канальцах**

173. К симптомам инфекции нижних мочевыводящих путей НЕ относится:

- А. Дизурия
- В. Макрогематурия
- С. Боли в надлобковой области
- Д. Пиурия
- Е. фебрильная лихорадка**
- Ф. Бактериурия

174. Критерии диагноза острого пиелонефрита:

- А. бактериурия**
- В. лейкоцитурия**
- С. боли в поясничной области**
- Д. лихорадка**
- Е. протеинурия
- Ф. уремия

175. К диагностическим критериям изолированного мочевого синдрома НЕ относится:

- А. Бессимптомная микрогематурия
- В. Протеинурия более 3,5 г/сут**
- С. протеинурия менее 3,5 г/сут
- Д. Рецидивирующая макрогематурия

176. Критерием нефротического синдрома является уровень протеинурии:

- А. > 3,5 г/сут**
- В. < 1,0 г/сут
- С. < 0,15 г/сут
- Д. < 3,5 г/сут

177. В состав нефротического синдрома НЕ входит:

- А. Гипоальбуминемия
- В. Гиперлипидемия
- С. Отеки
- Д. Артериальная гипертензия**

178. Для изменения липидного спектра крови при нефротическом синдроме характерно:

- А. Гипертриглицеридемия**
- В. Гиперхолестеринемия**
- С. Гипоальфахолестеринемия**

D. Гипохолестеринемия

179. Нефротический синдром - это симптомокомплекс, обусловленный:

A. канальцевой дисфункцией

B. поражением гломерулярного фильтра

C. верны оба утверждения

180. Ведущим механизмом развития цилиндрурии при нефротическом синдроме является:

A. снижение онкотического давления

B. снижение активности липопротеидлипазы

C. Перегрузка эпителия канальцев белком, ведущая к его дистрофии

D. воспаление лоханки

181. В развитии нефротического синдрома ведущую роль играют следующие структурные

изменения:

**A. повреждение эндотелия - снижение отрицательного заряда
гломерулярной базальной мембраны**

B. повреждение гломерулярной базальной мембраны

C. Нарушения ножковых отростков подоцитов

D. пролиферация эпителия капсулы клубочка

182. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения <ХГН>:

A. а) 5000 ед;

B. б) 10000 ед;

C. в) 15000 ед;

D. г) 20000 ед;

E. д) 30000 ед.

183. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

A. а) острый гломерулонефрит;

B. б) острый пиелонефрит;

C. в) обострение хронического гломерулонефрита;

D. г) апостематозный нефрит;

E. д) амилоидоз почек.

184. Больного ХГН необходимо госпитализировать в стационар в случае: 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертонии; 2. нарастании протеинурии; 3. увеличении эритроцитурии; 4. ухудшении функционального состояния почек.

A. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

B. б) если правильны ответы 1 и 3;

- С. в) если правильны ответы 2 и 4;
- Д. г) если правильный ответ 4;
- Е. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

185. Определение активности ХГН необходимо для:

- А. а) назначения патогенетической терапии;**
- В. б) оценки прогноза заболевания;
- С. в) установления клинической формы заболевания;
- Д. г) оценки функционального состояния почек;
- Е. д) назначения антибактериальной терапии.

186. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- А. а) дерматомиозита;
- В. б) системной красной волчанки;**
- С. в) системной склеродермии;
- Д. г) узелкового артериита;
- Е. д) ревматической полимиалгии.

187. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

- А. а) впервые возникший нефротический синдром;**
- В. б) злокачественная артериальная гипертензия;
- С. в) остроснефритический синдром;
- Д. г) нефротический синдром при амилоидозе почек;
- Е. д) субъективное состояние больного.

188. Диагностическое значение хронического нефритического синдрома:

- А. продуктивное воспаление почечных клубочков высокой степени активности
- В. продуктивное воспаление почечных клубочков низкой степени активности**
- С. некроз клубочков
- Д. амилоидоз клубочков

189. У пациента 62 лет – длительный анамнез сахарного диабета 2 типа с неадекватной коррекцией гликемии и артериальной гипертензии. При осмотре обращают на себя внимание плотные отеки нижних конечностей до уровня коленных суставов, в биохимическом анализе крови – общий холестерин 9,7 ммоль/л, альбумин 14 г/л. Суточная протеинурия 12 г/сут. О каком синдроме идет речь?

- А. острый нефритический синдром
- В. нефротический синдром**
- С. изолированный мочевого синдром
- Д. хронический нефритический синдром

190. Нефротический синдром менее всего характерен для:
- A. IgA нефропатии**
 - В. болезни минимальных изменений
 - С. фокально-сегментарного гломерулосклероза
 - Д. мембранозной нефропатии
191. Критериями диагноза «нефротический синдром» являются все, кроме:
- А. Суточная протеинурия более 3,5 г
 - В. Уровень альбумина в сыворотке крови < 30 г/л
 - С. Гиперхолестеринемия
 - Д. Гипонатриемия**
 - Е. Отеки.
192. При нефротическом синдроме отмечается:
- A. Гиперкоагуляция**
 - В. Гипокоагуляция
 - С. Тромбоцитопения
 - Д. Эритроцитоз.
193. Нозологические формы, протекающие с нефритическим синдромом:
- A. мембранопротролиферативный гломерулонефрит**
 - В. мезангиопротролиферативный гломерулонефрит**
 - С. ФСГС
 - Д. болезнь минимальных изменений
194. Для болезни минимальных изменений характерно:
- A. отсутствие изменений при световой микроскопии**
 - В. отсутствие отложения иммунных комплексов**
 - С. слияние ножковых отростков подоцитов**
 - Д. отложения IgA
 - Е. пролиферация мезангия
195. Типичным клиническим проявлением болезни минимальных изменений является:
- A. рецидивирующий нефротический синдром**
 - В. селективная протеинурия (микроальбуминурия)**
 - С. острый нефритический синдром
 - Д. гематурия в сочетании с протеинурией
 - Е. неселективная протеинурия
196. Болезнь минимальных изменений является основной причиной нефротического синдрома:
- A. у детей**

- В. у взрослых
- С. нет возрастных различий

197. Для фокально-сегментарного гломерулосклероза характерны:

- А. выраженная протеинурия**
- В. «богатый» клеточный осадок мочи
- С. персистирующий нефротический синдром**
- Д. острый нефритический синдром
- Е. быстро прогрессирующий нефритический синдром

198. Характерным для острого пролиферативного гломерулонефрита является:

- А. пролиферация мезангия, эндотелия**
- В. сегментарный склероз клубочков
- С. лейкоцитарная инфильтрация**
- Д. образование «горбов» на базальной мембране**
- Е. образование клеточных полулуний

199. При первичной мембранозной нефропатии иммунные комплексы:

- А. образуются in situ в субэпителиальных пространствах**
- В. не участвуют в развитии патологического процесса
- С. образуются в циркулирующей крови

200. Какой тип отложений иммунных комплексов в клубочке описан в литературе при остром постстрептококковом гломерулонефрите:

- А. мезангиальный**
- В. гиляндрный**
- С. проволочные петли
- Д. «звездное небо»**

201. При IgA нефропатии иммунные комплексы:

- А. могут образовываться in situ**
- В. могут образовываться в циркуляции**
- С. не участвуют в патогенезе

202. Иммунные комплексы при мезангиально-пролиферативном гломерулонефрите:

- А. активируют комплемент по классическому пути**
- В. активируют комплемент по альтернативному пути
- С. не участвуют в активации комплемента

203. Наиболее частыми проявлениями IgA нефропатии могут быть:

- А. персистирующий нефротический синдром
- В. изолированный мочево́й синдром**

- C. хронический нефритический синдром**
- D. рецидивирующая гематурия**
- Е. рецидивирующий нефротический синдром

204. Для мезангиально-пролиферативного гломерулонефрита характерно:

- А. быстро прогрессирующее снижение функции почек
- В. медленно прогрессирующая дисфункция почек**
- С. характерны оба варианта

205. Для Ig -А нефропатии наиболее характерно:

- А. отложение депозитов Ig А в мезангии**
- В. отложение С3 компонента комплемента в мезангии**
- С. пролиферация мезангия**
- Д. образование полулуний в клубочках
- Е. отложение IgM

206. Эпизоды макрогематурии при Ig А-нефропатии чаще всего развиваются:

- А. после приема алкоголя
- В. на фоне инфекции верхних дыхательных путей**
- С. после интенсивной физической нагрузки

207. Какие синдромы заболеваний почек типичны для IgА-нефропатии:

- А. изолированный мочевоы синдром (протеинурия и микрогематурия)**
- В. изолированный мочевоы синдром с рецидивирующей макрогематурией**
- С. острый нефритический синдром**
- Д. нефротический синдром
- Е. быстро прогрессирующий нефритический синдром
- Ф. бессимптомная протеинурия**

208. Вторичная Ig А-нефропатия часто встречается при:

- А. идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
- В. болезни Шонляйн-Геноха**
- С. аллергической крапивнице

209. Основной причиной образования иммунных комплексов при IgАнефропатии является:

- А. избыточная продукция секреторного IgА слизистыми
- В. продукция В-лимфоцитами IgА, имеющего дефект в шарнирной области вследствие дегалактозилирования**
- С. выработка нормального IgА в ответ на поступление экзогенного антигена

210. Для мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита характерно:

- A. гиперклеточность мезангия**
- B. отчетливая лобулярность клубочка**
- C. отсутствие отложение иммунных комплексов в клубочке
- D. утолщение гломерулярной базальной мембраны**
- E. отсутствие изменений при световой микроскопии

211. Утолщение стенок капилляров клубочков при мембранозно-пролиферативном

ломерулонефрите развивается за счет:

- A. воспалительного отека
- B. отложения иммунных депозитов**
- C. интерпозиции мезангия**
- D. пролиферации капсулы клубочка
- E. повреждения подоцитов

212. В патогенезе мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита могут принимать

участие:

- A. активация комплемента по классическому пути**
- B. активация комплемента по альтернативному пути**
- C. образование мембрано-атакующего комплекса**
- D. образование антител к базальной мембране клубочков

213. Течение мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита наиболее часто

представлено:

- A. нефротическим синдромом**
- B. острым нефритическим синдромом**
- C. хроническим нефритическим синдромом
- D. рецидивирующей макрогематурией
- E. изолированным мочевым синдромом

214. Характерным морфологическим признаком быстро прогрессирующего нефритического

синдрома является:

- A. гиперклеточность мезангия
- B. отсутствие морфологических изменений при световой микроскопии
- C. очаговый некроз капилляров клубочков**
- D. отложение IgA в мезангии
- E. формирование «полулуний»

215. Бесконтрольный длительный прием НПВС приводит к развитию:

- A. Острого тубулоинтерстициального нефрита.**
- B. Хронического гломерулонефрита.
- C. Ишемической болезни почек.

- D. Мочекаменной болезни.
- E. Острого гломерулонефрита.

216. IgA-нефропатия является:

- A. Наследственным заболеванием.
- B. Одним из вариантов гломерулонефрита.**
- C. Редким видом нефропатии.
- D. Противопоказанием для трансплантации почки.
- E. Быстро прогрессирующей нефропатией.

217. Пиелонефрит у женщин чаще всего вызван:

- A. *Clostridium perfringens*.
- B. *Escherichia coli*.**
- C. *Candida albicans*.
- D. Протеи.
- E. *Klebsiella pneumoniae*.

218. Для обострения хронического гломерулонефрита характерно:

- A. нарастание протеинурии и гематурии, усиление отёков;**
- B. нарастание протеинурии, появление хронической почечной недостаточности, гипотензия, пиурия;
- C. появление гипертензионного синдрома, острая почечная недостаточность, гипохолестеринемия, микрогематурия.

219. Первичная профилактика острого гломерулонефрита заключается в:

- A. своевременной госпитализации;
- B. своевременном лечении стрептококковой инфекции;**
- C. своевременном лечении осложнений.

220. Достоверно установить морфологический вариант хронического гломерулонефрита позволяет:

- A. компьютерная томография;
- B. проба Реберга;
- C. проба Зимницкого;
- D. ультразвуковое исследование;
- E. пункционная биопсия почек;
- F. ренография.

221. Диета больного с гломерулонефритом должна быть направлена на:

- A. ограничение жидкости, белка;
- B. ограничение животных жиров, соли, углеводов;
- C. ограничение белка, соли, жидкости.**

222. У больного 45 лет, страдающего пиелонефритом, из мочи высеяна кишечная палочка, устойчивая к ампициллину и гентамицину.

Выберите препарат для дальнейшего лечения

- A. кефзол;
- B. абактал;**
- C. эритромицин;
- D. оксациллина натриевая соль.

223. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить

- A. полусинтетические пенициллины;**
- B. тетрациклин;
- C. бисептол;
- D. карбенициллина динатриевую соль.

224. При истинной бактериурии количество микроорганизмов в 1 мл мочи для E. coli:

- A. более 100;
- B. более 1000;
- C. более 10⁴;
- D. более 10⁵ ;**
- E. более 10⁶..

225. Путь наиболее частого проникновения инфекция при хроническом пиелонефрите:

- A. Гематогенным
- B. Лимфогенным
- C. Урогенным**

226. Возбудитель, который наиболее часто вызывает развитие хронического пиелонефрита:

- A. Энтерококк
- B. Кишечная палочка**
- C. Протей
- D. Синегнойная палочка

227. Структура почек, вовлекаемая в процесс при пиелонефрите:

- A. Клубочки
- B. Строма почек
- C. Канальцы и строма почек**
- D. Клубочки и канальцы

228. Относительная плотность мочи при хроническом пиелонефрите:

- A. Снижается**
- B. Повышается
- C. Не изменяется

229.Количество микробных тел при истинной бактериурии:

- A. Менее 10⁶ МТ в 1 мл мочи
- B. Более 10⁵ МТ в 1 мл мочи**
- C. Более 10⁴ МТ в 1 мл мочи

230.Повышенное артериальное давление при хроническом пиелонефрите поддается гипотензивной терапии:

- A. Хорошо
- B. Плохо**

231.Хронический пиелонефрит - это:

- A. Бактериальное воспаление интерстиция
- B. Бактериальное воспаление интерстиция и чашечно-лоханочной системы**
- C. Бактериальное воспаление мочевыводящих путей без признаков поражения почек

232.Группа антибиотиков, обладающая нефротоксичностью:

- A. Пенициллины
- B. Цефалоспорины
- C. Аминогликозиды**
- D. Макролиды

233.Клинические проявления хронического гломерулонефрита характеризуются сочетанием основных синдромов

- A. мочевого;**
- B. нефротического;**
- C. болевого;
- D. гипертензионного**

234.Составляющие нефротического синдрома:

- A. массивная протеинурия;**
- B. гипоальбуминемия;**
- C. отеки;**
- D. гиперальбуминемия;
- E. гиперлипидемия;**
- F. микрогематурия.

235.Мочевой синдром при гломерулонефрите характеризуется:

- A. гематурия;**
- B. бактериурия;
- C. кристаллурия;
- D. лейкоцитурия;
- E. протеинурия.**

236. Критериями обострения для больных с изолированным мочевым синдромом являются:

- A. увеличение протеинурии в 8-10 раз в разовых анализах мочи;**
- В. увеличение эритроцитурии в 2-3 раза в разовых анализах мочи;
- C. увеличение эритроциурии в 8-10 раз в разовых анализах мочи;**
- Д. суточная потеря белка увеличивается более, чем на 1 г;
- Е. суточная потеря белка увеличивается в 8-10 раз.**

237. Признаками прекращения обострения гломерулонефрита является:

- А. нормализация или снижение до обычных цифр артериального давления;
- В. гипогликемия;
- C. отсутствие протеинурии и эритроцитурии;**
- Д. исчезновение нефротического синдрома.**

238. К осложнениям гломерулонефритов относятся:

- A. энцефалопатия (эклампсия);**
- В. хроническая почечная недостаточность;**
- С. артериальная гипертензия;
- Д. острая почечная недостаточность.**

239. Патогенетическая терапия гломерулонефритов включает в себя:

- А. диуретики;
- В. цитостатики;**
- С. гемодиализ;
- Д. глюкокортикоиды.**

240. Хроническая болезнь почек - это?

- A. любая патология почек с хроническим течением**
- В. синоним хронической почечной недостаточности
- С. поражение почек при травме
- Д. поражение почек после острой почечной недостаточности
- Е. поражение почек на фоне мембранозного гломерулонефрита

241. ХБП развивается при длительном течении каких заболеваний?

- А. вторичный гиперпаратиреоз
- В. анемия,
- С. нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- Д. влияние на почки кардиометаболических факторов
- Е. все ответы верны**

242. Какие изменения происходят в организме при развитии хронической

болезни почек?

- A. выраженная артериальная гипертония
- B. инсулинорезистентность
- C. гиперлипидемия,
- D. ремоделирование сердечной мышцы и сосудистой стенки.
- E. все ответы верны**

243. При развитии хронической болезни почек происходит...

- A. атеросклеротические поражения сосудов.
- B. сосуды теряют гибкость и эластичность,
- C. ухудшение циркуляции крови,
- D. развиваются атеросклероз и кальциноз.
- E. все ответы верны**

244. При лабораторных исследованиях какие изменения встречаются при хронической болезни почек?

- A. альбуминурия
- B. дислипидемия
- C. повышение СКФ
- D. инсулинорезистентность
- E. все ответы верны**

245. У пациента можно предположить развитие хронической болезни почек при выявлении...

- A. инсулинорезистентность
- B. гиперфльтрация
- C. повышение уровня иммуноглобулинов M
- D. сочетание A и B ответов**
- E. все ответы верны

246. У пациента с повышением веса и индекса массы тела, повышением АД какие исследования необходимо провести для исключения признаков развития хронической болезни почек?

- A. исследование андрогенного профиля
- B. исследование сахарной кривой
- C. биохимическое исследование
- D. проведение липидограммы
- E. все ответы верны**

247. При хронической болезни почек пациенту в комплексное лечение должны быть включены:

- A. метформин

- В. гепариноиды
- С. заместительная гормональная терапия
- Д. длительная антибактериальная терапия
- Е. сочетание А, В и С ответов**

248. Какие поражения могут развиваться при формировании хронической болезни почек?

- А. повышение активности K^+ -каналов гладкомышечных клеток
- В. повышение синтеза и выделения оксида азота.
- С. снижение соотношения вазоконстрикторов и вазодилататоров
- Д. развитие признаков эндотелиальной дисфункции
- Е. все ответы верны**

249. Нефроптоз может осложниться: 1. пиелонефритом; 2. фроникальным кровотечением; 3. артериальной гипертензией; 4. нарушением венозного оттока.

- А. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- В. если правильны ответы 1 и 3;
- С. если правильны ответы 2 и 4;
- Д. если правильный ответ 4;
- Е. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

250. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при: 1. распаде опухоли; 2. лечении опухоли цитостатиками; 3. радиационной терапии; 4. терапии кортикостероидами.

- А. если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- В. если правильны ответы 1 и 3;
- С. если правильны ответы 2 и 4;
- Д. если правильный ответ 4;
- Е. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

251. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

- А. радиоизотопная ренография;
- В. ультразвуковое сканирование почек;
- С. ангиография;**
- Д. экскреторная урография;
- Е. компьютерная томография.

252. Диагностическое значение нефротического синдрома:

- А. поражение клубочков различной этиологии**
- В. поражение интерстиция почек

- C. Поражение канальцевого аппарата
- D. поражение почечной артерии

253. Какое утверждение, касающееся Ig A-нефропатии, неверно?

- A. У большинства больных отмечается нефротический синдром**
- B. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
- C. Чаще болеют мальчики и мужчины
- D. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
- E. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков

254. При каком из перечисленных заболеваний не встречается быстро прогрессирующий нефритический синдром (гломерулонефрит)?

- A. СКВ
- B. Эссенциальная криоглобулинемия
- C. Инфекционный эндокардит
- D. Липоидный нефроз**
- E. IgA-нефропатия.

255. Укажите признаки, типичные для нефритического синдрома:

- A. протеинурия**
- B. отеки, артериальная гипертензия**
- C. полиурия
- D. гематурия**

256. Для острого нефритического синдрома характерно:

- A. быстрое появление гематурии (в течение дней) в сочетании с протеинурией и цилиндрурией**
- B. снижение СКФ и олигурия**
- C. лейкоцитурия
- D. отеки и артериальная гипертензия**

257. Диагностическое значение нефритического синдрома:

- A. поражение клубочков различной этиологии
- B. острое пролиферативное воспаление клубочков**
- C. инфекция нижних отделов мочевыводящих путей
- D. хроническое активнотекущее пролиферативное воспаление клубочков**

258. Хронический нефритический синдром характеризуется:

А. наличием персистирующих изменений в анализе мочи в течение более года

В. артериальной гипертензией

С. резким снижением СКФ в течение нескольких дней

Д. медленно прогрессирующим снижением СКФ

259. Диагностическое значение хронического нефритического синдрома:

А. продуктивное воспаление почечных клубочков высокой степени активности

В. продуктивное воспаление почечных клубочков низкой степени активности

С. некроз клубочков амилоидоз клубочков

260. Злокачественная гипертензия возможна при:

А. пиелонефрите;

В. узелковом периартериите;

С. первичном нефросклерозе;

Д. истинной склеродермической почке.

261. К первому типу быстро прогрессирующего нефритического синдрома относится:

А. анти-ГБМ нефрит (болезнь Гудпасчера)

В. иммунокомплексный гломерулонефрит

С. АНЦА-ассоциированный гломерулонефрит

262. К третьему типу быстро прогрессирующего нефритического синдрома относится:

А. анти-ГБМ нефрит (болезнь Гудпасчера)

В. иммунокомплексный гломерулонефрит

С. АНЦА-ассоциированный гломерулонефрит

263. Заболевания, приводящие к развитию хронической почечной недостаточности все КРОМЕ:

А. Синдром Альпорта.

В. Гранулематоз Вегенера.

С. Системная красная волчанка.

Д. Синдром Гудпасчера.

Е. Болезнь Кароли

264. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

А. нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;

В. гематурия и гиперазотемия;

С. микроальбуминурия и клубочковая гиперфльтрация;

Д. протеинурия и гематурия;

Е. протеинурия и артериальная гипертензия.

265. Основная причина ренальной остеодистрофии –

А. Отложение кальция в мягких тканях.

В. Избыточное выделение кальция почками.

С. Недостаточное потребление кальция с пищей.

Д. Вторичный гиперпаратиреоз.

Е. Низкий уровень фосфора в крови

266. Вторичный амилоидоз может развиваться при: 1. ревматоидном артрите; 2. псориатическом артрите; 3. опухолях; 4. бронхоэктазах.

А. если правильны ответы 1, 2 и 3;

В. если правильны ответы 1 и 3;

С. если правильны ответы 2 и 4;

Д. если правильный ответ 4;

Е. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

267. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

А. а) гематурия;

В. б) протеинурия более 3,5 г/сутки;

С. в) артериальная гипертензия;

Д. г) пиурия;

Е. д) гипоизостенурия.

268. Амилоидоз почек может наблюдаться при: 1. ревматоидном артрите; 2. периодической болезни; 3. туберкулезе; 4. бронхоэктатической болезни.

А. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

В. б) если правильны ответы 1 и 3;

С. в) если правильны ответы 2 и 4;

Д. г) если правильный ответ 4;

Е. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

269. Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:

А. а) синдроме Альпорта;

В. б) поликистозе почек;

С. в) реноваскулярной гипертензии;

Д. г) вторичном амилоидозе;

д) медуллярной кистозной болезни.

270. Какое заболевание относится к наследственным болезням?

- А. Гранулематоз Вегенера.
- В. Хронический гломерулонефрит.
- С. Поликистоз почек.**
- Д. Синдром Гудпасчера.
- Е. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

271. Какое утверждение о поликистозе почек НЕВЕРНО?

- А. Является причиной почечной недостаточности.
- В. Часто сочетается с поражением печени.
- С. Наследственное заболевание.
- Д. Характерно одностороннее поражение почек.**
- Е. Осложняется гематурией.

272. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- А. повышение содержания мочевины в крови;
- В. повышение содержания креатинина в крови;
- С. гиперфосфатемия;
- Д. гиперкалиемия;**
- Е. гиперурикемия.

273. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

- А. а) гломерулярный некроз;
- В. б) папиллярный некроз;
- С. в) тубулярный некроз;**
- Д. г) поражения интерстиции;
- Е. д) гидронефроз.

274. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

- А. а) плазмы;
- В. б) плазмозамещающих растворов;
- С. в) солевых растворов;
- Д. г) фуросемида;**
- Е. д) гемодеза.

275. Острая почечная недостаточность (токсический нефронекроз) у больных алкоголизмом характеризуется: 1. минимальной протеинурией; 2. микрогематурией; 3. коротким осуществлением мочевого синдрома; 4. быстрым течением заболевания.

- А. а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- В. б) если правильны ответы 1 и 3
- С. в) если правильны ответы 2 и 4

Д. г) если правильный ответ 4

Е. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

276. 1 стадия острого повреждения почек характеризуется :

- А. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов**
- В. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов
- С. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов

277.1 стадия острого повреждения почек характеризуется :

- А. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов**
- В. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов
- С. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов

278. 2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется:

- А. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов
- В. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов**
- С. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов

279.2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется:

- А. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов
- В. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов**
- С. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов

280. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно:

- А. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов
- В. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 300% от базального в течение 24 ч**
- С. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови до 0,5 ммоль/л в течение двух недель

281. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно:

- А. снижение диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов
- В. снижение диуреза до 0,3 мл/кг/ч в течение 24 ч**
- С. снижение диуреза до 1,0 мл/кг/ч в течение двух недель

282. Существуют ли маркеры структурных нарушений почек, появляющиеся раньше снижения СКФ:

- A. нет, таких маркеров нет
- B. да, существуют, могут определяться лабораторными методами исследования**
- C. да, существуют, но их определение возможно только при проведении биопсии почки и микроскопическом анализе

283. К формам острого повреждения почек НЕ относится:

- A. преренальное острое повреждение почек
- B. ренальное острое повреждение почек
- C. инфраренальное острое повреждение почек**
- D. постренальное острое повреждение почек

284. К причинам ренального острого повреждения почек НЕ относится:

- A. патология почечных сосудов
- B. тубулярный некроз
- C. кортикальный некроз
- D. обструкция мочеточника конкрементом**
- E. гломерулопатии

285. Какой формы тубулярного некроза НЕ существует:

- A. ишемический
- B. токсический
- C. уремический**
- D. пигментный

286. Назовите причину, которая НЕ приводит к развитию токсического тубулярного некроза:

- A. некоторые лекарственные препараты
- B. йодсодержащие рентгеноконтрастные средства
- C. анестетики
- D. гипотония**
- E. змеиный яд

287. К развитию пигментного тубулярного некроза может привести:

- A. краш-синдром**
- B. гемолитическая анемия**
- C. гипотония
- D. переливание несовместимой крови**

288. К преренальным причинам развития острого повреждения почек НЕ относится:

- A. гипотензия любого генеза
- B. уменьшение объема циркулирующей крови не зависимо от причины
- C. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств**
- D. генерализованный отек

289. К развитию ишемического тубулярного некроза может привести:

- A. краш-синдром
- B. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств
- C. змеиный яд
- D. нарушения системной гемодинамики (шок, острая сердечная недостаточность и др.)**

290. Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, более чем на 200%, но менее чем на 300% (более чем в 2, но менее, чем в 3 раза) от базального уровня”:

- A. Первой
- B. Второй**
- C. Третьей
- D. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше

291. На каких показателях функции почек базируется система AKIN:

- A. Концентрация креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации
- B. Концентрация креатинина в сыворотке крови
- C. Концентрация креатинина в сыворотке крови и объем мочи**
- D. Концентрация креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации и объем мочи
- E. Объем мочи
- F. Скорость клубочковой фильтрации

292. Изменения концентрации липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов

(NGAL), в сыворотке крови может использоваться в качестве:

- A. Теста для ранней диагностики острого повреждения почек
- B. Теста для дифференциальной диагностики острого повреждения почек
- C. Теста для определения вероятности неблагоприятного исхода острого повреждения почек
- D. Во всех случаях, перечисленных выше**
- E. Не может использоваться во всех случаях, перечисленных выше

293. По классификации AKIN для диагностики острого повреждения почек требуется, как минимум:

- A. 1.Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч
- B. 2.Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч.
- C. 3.Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч**
- D. 4.Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч

294.Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, больше или равное 26,4 мкмоль/л или от 150 до 200% (в 1,5-2 раза) от базального”:

- A. Первой**
- B. Второй
- C. Третьей
- D. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше

295.Причиной острой почечной недостаточности может быть:

- A. Отравление суррогатами алкоголя.**
- B. Кардиогенный шок.**
- C. Сахарный диабет.
- D. Синдром длительного сдавления.**
- E. Геморрагический шок.**

296.Хроническая болезнь почек – это «наличие повреждения почек или снижения уровня функции почек в течение:

- A. трех месяцев и более**
- B. двух месяцев и более
- C. одного месяца и более
- D. одного года и более

297.Причиной хронической почечной недостаточности НЕ является:

- A. Хронический гломерулонефрит.
- B. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит.
- C. Диабетическая нефропатия.
- D. Гипертонический нефроангиосклероз.
- E. Ожоговая болезнь.**

298. К симптомам структурных изменений органа при хронической дисфункции почек относится:

- А. никтурия
- В. Азотемия
- С. Полиурия
- Д. Протеинурия**
- Е. дизэлектrolитемия

299. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- А. а) через 3-5 месяцев от начала заболевания;**
- В. б) через год;
- С. в) через 3 года;
- Д. г) с первых недель заболевания;
- Е. д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

300. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью, натрием; 4. нарушение электролитного и кислотно-щелочного состояния.

- А. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- В. б) если правильны ответы 1 и 3;
- С. в) если правильны ответы 2 и 4;
- Д. г) если правильный ответ 4;
- Е. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

301. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- А. а) кожный зуд;
- В. б) эритроцитоз;**
- С. в) полиурия, полидипсия;
- Д. г) тошнота, рвота;
- Е. д) мышечные судороги.

302. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерина.

- А. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- В. б) если правильны ответы 1 и 3;
- С. в) если правильны ответы 2 и 4;
- Д. г) если правильный ответ 4;
- Е. д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

303. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- A. а) повышение артериального давления;
- B. б) полиурию, полидипсию;**
- C. в) гиперкалиемию;
- D. г) метаболический ацидоз;
- E. д) судороги.

304. Клинические проявления <ХПН> возникают при клубочковой фильтрации:

- A. а) 140-200 мл/мин;
- B. б) 100-140 мл/мин;
- C. в) 80-100 мл/мин;
- D. г) 60-80 мл/мин;
- E. д) 40 мл/мин.**

305. Основными симптомами нарушения функции почек являются:

- A. артериальная гипертензия**
- B. дизэлектrolитемия**
- C. дизурия
- D. отеки**
- E. метаболический ацидоз**
- F. азотемия, уремия**

306. Назовите симптомы, связанные с нарушением волюморегулирующей функции почек:

- A. метаболический ацидоз
- B. артериальная гипертензия**
- C. отеки**
- D. уремия

307. У больного с терминальной почечной недостаточностью уровень гемоглобина в клиническом анализе крови составляет 80 г/л. Нарушение какой функции почек приводит к таким изменениям:

- A. экскреторной
- B. осморегулирующей
- C. Эндокринной**
- D. метаболической

308.Нарушение какой функции почек является причиной развития остеодистрофии при выраженной хронической дисфункции почек:

- A. метаболической
- B. эндокринной**
- C. экскреторной
- D. осморегулирующей

309.Основными клиническими показателями глобальной функции почек являются:

- A. концентрация креатинина в плазме крови**
- B. скорость клубочковой фильтрации**
- C. концентрация общего белка в моче
- D. концентрация билирубина в плазме крови

310.Назовите вещества, повышение которых в плазме крови является проявлением азотемии:

- A. общий белок
- B. креатинин**
- C. щелочная фосфатаза
- D. мочевины**

311.Повышение в плазме крови какого вещества из перечисленных НЕ относится к проявлению азотемии:

- A. аспартатаминотрансфераза**
- B. креатинин
- C. мочевины
- D. мочевины

312.К проявлениям уремии можно отнести:

- A. дизурия
- B. энцефалопатия**
- C. олигурия**
- D. диспепсия**
- E. анемия**
- F. перикардит**

313.Уремия – это:

- A. клиническое проявление азотемии тяжелой степени**
- B. повышенное содержание в крови мочевины
- C. повышенное содержание в крови мочевой кислоты

D. все варианты верны

314. К клиническим проявлениям периферической нейропатии относится:

- A. симптом беспокойных ног
- B. язвы нижних конечностей
- C. снижение вибрационной чувствительности
- D. нарушение суставно-мышечного чувства**
- E. нарушение глубоких сухожильных рефлексов

315. К симптомам уремии НЕ относится:

- A. энцефалопатия
- B. перикардит
- C. периферическая нейропатия
- D. левосторонний гемипарез**
- E. анемия
- F. диспепсия

316. Для поражения кожи при уремии НЕ характерно:

- A. сухость кожных покровов
- B. кожный зуд
- C. экхимозы
- D. везикулярная сыпь**
- E. бледно-желтоватый оттенок кожи

317. Назовите патологический тип дыхания при метаболическом ацидозе:

- A. дыхание Биота
- B. дыхание Куссмауля**
- C. дыхание Чейн-Стокса

318. Какой из симптомов НЕ является характерным для поражения ЖКТ при уремии:

- A. снижение аппетита
- B. диспепсия
- C. боль при глотании**
- D. характерный запах аммония изо рта
- E. диаррея

319. Для метаболического ацидоза при дисфункции почек характерно:

- A. снижение pH**
- B. снижение SB (стандартный бикарбонат)**
- C. BE (дефицит оснований) - < -2**
- D. снижение pCO₂

Е. повышение pO_2

320. Для дисэлектролитемии при глобальной дисфункции почек характерно:

- А. гиперкалиемия**
- В. гипо- или гипернатриемия**
- С. гипокалиемия
- Д. гипокальциемия**
- Е. гипермагниемия**
- Ф. гиперфосфатемия**

321. Для дисэлектролитемии при глобальной дисфункции почек НЕ характерно:

- А. гипокалиемия**
- В. гипо- или гипернатриемия
- С. гипокальциемия
- Д. гипермагниемия
- Е. гиперфосфатемия

322. Для дисэлектролитемии при глобальной дисфункции почек НЕ характерно:

- А. гиперкалиемия
- В. гипо- или гипернатриемия
- С. гипокальциемия
- Д. гипермагниемия
- Е. гипофосфатемия**

323. Нормальная концентрация калия в плазме крови:

- А. 1-1,5 ммоль/л
- В. 3,5-5,2 ммоль/л**
- С. 5,8-6,5 ммоль/л
- Д. 2,0-3,0 ммоль/л

324. Нормальная концентрация натрия в плазме крови:

- А. 120-130 ммоль/л
- В. 130-135 ммоль/л
- С. 136-143 ммоль/л**
- Д. 150-160 ммоль/л

325. Концентрация общего кальция в плазме у пациента с ХБП V стадии равна 3,2 ммоль/л.

Оцените значение:

- А. не изменена

В. повышена

С. понижена

326. У больного с IgA нефропатией СКФ 10 мл/мин, уровень неорганического фосфата в

плазме крови равен 2,3 ммоль/л. Оцените показатели:

А. СКФ резко снижена, уровень фосфора не изменен

В. СКФ резко снижена, уровень фосфора повышен

С. СКФ не изменена, уровень фосфора повышен

Д. оба показателя резко снижены

Е. оба показателя соответствуют норме

327. Анемия при дисфункции почек:

А. гиперхромная макроцитарная

В. гипохромная микроцитарная

С. нормохромная нормоцитарная

Д. нормохромная микроцитарная

328. У больного с терминальной почечной недостаточностью снижение уровня

гемоглобина сопровождается:

А. повышением концентрации эритропоэтина в плазме крови

В. снижением концентрации эритропоэтина в плазме крови

С. нормальным уровнем эритропоэтина в плазме крови

329. Выработка эритропоэтина в почках происходит:

А. в капиллярах клубочков

В. в собирательных трубках

С. в интерстиции

Д. в эпителии капсулы клубочка

330. При анемии ключевым моментом активации синтеза эритропоэтина в почке является:

А. снижение уровня гемоглобина

В. активация фактора, индуцируемого гипоксией (HIF - Hypoxia-inducible factor)

С. повышенное разрушение эритропоэтина

Д. увеличение выведения эритропоэтина с мочой

331. Причиной хронической почечной недостаточности НЕ является:

А. Хронический гломерулонефрит.

В. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит.

- С. Диабетическая нефропатия.
- Д. Гипертонический нефроангиосклероз.
- Е. Ожоговая болезнь.**

332. Что является ведущей причиной анемии у больных хронической почечной недостаточностью?

- А. Дефицит железа.
- В. Уремия.
- С. Дефицит эритропоэтина.**
- Д. Задержка жидкости.
- Е. Гемолиз.

333. Причиной хронической почечной недостаточности может быть:

- А. Отравление суррогатами алкоголя.
- В. Кардиогенный шок.
- С. Сахарный диабет.**
- Д. Синдром длительного сдавления.
- Е. Геморрагический шок.

334. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- А. анурия;
- В. высокая гипертензия;
- С. повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;**
- Д. повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
- Е. развитие перикардита.

335. Какие методы замещения функции почек при развитии хронической болезни почек наиболее эффективны?

- А. пламаферез
- В. гемодиализ при выявлении ранних признаков
- С. эритроцитоз
- Д. прием энтеросорбентов
- Е. гемодиализ при повышении уровня креатинина выше 0,6 мкмоль/л**

336. Осложнения хронической почечной недостаточности, требующий экстренного проведения гемодиализа:

- А. Анемия: Hb 68 г/л.
- В. Гиперфосфатемия: P 2,6 ммоль/л.
- С. Азотемия: мочевины 18 ммоль/л.
- Д. Азотемия: креатинин 800 мкмоль/л.
- Е. Гиперкалиемия: K 7 ммоль/л.**

337. Наиболее грозным осложнением процедуры гемодиализа является:

- A. Воздушная эмболия.**
- B. Тромбоз диализатора.
- C. Тромбоз магистралей.
- D. Гиповолемия.
- E. Гипогликемия

338. Наиболее частым ранним осложнением после формирования артериовенозной фистулы для гемодиализа является:

- A. Кровотечение.
- B. Тромбоз венозного сегмента.**
- C. Сердечная недостаточность.
- D. Тромбоз артериального сегмента.
- E. Венозная гипертензия.

339. Наиболее частым осложнением перитонеального диализа является:

- A. Гипергидратация.
- B. Спаечная болезнь брюшной полости.
- C. Диализный перитонит.**
- D. Острая сердечная недостаточность.
- E. Гипергликемия.

340. Осложнением избыточной ультрафильтрации на гемодиализе НЕ является:

- A. Гипотония.
- B. Гипергликемия.**
- C. Судороги.
- D. Нарушение ритма.
- E. Тромбозы.

341. Для оценки эффективности гемодиализа необходимо исследовать показатели:

- A. Креатинина перед диализом.
- B. Мочевины перед диализом.
- C. Мочевины до и после диализа.**
- D. Креатинина до и после диализа.
- E. Калия до и после диализа.

342. Для эффективного проведения гемодиализа кровотока по артериовенозной фистуле должен быть не менее:

- A. 50 мл/мин.

- В. 100 мл/мин.
- С. 150 мл/мин.
- Д. 200 мл/мин.
- Е. 300 мл/мин.**

343. Для предотвращения тромбозов во время проведения гемодиализа применяют:

- А. Гепарины.**
- В. Ацетилсалициловую кислоту.
- С. Клопидогрел.
- Д. Альтеплаза.
- Е. Варфарин.

344. Наиболее частой причиной смерти диализных больных является:

- А. Гиперкалиемия.
- В. Инфекционные осложнения.
- С. Онкологические заболевания.
- Д. Сердечно-сосудистые заболевания.**
- Е. Уремия.

345. Оптимальным сосудистым доступом для гемодиализа является:

- А. Перманентный центральный венозный катетер.
- В. Синтетический сосудистый протез.
- С. Нативная артериовенозная фистула.**
- Д. Шунт Скрибнера.
- Е. Полубиологические протезы вены пуповины.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.43 «НЕФРОЛОГИЯ»

Сбеседование:

1. Строение нефрона
2. Классификация гломерулонефритов (клиническая и Клинико-морфологическая).
3. Эфферентные методы лечения
4. Аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек.
5. Поражения почек при системных васкулитах.
6. Микроскопический полиангиит. Поражения почек.
7. Ингибиторы АПФ. Механизм действия при почечной патологии. Показания к назначению.
8. Лечение волчаночного нефрита.
9. ОПН. Определение, классификация, диагностика.
10. Хроническая трансплантационная нефропатия.
11. Процесс фильтрации (роль системного артериального давления, онкотического давления, давления в мочевом пространстве). Механизм развития внутриклубочковой гипертензии и гиперфильтрации.
12. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит.
13. Особенности подготовки воды для гемодиализа.
14. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь.
15. Поражения почек при псориазе.
16. Синдром Гудпасчера.
17. Антигипертензивная терапия при заболеваниях почек.
18. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена при патологии почек и его коррекция.
19. ОПН. Лечение.
20. Подбор пары донор-реципиент. Понятие «лист ожидания».
21. Кровоснабжение почки, её особенности. Клиническое значение.
22. Экстракапиллярный гломерулонефрит.

23. Гемодиализная мембрана – проблема биосовместимости.
24. Нефроптоз.
25. Особенности течения инфекций мочевых путей при сахарном диабете.
26. Классификация системных васкулитов.
27. Циклофосфан. Показания к назначению. Схемы лечения. Побочное действие.
28. Нарушение баланса калия и его коррекция.
29. ХПН. Основные клинические проявления.
30. Варианты отторжения трансплантата. Клиническая классификация.
31. Протеинурия, её виды, механизмы.
32. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит.
33. Ацетатный и бикорбанатный гемодиализ.
34. Гидронефроз.
35. Ранняя диагностика диабетической нефропатии.
36. Гранулематоз Вегенера, поражения почек.
37. Применение ингибиторов кальциевых каналов при заболеваниях почек.
38. Нарушение баланса натрия и его коррекция.
39. ХПН. Определение. Классификация.
40. Понятие «отторжение трансплантата».
41. Процесс мочеобразования.
42. Диффузный генерализованный экссудативно-пролиферативный гломерулонефрит.
43. Биофизические принципы диализа.
44. Гепаторенальный синдром.
45. Синдром Фанкони.
46. Методы лабораторного подтверждения СКВ.
47. Основные иммуносупрессанты, используемые в нефрологии.
48. Принципы лечения инфекции мочевых путей.
49. Лечение ХПН на консервативно-курабельной стадии.

50. Подходы к лечению инфекционных осложнений у реципиентов почки.
51. Скорость клубочковой фильтрации, методы определения.
52. Гломерулонефрит с минимальными изменениями.
53. Изолированная ультрафильтрация, Принципы и показания.
54. Миеломная нефропатия.
55. Несахарное мочеизнурение. Варианты. Методы диагностики.
56. Значение определения специфических антител.
57. Циклоспорин А. Механизм действия. Показания к назначению. Мониторинг.
58. Лечение подагрической нефропатии.
59. Терминвальная ХПН. Медикаментозная поддержка при программном гемодиализе.
60. Цитомегаловирусная инфекция. Варианты клинического проявления. Лечение.
61. Мочевина; механизм её образования; показатель функции почек. Генез почечного и
внепочечного повышения мочевины крови.
62. Конвективные методы лечения.
63. Мембранозный гломерулонефрит.
64. Изменения мочевыделительной системы при беременности.
65. Поражения почек при системной красной волчанке.
66. Значение теста на определение В2-микроглобулина.
67. Циклоспорин А. Подбор дозы препарата. Побочное действие.
68. Лечение вторичного амилоидоза.
69. Коррекция синдиализной гипертензии.
70. Побочное действие циклоспорина.
71. Креатинин; значение определения креатинина.
72. Перитонеальный диализ. Биофизические принципы.
73. Фокально-сегментарный гломерулосклероз/гиалиноз.
74. Нефротический синдром.

75. Мочекаменная болезнь
76. Нефритический мочево́й синдром.
77. Глюкокортикостероиды. Показания к назначению. Схемы лечения.
78. Лечение экстракапиллярного гломерулонефрита нефрита.
79. Вазоренальная гипертензия. Диагностика. Методы коррекции.
80. Лечение криза отторжения трансплантата.
81. Мочевая кислота. Механизм «почечной обработки» мочевой кислоты. Причины и значимость гиперурикемии.
82. Гемодиализный мониторинг.
83. Фибропластический гломерулонефрит.
84. Остронефритический синдром.
85. Инфарт почки
86. Оценка протеинурии.
87. Гиполипидемическая терапия.
88. Лечение мезангиокапиллярного гломерулонефрита.
89. Тактика ведения больных с гломерулонефритом при беременности.
90. Вводная иммуносупрессивная терапия.
91. Строение почечного клубочка.
92. Осложнения гемодиализа.
93. Тубуло-интерстициальные нефриты.
94. Варианты паранеопластической нефропатии.
95. Осложнения нефротического синдрома.
96. Исследования концентрационной функции почек.
97. Базисная терапия гломерулонефритов.
98. Лечение мезангиопролиферативного гломерулонефрита.
99. Пиелонефрит беременных. Лечение.
100. Базисная иммуносупрессивная терапия при пересадке почки. Её коррекция.

101. Основные процессы, происходящие в системе канальцев.
102. Показания к гемодиализу при ОПН.
103. Амилоидоз почек.
104. Острый гломерулонефрит.
105. Синдром Кона.
106. Оценка нефробиоптата. Показатели активности и хронизации процесса.
107. Место дезагрегантов в нефрологии. Возможные схемы назначения.
108. Лечение ФСГС.
109. Показания к лечению эритропоэтином
110. Протокол обследования реципиента.
111. Механизмы коррекции кислотно-основного состояния почками.
112. Показания к гемодиализу при ХПН.
113. Диабетическая нефропатия.
114. Болезнь Берже.
115. Синдром Бартера.
116. Проба Реберга.
117. Антикоагулянты в нефрологии.
118. Лечение мембранозного гломерулонефрита.
119. Побочные эффекты стероидной терапии.
120. Протокол обследования кадаверного донора.
121. Гематурия. Варианты. Подходы к дифференциальной диагностике.
122. Коррекция анемии у диализных пациентов.
123. Подагрическая нефропатия.
124. Врожденные заболевания почек.
125. Синдром неадекватной секреции антидеуретического гормона.
126. Методы диагностической нефробиопсии.
127. Диуретики в нефрологии.
128. Лечение гломерулонефрита с минимальными изменениями.
129. Осложнения нефротического синдрома.

130. Протокол обследования живого донора.
131. Основные функции почек.
132. Временный сосудистый доступ для гемодиализа.
133. Инфекции мочевых путей.
134. Кистозная болезнь почек.
135. Поражения почек при инфекционном эндокардите.
136. Противопоказания к нефробиопсии.
137. Коррекция стероидной остеодистрофии.
138. Лечение острого гломерулонефрита.
139. Ишемическая болезнь почек.
140. Противопоказания к пересадке почки.
141. Почечная регуляция фосфорного-кальциевого обмена.
142. Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа.
143. Хронический пиелонефрит.
144. Наследственные нефриты.
145. Поражения почек при геморрагическом васкулите.
146. Показания к нефробиопсии.
147. Оценка запасов железа при анемии.
148. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит.
149. Значение определения комплемента в сыворотке крови при гломерулонефритах.
150. Показания к трансплантации почки.

3.ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Ситуационная задача 1

Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертония (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, большой похудел.

Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.

При обследовании: В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - 2,8*10¹²/л, лейкоциты – 9,8*10⁹/л, тромбоциты – 126*10⁹/л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы. При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико- медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

Вопросы:

- Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
- Составьте и обоснуйте план исследования
- Назначьте лечение

Ситуационная задача 2

Пациент 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения.

Из анамнеза: болеет 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделю назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр. В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита.

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы глоточного кольца, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Дизурии нет.

При исследовании: в общем анализе крови Нв 129 г/л, лейкоцитов 5,3* 10⁹ /л, СОЭ 27 мм/ч; в общем анализе мочи удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейкоц. – 2-3 в п/зр. Мазок из зева дал рост бета-гемолитического стрептококка.

Вопросы:

- Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
- Составьте и обоснуйте план исследования
- Назначьте лечение

Ситуационная задача 3

Женщина 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов сопровождающееся ознобом, слабость.

Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно принимала амоксилав, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура

нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование; Нв-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейкоц-10,6* 10⁹/л, СОЭ-32мм/ч. о/а мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л. лейкоц-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр .креатинин 96 мкмоль/л. Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80мм.рт .ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Вопросы:

- Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
- Составьте и обоснуйте план исследования
- Назначьте лечение

Ситуационная задача 4

Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб.

Из анамнеза: Заболела впервые.

Объективно: Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положительный слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия.

На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом. По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз
- Составьте план дополнительного исследования для уточнения диагноза
- Назначьте лечение

Ситуационная задача 5

Больная 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита. В анамнезе повышение АД до 180\110 мм./рт.ст. Цифры АД последние 2 года постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, уменьшился диурез, появились отеки на лице и туловище.

Объективно: больная бледная, на пояснице, передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 190\120 мм.рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Анализ мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок – 3000 мг/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+). Анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты 2,6 * 10¹² \л, лейкоциты – 5,6 * 10⁹ \л, СОЭ – 36 мм в час. Биохимическое исследование крови: общий белок – 56 г\л, альбумины – 32 %, глобулины – 58% (*1 – 15,2% * — 7,1% * — 35%), холестерин крови – 14,8 ммоль\л.

Вопросы

- Поставьте диагноз.
- Укажите основные синдромы заболевания.
- Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
- Чем объясняется изменение границ сердца и аускультативной симптоматики?

Ситуационная задача 6

Больная 25 лет поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт.ст, был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию. В стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала

нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована. При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоц 5,6*10¹²/л, п/я 1%, сегм 73%, лимф 19%, мон 7%, СОЭ 70 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33%0, лейкоц 15-20 в п/зр, эр 10- 15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр. Суточная протеинурия 41 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альбумины 34,5%, глобулины: α 1 5,6%, α2 35,15, γ 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), β-липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98). При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

Вопросы:

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо назначить больной?
- Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?
- Назначьте лечение больной?
- Каков прогноз?

Ситуационная задача 7

Больная С., 29 лет, поступила с жалобами на слабость, головную боль, головокружение. В детстве часто болела ангинами. В 17 летнем возрасте при обследовании впервые в моче обнаружили белок. Через год стало повышаться артериальное давление, появились головные боли, головокружение. С этого времени принимала дибазол, резерпин. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца увеличены влево на 1-1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные. Акцент 2 тона на аорте. Пульс напряжен, ритмичен, 88 уд. в мин. АД 190/110 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/болезненный. Печень у края реберной дуги. АН. мочи : уд. вес 1010, белок 3,3%, гиалиновые цилиндры 2-3 в п/зр., эритроциты 80-100 в п/зр. АН. Крови: Нв 90 г/л, СОЭ 30 мм/ч, креатинин 90 мкм/л. Проба Реберга (по эндогенному креатинину) - КФ 49,9 мл/мин., КР 99%. При рентгеноскопии гр. клетки сердце аортальной конфигурации, увеличен левый желудочек. Легкие без патологии. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Глазное дно: артерии сужены, неравномерного калибра. Диски зрительных нервов без особенностей. В центральных отделах сетчатки левого глаза единичные кровоизлияния. Радиоренография: клиренс крови нормальный. Поглощение и выделение гиппурана равномерно снижено обеими почками.

Вопросы:

- Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ситуационная задача 8

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 недели назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов. 7 Анализ крови: эр. 4,3x10¹² /л, Нв 140 г/л, л. 7,()x10⁹ /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Вопросы:

- Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ситуационная задача 9

Больной 27 лет перенёс ОРВИ, осложнившуюся бактериальным фарингитом. Специфического лечения не получал. Через две недели появилось недомогание, головная боль, вялость. Стал отмечать небольшие отёки по утрам на лице, к вечеру – отёки стоп и голеней. Обратился к участковому врачу, выявлено повышенное АД, назначен анаприлин. Улучшений не было. Через несколько дней в анализе мочи была обнаружена протеинурия, эритроциты 30-40 в п/зр.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз.
- Ваша тактика.
- Назначьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

Ситуационная задача 10

Больной 43 лет заболел 7 месяцев назад. После перенесённой ангины появились отёки, артериальная гипертензия, моча цвета «мясных помоев». Лечился в стационаре, получал фуросемид, ампициллин, гипотензивные препараты. Было некоторое улучшение, но все симптомы не исчезли. Месяц назад состояние больного вновь ухудшилось: усилилась головная боль, тупые боли в поясничной области, слабость, ухудшение зрения. Госпитализирован. При осмотре: бледен, лицо одутловато. Выраженные отёки голеней, стоп, поясничной области. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 64 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. В нижних отделах лёгких незвонкие влажные хрипы. Печень у реберного края. ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка. Глазное дно – гипертоническая ангиоретинопатия.

Вопросы:

- Предварительный диагноз.
- О каком синдроме Вы должны подумать прежде всего?
- План обследования больного.
- Какой препарат является препаратом выбора при подтверждении Вашего предположения о ведущем синдроме?

Ситуационная задача 11

У больной 27 лет после ангины появились отёки стоп, АД 150/100 мм рт.ст., протеинурия до 1,65%, микрогематурия. Диагностирован острый гломерулонефрит. Проведено лечение пенициллином, гипотензивными и мочегонными средствами неэффективно. В течение 2 месяцев держатся выраженные отёки лица, голеней, стоп, стойкая протеинурия (до 6,6%), АД 130/90 – 150/100 мм рт.ст.

Вопросы:

- Какие особенности течения ОГН имеют место в данном случае?
- Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
- Коррекция лечения

Ситуационная задача 12

Больной 26 лет через неделю после купания в холодной воде появилась одутловатость лица, отметил покраснение мочи, тяжесть голове. При осмотре выявлено повышение АД до 180/100 мм рт. ст., в анализах мочи – протеинурия 6,6% и гематурия. С детства страдает хроническим гнойным бронхитом, подозревали наличие бронхоэктазов, но специальных исследований не проводилось. Анализ крови без отклонений от нормальных показателей, СОЭ 16 мм/час. Уровень креатинина сыворотки крови нормальный.

Вопросы:

- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Показана ли этому больному пункционная биопсия почек?
- Программа лечения больного в зависимости от выявленной патологии.

Ситуационная задача 13

Больная 65 лет заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38,0. Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области. В анализе крови: Нв 110 г/л, лейкоциты 12,2*10⁹/л, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты 0,9*10³/мл, лейкоциты 80*10³/мл.

Вопросы:

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

Ситуационная задача 14

Больной 40 лет обратился к врачу с жалобами на изменение цвета мочи («мясные помои») в течение нескольких дней. Аналогичные эпизоды отмечал три месяца назад, к врачу не обращался. Температура тела не повышена, самочувствие вполне удовлетворительное.

Вопросы:

- Какие дополнительные сведения нужно получить из анамнеза настоящего заболевания и анамнеза жизни?
- Перечислите заболевания, о которых нужно думать в первую очередь?
- Назначьте план обследования больного.
- Какие изменения в анализе мочи Вы ожидаете увидеть?
- По результате данных обследования в консультации каких специалистов может нуждаться больной?
- Как Вы относитесь к назначению гемостатических препаратов в данном случае?
- Какие рекомендации по диете Вы дадите больному?

Ситуационная задача 15

Больной Н., 57 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5 °С, боли в области поясницы, отеки ног, рук, отечность лица, больше в утреннее время, головную боль. Свое состояние связывает с переохлаждением.

В анамнезе 2 года назад при обследовании по поводу повышенного АД в анализах мочи были выявлены протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Был поставлен диагноз: «хронический гломерулонефрит, латентная форма». Больной поставлен на учет, однако в последующий период к врачу не обращался.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабopоложительный с двух сторон. Выраженные отеки голеней, рук, лица.

Вопросы:

1. О какой форме хронического гломерулонефрита идет речь?
2. Диагностические критерии постановки диагноза.
3. Выбор ведения пациента – в амбулаторных условиях или госпитализация?

Ситуационная задача 16

У больной 25 лет после очередной ангины, спустя 3 нед. появились отеки на лице, головные боли, слабость. Отеки прогрессировали, отмечалось усиление головных болей, появилось головокружение, шум в ушах, прогрессивно снижалась острота зрения. На 7 день количество мочи уменьшилось, появились диплопия, чувство тяжести в подреберьях, рвота. Больная потеряла сознание, внезапно возникли тонические, а затем клонические судороги. С подозрением на опухоль головного мозга и эпилепсию больная доставлена в нейрохирургическое отделение. Зарегистрированы высокие цифры АД – 240/140 мм рт. ст. Через 20 мин больная пришла в сознание, но оставалась заторможенной, речь была затруднена. Осмотрев больную и проведя ряд дополнительных исследований, нейрохирург отверг вышеупомянутый диагноз и рекомендовал госпитализировать в другое отделение.

Вопросы:

- Что не учел врач «Скорой помощи» при постановке д-за?
- Что дало основание врачу-нейрохирургу отвергнуть данный диагноз?
- Каков предположительный диагноз?
- Какие дополнительные исследования должны подтвердить диагноз?
- Ваши экстренные мероприятия.
- Назначьте лечение.

Ситуационная задача 17

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2 x 10¹²; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 x 10⁹, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевины – 11,4 мкмоль/л.

Вопросы:

- Выделите ведущие синдромы.
- Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования.
- Составьте план лечения

Ситуационная задача 18

Больной Н., 18 лет, обратился с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи.

Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные,

приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон.

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз. Укажите этиологические и патогенетические факторы развития данного заболевания.
- Перечислите возможные осложнения. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача 19

Больной В., 26 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз.
- Укажите патогенетические аспекты артериальной гипертензии у данного пациента.

Перечислите возможные осложнения заболевания. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача 20

Больной 23 лет поступил в неврологическое отделение в бессознательном состоянии (наркотическое опьянение). В течение 5 лет употребляет в/в наркотики (героин). В течение последней недели отмечалось повышение температуры до 39,0 с потрясающими ознобами, проливными потами. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные с землистым оттенком. В легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум над мечевидным отростком и по правому краю грудины в нижней её трети. Тахикардия до 110 уд/мин, Ч/Д 26 в 1 мин. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, мягко-эластичной консистенции. Пальпируется селезенка на 1 см ниже реберного края. В анализе крови Нв 104 г/л, лейкоц. 12*10⁹/л, СОЭ 60 мм /час. ЭХО КГ – на створках трикуспидального клапана определяются «пушистые» вегетации, регургитация 2-3 ст.

Вопросы:

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования больного.
- Какие изменения Вы ожидаете увидеть в результатах исследований?
- Каков прогноз у данного больного?

Ситуационная задача 21

При обследовании пациента с признаками острой коронарной недостаточности, выявлены дислипидемия и повышение уровня мочевины и креатинина.

Вопросы:

- Ваша тактика для предварительной постановки диагноза,
- Дополнительные методы для подтверждения диагноза
- Ваш диагноз

Ситуационная задача 22

Нефролог вызван на консультацию в отделение ревматологии. Больная Ж., 61 г, поступила в стационар с обострением ревматоидного артрита.

Из анамнеза: страдает ревматоидным артритом около 10 лет. У ревматолога наблюдается нерегулярно. Несколько лет назад назначены глюкокортикостероиды. Принимала 1,5 года, потом самостоятельно прекратила. В последний месяц на фоне усилившихся болей в суставах кистей рук, локтевых и коленных суставах появились массивные отеки на ногах, увеличился живот. Самостоятельно принимала верошпирон с незначительным эффектом. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Суставы кистей рук отечны, деформированы по типу ульнарной девиации, пальцы типа «шея лебедя». Кожные покровы бледные. Отеки лодыжек и голеней массивные, асцит. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 78 уд/мин, АД — 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 4,8 г/л, лейкоц. – 4-6 в п/зр., эритроц. выщ. 2-5 в п/зр., цилиндр. 3-4, цилиндр. восковидн. 3-4. Биохимические исследования крови: ревматоидный фактор – положит., общий белок – 46 г/л, альбумины – 28 г/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 8,6 ммоль/л

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- План дообследования.

- Показания к нефробиопсии.
- Дифференциальная диагностика.

Лечение.

Ситуационная задача 23

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки. Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Hb 100 г/л, лейкоц 10 7,8*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,2‰, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

Вопросы:

- Сформулируйте клинический диагноз.
- С чем связаны, по Вашему мнению, отёки у больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

Ситуационная задача 24

Женщина 40 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение в связи с дыхательной недостаточностью. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев лечилась у оториноларинголога по поводу гайморита. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены множественные инфильтраты в базальных отделах легких. В биохимическом анализе крови: креатинин 490 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л, К 6,0 ммоль/л. В общем анализе мочи белок 2,5 г/л, эритроциты 10 – 15 в поле зрения.

Вопросы:

- Какой диагноз наиболее вероятен?
- Что необходимо для уточнения диагноза?

Ситуационная задача 25

Женщина 26 лет в течение последних 5 лет находится под наблюдением ревматолога по поводу системной красной волчанки. Течение заболевания осложнилось развитием волчаночного нефрита. В настоящее время имеет место терминальная почечная недостаточность, начата терапия программным гемодиализом. У пациентки есть сестра – однойцевый близнец. Сестра была обследована: патологии почек, противопоказаний для донорства не выявлено. Выполнена трансплантация почки от живого родственного донора с хорошей немедленной функцией трансплантата.

Вопросы:

Необходимо ли проводить иммуносупрессивную терапию реципиенту почки в данном случае?

Ситуационная задача 26

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, головную боль, массивные отёки ног, поясничной области, передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что больная в течение 15 лет страдает сахарным диабетом. Последние два года получает инсулин. Диабет в настоящее время в стадии компенсации. Год назад больная перенесла инфаркт миокарда, артериальная гипертензия с 40-летнего возраста.

Вопросы:

- Какие вопросы необходимо задать больной для уточнения диагноза?
- Ведущий синдром у больной.
- Чем может быть обусловлен данный синдром в данном случае?
- Какие изменения Вы можете обнаружить в анализе мочи?
- Какие Ваши дальнейшие действия в зависимости от результатов анализа мочи?
- Что Вы ожидаете увидеть при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
- Какие изменения белковых фракций крови могут быть обнаружены?
- Появление лихорадки, асимметричных отёков на нижних конечностях о каком осложнении заставит Вас подумать?

Ситуационная задача 27

Женщина 62 лет поступила с жалобами слабость, отеки нижних конечностей, повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что в течение 16 лет страдает сахарным диабетом. Признаки почечной недостаточности появились 3 года назад. Принимает метформин 1000 мг/сут., амлодипин 10 мг/сут. В биохимическом анализе крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевины 20 ммоль/л, К 5,5 ммоль/л, глюкоза 6 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-ЕП): 4 мл/мин/1,73м². В экстренном порядке начата заместительная почечная терапия гемодиализом.

Вопросы:

- Какова причина дисфункции почек?
- Какие ошибки допущены в лечении диабета?

Ситуационная задача 28

Больной Г., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокое АД (до 170/90 мм РТ ст), боли в голеностопных суставах и первом пальце левой стопы, общую слабость, боли в поясничной области.

Из анамнеза: состояние ухудшилось после употребления в пищу жареного мяса и красного вина. Отец пациента страдал моче-каменной болезнью. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Отеки лодыжек. Первый плюснефаланговый сустав слева гиперемирован, отечен, болезнен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 78 уд/мин, АД — 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 0,2 г/л, лейкоц. – 10-18 в п/зр., эритроц. выщ. 22-28 в п/зр., соли – ураты.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз
- План дообследования.
- Показана ли госпитализация?
- Дополнительные консультации узких специалистов.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.
- Профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача 29

Больная В., 67 лет, поступила в стационар с гипертоническим кризом.

Из анамнеза: сахарным диабетом 2 типа в течение 10 лет. Диету не соблюдает. Принимает манинил. Около 5 лет назад выставлен диагноз: гипертоническая болезнь. Лекарственные средства принимает только при подъеме АД более 160/90 мм РТ ст. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. ИМТ – 32. Кожные покровы бледные. Отеки лодыжек и голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 78 уд/мин, АД — 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 2,8 г/л, лейкоц. – 4-6 в п/зр., эритроц. выщ. 2-5 в п/зр., цилиндр. 3-4. Глюкоза крови – 6,6 ммоль/л, холестерин – 7,8 ммоль/л

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- План дообследования.
- Дополнительные консультации узких специалистов.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.

Профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача 30

Мужчина 28 лет поступил в стационар с жалобами на тошноту, быструю утомляемость, отеки нижних конечностей. Из анамнеза известно, что с детства страдает тугоухостью, гематурия впервые отмечена в возрасте 18 лет при прохождении призывной комиссии, в армии не служил. В течение последних 2 лет – протеинурия до 2 г белка в сутки. В биохимическом анализе крови: креатинин 815 мкмоль/л, мочевины 24 ммоль/л, К 6,4 ммоль/л. В общем анализе мочи протеинурия 2 г/л, эритроциты 10-20 в поле зрения. Старший брат пациента также страдает почечной недостаточностью и тугоухостью, 2 года назад ему была выполнена родственная трансплантация почки от отца. Родители пациента не имеют нарушения слуха и патологии почек.

Вопросы:

- Какой диагноз наиболее вероятен?
- Может ли мать пациента выступить в роли родственного донора почки?
- Может ли отец пациента выступить в роли родственного донора почки?

Ситуационная задача 31

Женщина 38 лет поступила в стационар с жалобами на тошноту, слабость, макрогематурию. Из анамнеза известно, что в возрасте 16 лет при УЗИ выявлены множественные кисты почек. Эпизоды макрогематурии до 2 раз в год. В биохимическом анализе крови: креатинин 1015 мкмоль/л, мочевины 28 ммоль/л, К 6,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: эритроциты сплошь. В гемограмме: Hb 56 г/л, эритроциты $2,4 \cdot 10^{12}/л$. При УЗИ почки увеличены до 250 x 150 мм, во всех отделах определяются множественные округлые гипо-,

анэхогенные образования с четким контуром до 30 мм в диаметре. При цистоскопии выявлено поступление крови из обоих мочеточников. В связи с уремией начата терапия гемодиализом.

Несмотря на интенсивную гемостатическую терапию, купировать гематурию не удается.

Вопросы:

- Какова причина почечной недостаточности?
- Какова лечебная тактика при невозможности купировать гематурию консервативными методами?

Ситуационная задача 32

Больной Х., 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокое АД (до 180/90 мм РТ ст), общую слабость, тошноту, рвоту однократно съеденной пищей.

Из анамнеза: с детства страдает глухотой. Отец пациента скончался в молодом возрасте, причины не знает. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 70 уд/мин, АД — 160/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. ЭКГ – без признаков патологии. Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 0,2 г/л, лейкоц. – 10-12 в п/зр.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- План дообследования.
- Показана ли госпитализация?
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.
- Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 33

Больной А., 10 лет, направлен на консультацию к нефрологу. Мать пациента рассказала, что мальчик с рождения отличался слабым здоровьем, неоднократно лечился в детском отделении ЦРБ по поводу пиелонефрита. В последнюю неделю появились жалобы на боли в животе, по утрам появлялись отеки под глазами. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс — 78 уд/мин, АД — 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где определяется опухолевидное образование в области передней подмышечной линии и левой реберной дуги. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания положительный с двух сторон. ЭКГ – без признаков патологии. Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 0,2 г/л, лейкоц. – сплошь в п/зр.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- План дообследования.
- Опишите ожидаемые результаты УЗИ почек.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.
- Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 34

Пациент Д., 59 лет, находится на Д-учете у нефролога поликлиники с диагнозом: поликистозная болезнь почек, аутосомно-доминантная, хронический пиелонефрит, ХПН, ХБП 3б. Плановый осмотр.

Из анамнеза: диагноз установлен в 23 года. Отец пациента страдал поликистозной болезнью почек, умер в 49 лет от ОНМК. Сам пациент принимает назначенное лечение, соблюдает диету. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы сухие, бледные. Отеки на лодыжках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС — 80 уд/мин, АД — 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Пальпируются бугристые увеличенные почки. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1005, белок – 0,4 г/л, лейкоц. – 4-6, эритроц. – 4-8 в п/зр., цилиндр. Зернистые и восковидные – 6-7 в п/зр.

СКФ – 28 мл/мин.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- План дообследования.
- Тактика нефролога в данной ситуации.
- Лечение.

5. Диспансерное наблюдение

Ситуационная задача 35

В отделение кардиореанимации на консультацию вызван нефролог. Больная Е., 78 лет, поступила накануне с трансмуральным инфарктом миокарда переднебоковой стенки. С утра по мочевому катетеру выделилось 40

мл мутной мочи (за 8 часов наблюдения). Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы влажные, бледные, холодные. Отеки на лодыжках. В легких дыхание везикулярное, крепитация в нижнебоковых отделах с обеих сторон. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС — 90 уд/мин, АД — 90/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Общий анализ мочи: уд.вес — 1036, белок — следы, лейкоциты — 6-8, эритроциты — 5-6 в п/зр. Креатинин плазмы — 412 мкмоль/л, мочевины — 20,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дообследования.
3. Объясните патогенез анурии.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение.

Ситуационная задача 36

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышц туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 x 10⁹, Нв 92 г/л, лк. 7,2 x 10⁹

л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 356 мкмоль/л.

Вопросы:

- Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ситуационная задача 37

Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Нв 42 г/л, лейкоциты 10*10⁹/л, СОЭ 38 мм/час, мочевины 14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N 48-98). Суточное количество мочи 2800 мл. В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099%, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты 8-10 измененных в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.

Вопросы:

- О каком заболевании можно думать?
- Какие исследования должны подтвердить диагноз?

Ситуационная задача 38

Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоочечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему главному дну.

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Назначьте лечение.
- Каков прогноз?

Ситуационная задача 39

Больной В., 42 лет, обратился в клинику для обследования по поводу микрогематурии. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту

жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было. При обследовании: рост 173 см., вес 90 кг. Отеков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40–60 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Гемоглобин 130 г/л, креатинин крови 0,450 ммоль/л, мочевая кислота 520 мкмоль/л, альбумин 45 г/л, калий 5,5 ммоль/л, холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л. УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8×4,9 см, толщина паренхимы 11 мм.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Показана ли в данном случае биопсия почки?
- Какие факторы ускоренного прогрессирования ХПН отмечаются у пациента?

Ситуационная задача 40

Мужчина 37 лет страдает терминальной ХПН в исходе ФСГС. При обследовании по программе подготовки к трансплантации почки выявлен хронический вирусный гепатит С, осложненный циррозом печени с СПГ. Другой патологии не выявлено.

Вопросы:

Какова оптимальная тактика лечения данного пациента?

Ситуационная задача 41

Женщина 52 лет поступила с жалобами слабость, отеки нижних конечностей, повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. В биохимическом анализе крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевины 28 ммоль/л, К 7,5 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-ЕРІ): 4 мл/мин/1,73м².

Вопросы:

- Ваш диагноз и тактика лечения?

Ситуационная задача 42

Женщина 32 лет поступила с жалобами слабость, отеки нижних конечностей, повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что в течение 20 лет страдает сахарным диабетом. В биохимическом анализе крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевины 28 ммоль/л, К 7,5 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-ЕРІ): 4 мл/мин/1,73м². Родители пациентки не имеют патологии почек.

Вопросы:

- Ваш диагноз и тактика лечения?

Ситуационная задача 43

Женщина 26 лет в течение последних 5 лет находится под наблюдением ревматолога по поводу системной красной волчанки. Течение заболевания осложнилось развитием волчаночного нефрита. В настоящее время имеет место терминальная почечная недостаточность, начата терапия программным гемодиализом. У пациентки есть сестра – однойцевый близнец. Сестра была обследована: патологии почек, противопоказаний для донорства не выявлено. Выполнена трансплантация почки от живого родственного донора с хорошей немедленной функцией трансплантата.

Вопросы:

- Необходимо ли проводить иммуносупрессивную терапию реципиенту почки в данном случае?

Ситуационная задача 44

Женщина 25 лет страдает сахарным диабетом I типа с 4 лет. Суточная потребность инсулина 35 Ед. В связи со снижением скорости клубочковой фильтрации до 5 мл/мин была начата заместительная почечная терапия методом программного гемодиализа. В настоящее время гемодиализ 12 часов в неделю, переносимость диализа плохая, частые эпизоды гипогликемии.

Вопросы:

- Вовремя ли начата заместительная почечная терапия?
- Правильно ли выбран метод замещения функции почек?
- Что является «золотым» стандартом лечения данной группы больных?

Ситуационная задача 45

Мужчина 24 лет получает заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа в течение последних 4 лет. Во время сеанса гемодиализа ультрафильтрация до 10% от веса. В течение последних 3-х месяцев отмечает выраженное снижение артериального давления во время процедуры гемодиализа до 70 и 30 мм рт. ст. На этом фоне произошел тромбоз артериовенозной фистулы.

Вопросы:

- Какое осложнение гемодиализа развилось у пациента?
- Как можно профилактировать данное осложнение?

Ситуационная задача 46

Женщина 45 лет вводится в программу гемодиализа. Через 3 часа после начала процедуры гемодиализа появились осиплость голоса, выраженные тянущие боли в нижних конечностях, судорожные подергивания икроножных мышц.

Вопросы:

- Чем обусловлены появившиеся симптомы?

Какова дальнейшая тактика диализной терапии?

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:25 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C