

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ НЕФРОЛОГИЯ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.43 НЕФРОЛОГИЯ**

Кемерово 2022

Тесты ГИА

1. Укажите симптом, не характерный для ОПН:
 - А. Острое начало
 - Б. Олигурия
 - В. Уменьшенные размеры почек
 - Г. Гиперкалиемия
 - Д. Коллапс
2. Эскреция калия с мочой определяется величиной:
 - А. клубочковой фильтрации
 - Б. проксимальной секреции калия
 - В. дистальной реабсорбции калия
 - Г. проксимальной реабсорбции калия
 - Д. дистальной секреции калия
3. Какой из вариантов поражения почек являются не типичными для сахарного диабета:
 - А. все вышеперечисленное
 - Б. Хронический пиелонефрит
 - В. Интракапиллярный гломерулосклероз
 - Г. Острая уратная блокада
 - Д. Сосочковый некроз
4. Какие факторы способствуют образованию оксалатных камней в почках:
 - А. Избыточное потребление аскорбиновой кислоты
 - Б. Синдром нарушенного всасывания
 - В. Дефицит пиридоксина
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
5. Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:
 - А. интерстициальный нефрит
 - Б. мезангиокапиллярный нефрит
 - В. фокально-сегментарный гиалиноз
 - Г. мембранозный нефрит
 - Д. экстракапиллярный нефрит
6. Какие клинические проявления не характерны для нефроптоза:
 - А. Почечные колики
 - Б. Гематурия, связанная с физической нагрузкой
 - В. Астеническое телосложение пациентов
 - Г. Нейровегетативные нарушения
 - Д. ноющие боли в проекции почки
7. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и поражения почек характерно для:
 - А. лекарственного нефрита
 - Б. хронического нефрита
 - В. гранулематоза Вегенера
 - Г. геморрагического васкулита
 - Д. амилоидоза
8. Острая мочекислая нефропатия может развиваться при:
 - А. распаде опухолей
 - Б. лечении опухолей цитостатиками

- В. радиационной терапии
 - Г. при всех перечисленных состояниях
 - Д. ни одно из указанных состояний
9. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром:
- А. СКВ
 - Б. Неспецифический аортоартериит
 - В. Фибромускулярная гиперплазия
 - Г. Лекарственная болезнь
 - Д. Узелковый периартериит
10. Быстропрогрессирующий волчаночный нефрит характеризуется следующими клиническими признаками, кроме:
- А. протеинурией до 1 г/л
 - Б. нефротическим синдромом
 - В. гипертонией
 - Г. быстрым снижением функции почек
 - Д. гематурия
11. Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита:
- А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет
 - Б. Преобладают мужчины
 - В. Заболевание начинается исподволь, незаметно
 - Г. Концентрация комплемента в норме
 - Д. Часто встречается макрогематурия
12. Какое положение, касающееся экстракапиллярного гломерулонефрита, неверно:
- А. Возможен антительный механизм развития
 - Б. Возможен иммунореактивный механизм развития
 - В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
 - Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита
 - Д. Клинически быстропрогрессирующее течение отмечается редко
13. Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия:
- А. Туберкулёз почки
 - Б. Острый нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. Амилоидоз почек
 - Д. Синдром Альпорта
14. Укажите возможные причины смерти больных с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек:
- А. Гиповолемический шок
 - Б. Тромбозы и эмболии
 - В. Инфекционные осложнения
 - Г. отек мозга
 - Д. Все перечисленные причины
15. Артериальной гипертонией у беременных принято считать уровень АД, равный и превышающий:

- А. 120/70 мм рт.ст..
 - Б. 130/80 мм рт.ст..
 - В. 135/85 мм рт.ст..
 - Г. 140/90 мм рт.ст..
 - Д. 150/95 мм рт.ст.
16. Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза, все кроме:
- А. Обогащение диеты фосфором
 - Б. Обогащение диеты кальцием
 - В. Применение фосфор-связывающих препаратов
 - Г. Применение альфакальцидола, кальцитриола
 - Д. все ответы верны
17. У пациента 73 лет натрий сыворотки 170 ммоль/л. Какова наиболее вероятная причина гипернатриемии в данном случае:
- А. Высокое потребление соли с пищей
 - Б. Уремия.
 - В. Дегидратация
 - Г. Наличие синдрома непропорциональной продукции антидиуретического гормона
 - Д. Передозировка диуретиков
18. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию?
Системная красная волчанка:
- А. быстро прогрессирующий нефрит
 - Б. нефротический синдром
 - В. интерстициальный нефрит
 - Г. все указанные
 - Д. ни один из указанных
19. Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:
- А. Метаболический ацидоз
 - Б. Выраженная олигурия
 - В. Анасарка
 - Г. Высокая гиперкалиемия
 - Д. Тяжёлая гипертензия
20. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:
- А. хронического нефрита
 - Б. хронического пиелонефрита
 - В. множественной миеломы
 - Г. поликистоза почек
 - Д. рака паренхимы почек
21. Какое проявление не имеет значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефрита:
- А. Наличие стойкой артериальной гипертензии
 - Б. Величина протеинурии
 - В. Гипертрофия левого желудочка
 - Г. Снижение относительной плотности мочи
 - Д. Анамнестические данные
22. Для миеломной почки характерны:
- А. протеинурия от следовой до выраженной

- Б. гематурия
 - В. нефротический синдром
 - Г. артериальная гипертензия
 - Д. все вышеперечисленное
23. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которую применяют для лечения ХГН нефротического типа:
- А. 0,3–0,4 мг
 - Б. 0,5–0,6 мг
 - В. 0,7–0,8 мг
 - Г. 1 мг
 - Д. 1,5
24. Какие препараты не следует назначать при пиелонефрите в стадии ХПН:
- А. Аминогликозиды
 - Б. Оксациллин
 - В. Эритромицин
 - Г. Карбенициллин
 - Д. все вышеперечисленные
25. Какие факторы предрасполагают к развитию уратного нефролитиаза, все кроме:
- А. Стойкое закисление мочи
 - Б. Защелачивание мочи
 - В. Гиперурикозурия
 - Г. Уменьшение диуреза
 - Д. закисление мочи
26. Какие факторы значительно утяжеляют течение острого пиелонефрита и могут существенно ухудшить прогноз:
- А. Протей как возбудитель процесса
 - Б. Плазмокоагулирующий стафилококк как возбудитель процесса
 - В. Острая окклюзия мочевых путей
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
27. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Дистальный почечный канальцевый ацидоз.:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. поражение БМК
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
28. Какие признаки отличают почечную эклампсию от гипертонического криза:
- А. Наличие судорожного синдрома
 - Б. Сильные головные боли
 - В. Ухудшение зрения
 - Г. тошнота
 - Д. головокружение
29. Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?:
- А. Селективная протеинурия
 - Б. Преимущественное развитие у детей

- В. Артериальная гипертензия
 - Г. Внезапное начало
 - Д. Хороший прогноз
30. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию?
Синдром Гудпасчера:
- А. быстро прогрессирующий нефрит
 - Б. нефротический синдром
 - В. дистальный канальцевый ацидоз
 - Г. проксимальный канальцевый ацидоз
 - Д. все вышеперечисленное
31. Какие этиологические факторы остро интерстициального нефрита встречаются реже:
- А. Лекарственные
 - Б. Вирусные
 - В. Паразитарные
 - Г. Травматические
 - Д. Иммуные
32. Для лечения подагрической нефропатии используют:
- А. этебенецид
 - Б. аллопуринол
 - В. дипиридамол
 - Г. тиазидные мочегонные
 - Д. провирон
33. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности:
- А. Нитрофурантоин
 - Б. Налидиксовая кислота
 - В. Ампициллин
 - Г. Сульфадиметоксин
 - Д. Тетрациклин
34. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового гломерулонефрита, неверно:
- А. Гипертензия необычна для дебюта болезни
 - Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей
 - В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков
 - Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения
 - Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды
35. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии:
- А. Глюкокортикоиды
 - Б. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
 - В. Цитостатики
 - Г. Высокобелковая диета
 - Д. жирная диета
36. Какие варианты поражения почек могут быть проявлением паранеопластической нефропатии:
- А. Амилоидоз
 - Б. Мембранозная нефропатия

- В. Острая мочекишечная блокада почек
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
37. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? При электронной микроскопии выявляют мезангиальные электронноплотные депозиты.:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
38. Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита наименее характерна микрогематурия:
- А. Липоидный нефроз
 - Б. Мембранозный нефрит
 - В. Мезангиопролиферативный нефрит
 - Г. Мезангиокапиллярный нефрит
 - Д. Волчаночный нефрит
39. Препаратом выбора для лечения нефропатии беременных (при позднем токсикозе) является:
- А. Декстран (средняя молярная масса 30 000-40 000 (Реополиглюкин)
 - Б. диуретики
 - В. Свежезамороженная плазма
 - Г. Гидралазин для внутривенных вливаний
 - Д. сульфат магния
40. Укажите причины преренальной ОПН:
- А. Увеличение сердечного выброса
 - Б. Дегидратация
 - В. Гиперволемиа
 - Г. Гипертонический криз
 - Д. рак шейки матки
41. Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита?
- А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет.
 - Б. Преобладают мужчины
 - В. Заболевание начинается исподволь, незаметно
 - Г. Концентрация комплемента в норме
 - Д. Часто встречается макрогематурия
42. Назовите заболевание, встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:
- А. Геморрагический васкулит
 - Б. Острый нефрит
 - В. Узелковый периартериит
 - Г. Смешанная криоглобулинемия
 - Д. СКВ.
43. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgA-нефрит), неверно:
- А. У большинства больных отмечается нефротический синдром

- Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
 - В. Чаще болеют мальчики и мужчины
 - Г. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
 - Д. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков
- 44.Терапия волчаночного нефрита глюкокортикоидами может осложниться
- А. асептическим некрозом костей
 - Б. гипертонией
 - В. туберкулезом
 - Г. гиповолемическим шоком
 - Д. всеми перечисленными признаками
- 45.Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома:
- А. Отёки
 - Б. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л
 - В. Суточная протеинурия более 3,5 г
 - Г. Гиперхолестеринемия
 - Д. Гиперкоагуляция
- 46.Отметьте изменения, не характерные для периода беременности
- А. Склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам
 - Б. Появление небольшой протеинурии
 - В. Снижение АД
 - Г. Увеличение уровня сывороточных белков
 - Д. Увеличение клубочковой фильтрации
- 47.Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? Наиболее частая причина нефротического синдрома у взрослых:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
- 48.Какие клинические проявления характерны для острого интерстициального нефрита?
- А. Симптомы общей аллергической реакции на препараты (лихорадка, кожные высыпания)
 - Б. Гематурия
 - В. Острая почечная недостаточность
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
- 49.Укажите наиболее частое осложнение ОПН:
- А. Артериальная гипертензия
 - Б. Гипокалиемия
 - В. Острые бактериальные инфекции
 - Г. Застойная сердечная недостаточность
 - Д. Вторичный гиперпаратиреоз
- 50.У больного следующие биохимические показатели: протеинурия — 1,4 г/л, азот мочевины — 6,33 ммоль/л, креатинин крови — 185 мкмоль/л, натрий сыворотки — 138 ммоль/л, креатинин мочи 6,78 ммоль/л, суточный диурез 1500 мл. Величина клубочковой фильтрации равна:

- А. 12 мл/мин.
 - Б. 35 мл/мин
 - В. 60 мл/мин
 - Г. 100 мл/мин.
 - Д. 298 мл/мин
51. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация:
- А. ОПН
 - Б. Неконтролируемая гиперкалиемия
 - В. Некупируемый отёк лёгких
 - Г. Гиперкальциемия
 - Д. Выраженная уремическая интоксикация
52. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:
- А. Дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
 - Б. Стойкая артериальная гипертензия
 - В. Отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
 - Г. Развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
 - Д. Выраженная уремическая интоксикация
53. Какое положение, касающееся смешанных камней почек, не правильное:
- А. Образуются при инфицировании микроорганизмами, расщепляющими мочевины
 - Б. Образуются в закисленной моче
 - В. Образуются в моче резко щелочной реакции
 - Г. Как правило, являются крупными коралловидными камнями
 - Д. часто сопровождается пиелонефритом
54. Какие блюда Вы рекомендуете больному с ХПН (концентрация креатинина крови 606 мкмоль/л, калия крови — 4,5 ммоль/л):
- А. Творожно-гречневый пудинг
 - Б. Отварной картофель
 - В. Яичница с ветчиной
 - Г. Бифштекс с жареным картофелем
 - Д. Мороженое.
55. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным синдромом:
- А. Узелковый периартериит
 - Б. Острый алкогольный гепатит
 - В. Васкулит с криоглобулинемией
 - Г. Болезнь Шёнлейна–Геноха
 - Д. При всех перечисленных заболеваниях
56. Аллопуринол назначают в дозе:
- А. 0,3–0,5 г в сутки, на 1–1,5 года
 - Б. 0,3–0,5 г в сутки, на 1–2 мес
 - В. 1,0 г в сутки, на 5–6 мес
 - Г. 0,1 г в сутки на 1 год
 - Д. 10 мг в неделю на год
57. Какие ревматические заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом:
- А. Ревматоидный артрит
 - Б. Болезнь Бехтерева
 - В. Псориатический артрит

- Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
58. Какие меры не применяют для лечения острого интерстициального нефрита
- А. Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему
 - Б. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - В. Пероральный приём глюкокортикоидов
 - Г. Гемодиализ
 - Д. Плазмаферез
59. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для следующего заболевания? Волчаночный нефрит:
- А. слияние ножковых отростков подоцитов
 - Б. положительная окраска тиофлавином Т
 - В. фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
60. Сочетание каких синдромов соответствует понятию смешанного нефрита:
- А. Нефритический + почечная недостаточность
 - Б. Мочевой + гипертензия
 - В. Нефротический + гипертензия
 - Г. Почечная недостаточность + гипертензия
 - Д. Мочевой + почечная недостаточность
61. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Болезнь Берже:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. Гиперволемия
 - Г. Острая мочекишечная блокада почек
 - Д. характерны оба признака
62. Выделите формы ОПН с необратимым течением:
- А. Острый канальцевый некроз
 - Б. Миоглобинурийный нефроз
 - В. Гемолитико-уремический синдром
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
63. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию? Геморрагический васкулит:
- А. быстро прогрессирующий нефрит
 - Б. нефротический синдром
 - В. гематурия
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
64. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствуют следующему высказыванию? Отмечают связь со злокачественными опухолями:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит

- Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
65. Симптомы поражения проксимальных канальцев включают всё, кроме:
- А. почечного канальцевого ацидоза
 - Б. фосфат-диабета
 - В. почечной глюкозурии
 - Г. почечного несахарного диабета
 - Д. синдрома Фанкони
66. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgA-нефрит), неверно:
- А. Чаще болеют мальчики и мужчины
 - Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
 - В. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков
 - Г. У большинства больных отмечается нефротический синдром
 - Д. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
67. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:
- А. давность нефрита менее 2 лет
 - Б. наличие нефротического синдрома
 - В. лекарственный нефрит
 - Г. нефрит с минимальными изменениями
 - Д. нефрит в стадии хронической почечной недостаточности
68. Какие проявления свойственны инфаркту почки:
- А. Резкие боли в верхних и боковых отделах живота
 - Б. Лихорадка
 - В. Макрогематурия
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
69. Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при БПГН:
- А. Полулуния более чем в 80% клубочков
 - Б. Микрогематурия
 - В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев
 - Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния
 - Д. Олигурия.
70. Выделите методы лечения алюминиевой остео дистрофии:
- А. Приём содержащих алюминий антацидов
 - Б. Применение дефероксамина
 - В. Резекция парашитовидных желёз
 - Г. Применение кальцитриола
 - Д. Применение ДЗ

ЧАСТЬ 2

1. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация:
- А. ОПН
 - Б. Неконтролируемая гиперкалиемия

- В. Некупируемый отёк лёгких
 - Г. Гиперкальциемия
 - Д. Выраженная уремическая интоксикация
2. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:
- А. Дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
 - Б. Стойкая артериальная гипертензия
 - В. Отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
 - Г. Развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
 - Д. Выраженная уремическая интоксикация
3. Какое положение, касающееся смешанных камней почек, не правильное:
- А. Образуются при инфицировании микроорганизмами, расщепляющими мочевины
 - Б. Образуются в закисленной моче
 - В. Образуются в моче резко щелочной реакции
 - Г. Как правило, являются крупными коралловидными камнями
 - Д. часто сопровождается пиелонефритом
4. Какие блюда Вы рекомендуете больному с ХПН (концентрация креатинина крови 606 мкмоль/л, калия крови — 4,5 ммоль/л):
- А. Творожно-гречневый пудинг
 - Б. Отварной картофель
 - В. Яичница с ветчиной
 - Г. Бифштекс с жареным картофелем
 - Д. Мороженое.
5. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным синдромом:
- А. Узелковый периартериит
 - Б. Острый алкогольный гепатит
 - В. Васкулит с криоглобулинемией
 - Г. Болезнь Шёнлейна–Геноха
 - Д. При всех перечисленных заболеваниях
6. Аллопуринол назначают в дозе:
- А. 0,3–0,5 г в сутки, на 1–1,5 года
 - Б. 0,3–0,5 г в сутки, на 1–2 мес
 - В. 1,0 г в сутки, на 5–6 мес
 - Г. 0,1 г в сутки на 1 год
 - Д. 10 мг в неделю на год
7. Какие ревматические заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом:
- А. Ревматоидный артрит
 - Б. Болезнь Бехтерева
 - В. Псориатический артрит
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
8. Какие меры не применяют для лечения острого интерстициального нефрита
- А. Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему
 - Б. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - В. Пероральный приём глюкокортикоидов
 - Г. Гемодиализ

- Д. Плазмаферез
9. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для следующего заболевания? Волчаночный нефрит:
- А. слияние ножковых отростков подоцитов
 - Б. положительная окраска тирофлавином Т
 - В. фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
10. Сочетание каких синдромов соответствует понятию смешанного нефрита:
- А. Нефритический + почечная недостаточность
 - Б. Мочевой + гипертензия
 - В. Нефротический + гипертензия
 - Г. Почечная недостаточность + гипертензия
 - Д. Мочевой + почечная недостаточность
11. Какие проявления характерны для острого гломерулонефрита:
- А. Стойкие боли в пояснице
 - Б. Лихорадка с ознобами
 - В. Макрогематурия
 - Г. Наличие лекарственной аллергии
 - Д. все вышеперечисленное
12. Основной клинический признак нефротического синдрома:
- А. Повышение АД
 - Б. Сердцебиение
 - В. Отёки
 - Г. Дизурия
 - Д. Лихорадка
13. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Липоидный нефроз:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. характерны оба признака
 - Г. все признаки характерны
 - Д. не характерен ни один из признаков
14. Протеинурия переполнения встречается при:
- А. лекарственном нефрите
 - Б. миломной болезни
 - В. поликистозе почек
 - Г. амилоидозе с поражением почек
 - Д. мочекаменной болезни
15. Из нижеперечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведёт:
- А. увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
 - Б. увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст
 - В. увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
 - Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
 - Д. ни один из перечисленных факторов
16. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней:

- А. Саркоидоз
 - Б. все ответы верны
 - В. ни одно из указанных вариантов
 - Г. Гиперфункция паращитовидных желёз
 - Д. Интоксикация витамином Д
17. К побочным действиям цитостатиков относят следующие состояния, кроме::
- А. лейкопении
 - Б. агранулоцитоза
 - В. инфекционных осложнений
 - Г. олиго-азооспермии
 - Д. сахарного диабета
18. Сочетание синдрома злокачественной гипертензии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:
- А. хронического нефрита гипертонического типа
 - Б. СКВ
 - В. узелкового периартериита
 - Г. амилоидоза с поражением почек
 - Д. геморрагического васкулита
19. Выберите форму, не контролируемой гемодиализом гипертензии:
- А. Объём-натрий зависимая гипертензия
 - Б. При медикаментозном синдроме Кушинга
 - В. Ренин-зависимая
 - Г. При синдроме жёсткой воды
 - Д. все ответы верны
20. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при ХПН:
- А. Гидрохлортиазид (гипотиазид)
 - Б. Азаметония бромид (пентамин)
 - В. Нифедипин
 - Г. Метилдопа
 - Д. Спиринолактон
21. Какие проявления характерны для острого гломерулонефрита:
- А. Стойкие боли в пояснице
 - Б. Лихорадка с ознобами
 - В. Макрогематурия
 - Г. Наличие лекарственной аллергии
 - Д. все вышеперечисленное
22. Основной клинический признак нефротического синдрома:
- А. Повышение АД
 - Б. Сердцебиение
 - В. Отёки
 - Г. Дизурия
 - Д. Лихорадка
23. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Липоидный нефроз:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. характерны оба признака

- Г. все признаки характерны
 - Д. не характерен ни один из признаков
24. Протеинурия переполнения встречается при:
- А. лекарственном нефрите
 - Б. миломной болезни
 - В. поликистозе почек
 - Г. амилоидозе с поражением почек
 - Д. мочекаменной болезни
25. Из нижеперечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведёт:
- А. увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
 - Б. увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст
 - В. увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
 - Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
 - Д. ни один из перечисленных факторов
26. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней:
- А. Саркоидоз
 - Б. все ответы верны
 - В. ни одно из указанных вариантов
 - Г. Гиперфункция паращитовидных желёз
 - Д. Интоксикация витамином Д
27. К побочным действиям цитостатиков относят следующие состояния, кроме::
- А. лейкопении
 - Б. агранулоцитоза
 - В. инфекционных осложнений
 - Г. олиго-азооспермии
 - Д. сахарного диабета
28. Сочетание синдрома злокачественной гипертензии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:
- А. хронического нефрита гипертонического типа
 - Б. СКВ
 - В. узелкового периартериита
 - Г. амилоидоза с поражением почек
 - Д. геморрагического васкулита
29. Выберите форму, не контролируемой гемодиализом гипертензии:
- А. Объём-натрий зависимая гипертензия
 - Б. При медикаментозном синдроме Кушинга
 - В. Ренин-зависимая
 - Г. При синдроме жёсткой воды
 - Д. все ответы верны
30. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при ХПН:
- А. Гидрохлортиазид (гипотиазид)
 - Б. Азаметония бромид (пентамин)
 - В. Нифедипин
 - Г. Метилдопа
 - Д. Спиринолактон
31. Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита?

- А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет.
 - Б. Преобладают мужчины
 - В. Заболевание начинается исподволь, незаметно
 - Г. Концентрация комплемента в норме
 - Д. Часто встречается макрогематурия
32. Назовите заболевание, встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:
- А. Геморрагический васкулит
 - Б. Острый нефрит
 - В. Узелковый периартериит
 - Г. Смешанная криоглобулинемия
 - Д. СКВ.
33. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgA-нефрит), неверно:
- А. У большинства больных отмечается нефротический синдром
 - Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
 - В. Чаще болеют мальчики и мужчины
 - Г. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
 - Д. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков
34. Терапия волчаночного нефрита глюкокортикоидами может осложниться
- А. асептическим некрозом костей
 - Б. гипертонией
 - В. туберкулезом
 - Г. гиповолемическим шоком
 - Д. всеми перечисленными признаками
35. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома:
- А. Отёки
 - Б. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л
 - В. Суточная протеинурия более 3,5 г
 - Г. Гиперхолестеринемия
 - Д. Гиперкоагуляция
36. Отметьте изменения, не характерные для периода беременности
- А. Склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам
 - Б. Появление небольшой протеинурии
 - В. Снижение АД
 - Г. Увеличение уровня сывороточных белков
 - Д. Увеличение клубочковой фильтрации
37. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? Наиболее частая причина нефротического синдрома у взрослых:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
38. Какие клинические проявления характерны для острого интерстициального нефрита?

- А. Симптомы общей аллергической реакции на препараты (лихорадка, кожные высыпания)
 - Б. Гематурия
 - В. Острая почечная недостаточность
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных состояний
39. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:
- А. Артериальная гипертензия
 - Б. Гипокалиемия
 - В. Острые бактериальные инфекции
 - Г. Застойная сердечная недостаточность
 - Д. Вторичный гиперпаратиреоз
40. У больного следующие биохимические показатели: протеинурия — 1,4 г/л, азот мочевины — 6,33 ммоль/л, креатинин крови — 185 мкмоль/л, натрий сыворотки — 138 ммоль/л, креатинин мочи 6,78 ммоль/л, суточный диурез 1500 мл. Величина клубочковой фильтрации равна:
- А. 12 мл/мин
 - Б. 35 мл/мин
 - В. 60 мл/мин
 - Г. 100 мл/мин
 - Д. 298 мл/мин
41. Укажите симптом, не характерный для ОПН:
- А. Острое начало
 - Б. Олигурия
 - В. Уменьшенные размеры почек
 - Г. Гиперкалиемия
 - Д. Коллапс
42. Экскреция калия с мочой определяется величиной:
- А. клубочковой фильтрации
 - Б. проксимальной секреции калия
 - В. дистальной реабсорбции калия
 - Г. проксимальной реабсорбции калия
 - Д. дистальной секреции калия
43. Какой из вариантов поражения почек является не типичными для сахарного диабета:
- А. все вышеперечисленное
 - Б. Хронический пиелонефрит
 - В. Интракапиллярный гломерулосклероз
 - Г. Острая уратная блокада
 - Д. Сосочковый некроз
44. Какие факторы способствуют образованию оксалатных камней в почках:
- А. Избыточное потребление аскорбиновой кислоты
 - Б. Синдром нарушенного всасывания
 - В. Дефицит пиридоксина
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов

45. Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:
- А. интерстициальный нефрит
 - Б. мезангиокапиллярный нефрит
 - В. фокально-сегментарный гиалиноз
 - Г. мембранозный нефрит
 - Д. экстракапиллярный нефрит
46. Какие клинические проявления не характерны для нефроптоза:
- А. Почечные колики
 - Б. Гематурия, связанная с физической нагрузкой
 - В. Астеническое телосложение пациентов
 - Г. Нейровегетативные нарушения
 - Д. ноющие боли в проекции почки
47. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и поражения почек характерно для:
- А. лекарственного нефрита
 - Б. хронического нефрита
 - В. гранулематоза Вегенера
 - Г. геморрагического васкулита
 - Д. амилоидоза
48. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при:
- А. распаде опухолей
 - Б. лечении опухолей цитостатиками
 - В. радиационной терапии
 - Г. при всех перечисленных состояниях
 - Д. ни одно из указанных состояний
49. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром:
- А. СКВ
 - Б. Неспецифический аортоартериит
 - В. Фибромускулярная гиперплазия
 - Г. Лекарственная болезнь
 - Д. Узелковый периартериит
50. Быстро прогрессирующий волчаночный нефрит характеризуется следующими клиническими признаками, кроме:
- А. протеинурией до 1 г/л
 - Б. нефротическим синдромом
 - В. гипертонией
 - Г. быстрым снижением функции почек
 - Д. гематурия
51. Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита:
- А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет
 - Б. Преобладают мужчины
 - В. Заболевание начинается исподволь, незаметно

- Г. Концентрация комплемента в норме
 - Д. Часто встречается макрогематурия
52. Какое положение, касающееся экстракапиллярного гломерулонефрита, неверно:
- А. Возможен антительный механизм развития
 - Б. Возможен иммунокомплексный механизм развития
 - В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
 - Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита
 - Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко
53. Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия:
- А. Туберкулёз почки
 - Б. Острый нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. Амилоидоз почек
 - Д. Синдром Альпорта
54. Укажите возможные причины смерти больных с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек:
- А. Гиповолемический шок
 - Б. Тромбозы и эмболии
 - В. Инфекционные осложнения
 - Г. отек мозга
 - Д. Все перечисленные причины
55. Артериальной гипертонией у беременных принято считать уровень АД, равный и превышающий:
- А. 120/70 мм рт.ст..
 - Б. 130/80 мм рт.ст..
 - В. 135/85 мм рт.ст..
 - Г. 140/90 мм рт.ст..
 - Д. 150/95 мм рт.ст.
56. Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза, все кроме:
- А. Обогащение диеты фосфором
 - Б. Обогащение диеты кальцием
 - В. Применение фосфор-связывающих препаратов
 - Г. Применение альфакальцидола, кальцитриола
 - Д. все ответы верны
57. У пациента 73 лет натрий сыворотки 170 ммоль/л. Какова наиболее вероятная причина гипернатриемии в данном случае:
- А. Высокое потребление соли с пищей
 - Б. Уремия.
 - В. Дегидратация
 - Г. Наличие синдрома непропорциональной продукции антидиуретического гормона
 - Д. Передозировка диуретиков
58. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию?
Системная красная волчанка:
- А. быстро прогрессирующий нефрит
 - Б. нефротический синдром

- В. интерстициальный нефрит
 - Г. все указанные
 - Д. ни один из указанных
59. Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:
- А. Метаболический ацидоз
 - Б. Выраженная олигурия
 - В. Анasarка
 - Г. Высокая гиперкалиемия
 - Д. Тяжёлая гипертензия
60. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:
- А. хронического нефрита
 - Б. хронического пиелонефрита
 - В. множественной миеломы
 - Г. поликистоза почек
 - Д. рака паренхимы почек

ЧАСТЬ 3

1. У армянина 27 лет, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:

- А. наследственный нефрит.
- Б. периодическая болезнь, наследственный амилоидоз
- В. системная красная волчанка
- Г. хронический гломерулонефрит
- Д. синдром Фанкони

2. У больного 45 лет обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желёз, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50–60 эритроцитов в поле зрения). Концентрация IgA в крови повышена. Наиболее вероятный диагноз:

- А. болезнь Берже
- Б. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- В. гломерулонефрит алкогольной этиологии
- Г. волчаночный нефрит
- Д. пиелонефрит

3. Больная 40 лет, парикмахер. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, познобливанием, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В посевах мочи рост кишечной палочки в титре 1×10^7 микробных тел в 1 мл. Функция почек сохранена. Выберите из перечисленных препаратов наиболее эффективный в данной ситуации:

- А. Ампициллин.
- Б. Эритромицин
- В. Цефалоспорины
- Г. Ко-тримоксазол
- Д. Ципрофлоксацин

4. У больного 35 лет на следующий день после перенесённой ангины отёки, макрогематурия, повысилось артериальное давление. Наиболее вероятный диагноз:

- А. острый гломерулонефрит
- Б. острый пиелонефрит
- В. ХГН, обострение
- Г. апостематозный нефрит
- Д. амилоидоз почек

5. Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты 4×10^3 /мкл, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85?38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм. Выделите ведущий синдром:

- А. мочевого
- Б. нефротический
- В. нефритический
- Г. гипертензионный
- Д. синдром канальцевых дисфункций

6. Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты 4×10^3 /мкл, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85?38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм. Сформулируйте диагноз:

- А. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН.
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).

- В. Хронический пиелонефрит, латентное течение, обострение. ХПН
- Г. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, обострение, ХПН
- Д. ХПН, терминальная стадия

7. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100?56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Сформулируйте диагноз:

- а. подагра
- б. поражение суставов (острые рецидивирующие артриты)
- в. поражение почек (уратная нефропатия — хронический интерстициальный нефрит в стадии начальной почечной недостаточности)
- д. сахарный диабет
- е. амилоидоз
- ф. гиперурикемия
- г. Рецидивирующая мочевиная инфекция
- h. Единственная левая почка

- А. а,б,в
- Б. а,б,в,г,д,е
- В. в,д,е,г
- Г. б,в,д
- Д. а,б,в,г

8. Какое проявление не имеет значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефрита:

- А. Наличие стойкой артериальной гипертонии
- Б. Величина протеинурии
- В. Гипертрофия левого желудочка
- Г. Снижение относительной плотности мочи
- Д. Анамнестические данные

9. Для миеломной почки характерны:

- А. протеинурия от следовой до выраженной
- Б. гематурия
- В. нефротический синдром
- Г. артериальная гипертензия

- Д. все вышеперечисленное
10. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которую применяют для лечения ХГН нефротического типа:
- А. 0,3–0,4 мг
 - Б. 0,5–0,6 мг
 - В. 0,7–0,8 мг
 - Г. 1 мг
 - Д. 1,5
11. Какие препараты не следует назначать при пиелонефрите в стадии ХПН:
- А. Аминогликозиды
 - Б. Оксациллин
 - В. Эритромицин
 - Г. Карбенициллин
 - Д. все вышеперечисленные
12. Какие факторы предрасполагают к развитию уратного нефролитиаза, все кроме:
- А. Стойкое закисление мочи
 - Б. Защелачивание мочи
 - В. Гиперурикозурия
 - Г. Уменьшение диуреза
 - Д. закисление мочи
13. Какие факторы значительно утяжеляют течение острого пиелонефрита и могут существенно ухудшить прогноз:
- А. Протей как возбудитель процесса
 - Б. Плазмокоагулирующий стафилококк как возбудитель процесса
 - В. Острая окклюзия мочевых путей
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
14. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Дистальный почечный канальцевый ацидоз.:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. поражение БМК
 - Г. все ответы верны
 - Д. ни одно из указанных вариантов
15. Какие признаки отличают почечную эклампсию от гипертонического криза:
- А. Наличие судорожного синдрома
 - Б. Сильные головные боли
 - В. Ухудшение зрения
 - Г. тошнота
 - Д. головокружение
16. Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?:
- А. Селективная протеинурия
 - Б. Преимущественное развитие у детей
 - В. Артериальная гипертензия
 - Г. Внезапное начало
 - Д. Хороший прогноз

17. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию?

Синдром Гудпасчера:

- А. быстро прогрессирующий нефрит
- Б. нефротический синдром
- В. дистальный канальцевый ацидоз
- Г. проксимальный канальцевый ацидоз
- Д. все вышеперечисленное

18. Какие этиологические факторы острого интерстициального нефрита встречаются реже:

- А. Лекарственные
- Б. Вирусные
- В. Паразитарные
- Г. Травматические
- Д. Иммунные

19. Для лечения подагрической нефропатии используют:

- А. этебенецид
- Б. аллопуринол
- В. дипиридамол
- Г. тиазидные мочегонные
- Д. провирон

20. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности:

- А. Нитрофурантоин
- Б. Налидиксовая кислота
- В. Ампициллин
- Г. Сульфадиметоксин
- Д. Тетрациклин

21. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового гломерулонефрита, неверно:

- А. Гипертензия необычна для дебюта болезни
- Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей
- В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков
- Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения
- Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

22. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии:

- А. Глюкокортикоиды
- Б. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- В. Цитостатики
- Г. Высокобелковая диета
- Д. жирная диета

23. Какие варианты поражения почек могут быть проявлением паранеопластической нефропатии:

- А. Амилоидоз
- Б. Мембранозная нефропатия
- В. Острая мочекишечная блокада почек
- Г. все ответы верны

- Д. ни одно из указанных вариантов
24. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? При электронной микроскопии выявляют мезангиальные электронноплотные депозиты.:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
25. Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита наименее характерна микрогематурия:
- А. Липоидный нефроз
 - Б. Мембранозный нефрит
 - В. Мезангиопролиферативный нефрит
 - Г. Мезангиокапиллярный нефрит
 - Д. Волчаночный нефрит
26. Препаратом выбора для лечения нефропатии беременных (при позднем токсикозе) является:
- А. Декстран (средняя молярная масса 30 000-40 000 (Реополиглюкин)
 - Б. диуретики
 - В. Свежезамороженная плазма
 - Г. Гидралазин для внутривенных вливаний
 - Д. сульфат магния
27. Укажите причины прerenальной ОПН:
- А. Увеличение сердечного выброса
 - Б. Дегидратация
 - В. Гиперволемия
 - Г. Гипертонический криз
 - Д. рак шейки матки
28. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Болезнь Берже:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. Гиперволемия
 - Г. Острая мочекишечная блокада почек
 - Д. характерны оба признака
29. Выделите формы ОПН с необратимым течением:
- А. Острый канальцевый некроз
 - Б. Миоглобинурийный нефроз
 - В. Гемолитико-уремический синдром
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
30. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию? Геморрагический васкулит:
- А. быстро прогрессирующий нефрит
 - Б. нефротический синдром

- В. гематурия
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
31. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? Отмечают связь со злокачественными опухолями:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
32. Симптомы поражения проксимальных канальцев включают всё, кроме:
- А. почечного канальцевого ацидоза
 - Б. фосфат-диабета
 - В. почечной глюкозурии
 - Г. почечного несахарного диабета
 - Д. синдрома Фанкони
33. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgA-нефрит), неверно:
- А. Чаще болеют мальчики и мужчины
 - Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
 - В. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков
 - Г. У большинства больных отмечается нефротический синдром
 - Д. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
34. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:
- А. давность нефрита менее 2 лет
 - Б. наличие нефротического синдрома
 - В. лекарственный нефрит
 - Г. нефрит с минимальными изменениями
 - Д. нефрит в стадии хронической почечной недостаточности
35. Какие проявления свойственны инфаркту почки:
- А. Резкие боли в верхних и боковых отделах живота
 - Б. Лихорадка
 - В. Макрогематурия
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
36. Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при БПГН:
- А. Полулуния более чем в 80% клубочков
 - Б. Микрогематурия
 - В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев
 - Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния
 - Д. Олигурия.
37. Выделите методы лечения алюминиевой остео дистрофии:
- А. Приём содержащих алюминий антацидов
 - Б. Применение дефероксамина
 - В. Резекция парашитовидных желёз

- Г. Применение кальцитриола
 - Д. Применение ДЗ
38. Какие положения, касающиеся диализного амилоидоза, верны:
- А. Развивается через 10 лет и более от начала лечения гемодиализом
 - Б. Белком-предшественником является β_2 -микроглобулин
 - В. Характеризуется поражением костей, сосудов
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
39. Какое из перечисленных заболеваний реже приводит к развитию пиелонефрита:
- А. Сахарный диабет
 - Б. Прием гормональных контрацептивов
 - В. Ревматоидный артрит
 - Г. Беременность
 - Д. Простатит
40. Укажите возможные этиологические факторы гломерулонефрита:
- А. инфекции
 - Б. паразиты
 - В. вакцины
 - Г. соли тяжелых металлов
 - Д. все вышеперечисленное
41. Какие изменения происходят с артериальным давлением во время беременности в первый триместр:
- А. незначительно повышается
 - Б. незначительно снижается
 - В. остается прежним
 - Г. при сопутствующей патологии снижается
 - Д. беременность не влияет на АД
42. Какая проба проводится для исследования концентрационной способности почек:
- А. проба Реберга
 - Б. проба Нечипоренко
 - В. проба Зимницкого
 - Г. проба Аддиса-Коковского
 - Д. Проба с преднизолоном
43. В каком случае, назначение фуросемида не обосновано:
- А. больному с ХПН
 - Б. больному с ОПН
 - В. больному на хроническом диализе
 - Г. при отсутствии ответа на введение данного вещества на протяжении 48 часов
 - Д. сердечные отеки
44. Какие противоанемические препараты наиболее эффективны больным с ренальной анемией:
- А. сорбифер
 - Б. феррумлек
 - В. космофер
 - Г. рекармон
 - Д. аспаркам

45. При каких размерах кист возможна их чрезкожная пункция:
- А. 1 см
 - Б. 2 см
 - В. 3 см
 - Г. 4 см
 - Д. 5 см
46. Укажите препарат выбора для лечения гипертонии у беременных:
- А. Антагонисты кальция
 - Б. Ингибиторы АПФ
 - В. Метилдопа
 - Г. Мочегонные
 - Д. все вышеперечисленные
47. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности:
- А. рекармон
 - Б. алюгастрин
 - В. гентамицин
 - Г. тиенам
 - Д. аспаркам

ЧАСТЬ 4

1. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100?56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Определите факторы риска развития суставного синдрома:

a.	анальгетики
b.	НПВС
c.	диуретики
d.	голодание

- е. контакт со СВИНЦОМ
- f. отягощённая наследственность
- А. a,d,c
Б. b,d
В. c,d,f
Г. c,f
Д. a,b,c,d,e,f

2. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°С с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100×56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Назначьте терапию:

а. Отмена фуросемида
б. увеличение дозы фуросемида
с. Гипопуриновая диета, обильное питьё (периодически ощелачивающее)
д. клюквенный морс
е. аллопуринол 100 мг/сут (возможно 50 мг)
ф. приём нимесулида или колхицина под контролем уровня креатинина крови и мочевой кислоты
г. мясная диета
h. Лечение мочевой инфекции после посева мочи с определением чувствительности к препаратам

А. a,b,c
Б. a,c,e,f,h
В. a,c,f
Г. b,d
Д. a

3. У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевой синдром. Далее больной в течение

последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона. Сформулируйте диагноз:

- А. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН.
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- В. Хронический пиелонефрит, латентное течение, обострение. ХПН
- Г. Подагра с поражением суставов (рецидивирующие острые артриты), почек (уратная нефропатия— хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). множественные тофусы. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия.
- Д. ХПН, терминальная стадия.

4. У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевой синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона. В чем ошибка лечения данного больного:

- А. В длительном применении бутадиона
- Б. достаточно было проводить монотерапию преднизолоном
- В. Мочевой синдром без учёта анамнеза привёл к ошибочному диагнозу ОГН, а длительная иммуносупрессивная терапия усугубила нарушения пуринового обмена
- Г. передозировка цитостатиков
- Д. лечение было правильно

5. У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевой синдром. Далее больной в течение

последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона. Какова будет Ваша тактика лечения:

- a. цитостатики
 - b. преднизолон
 - c. аллопуринол
 - d. ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
 - e. гипопуриновая диета
 - f. обильное, периодически ощелачивающее питье
- A. a,b
 - B. b,c,d
 - V. c,d,e,f
 - Г. e,f
 - Д. a,c,f

6.35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какая наиболее частая причина рецидивирования камней, состоящих из оксалата кальция?:

- A. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН
- B. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- V. Идиопатическая гиперкальциурия (подтверждением этого является превышение уровня экскреции кальция в суточной моче выше 300 мг/сут или 4 мг кальция/кг в суточной порции мочи)
- Г. Подагра с поражением суставов (рецидивирующие острые артриты), почек (уратная нефропатия— хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). множественные тофусы. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия.
- Д. ХПН, терминальная стадия

7.35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какое обследование необходимо провести на предмет метаболических факторов риска камнеобразования?:

- a. Определить содержание кальция в сыворотке крови
- b. Определить содержание фосфора в сыворотке крови
- c. Определить содержание мочевой кислоты в сыворотке крови

- d. Определить содержание электролитов в сыворотке крови
- e. Определить содержание креатинина в сыворотке крови
- A. a,b
- Б. a,d,c
- В. a,b,c,d
- Г. a,b,c,d,e
- Д. c,d,e

8.35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какие рекомендации по лечению неправильны?:

- a. Необходимо повышенное потребление жидкости (повышенный объём мочи приводит к снижению концентрации оксалата кальция).
- b. Ограничение потребления кальция способствует повышенной адсорбции оксалата в пищеварительном тракте.
- c. Полезно ограничение соли (повышение приёма соли приводит к повышенному выделению кальция)
- A. a
- Б. a,b
- В. a,c
- Г. a,b,c
- Д. b,c

9. У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг. Ваш предположительный диагноз:

- A. хронический гломерулонефрит
- Б. хронический пиелонефрит
- В. хронический интерстициальный нефрит
- Г. поражение почек при сахарном диабете
- Д. амилоидоз почек

10. У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг. Что Вы предлагаете сделать для его подтверждения?:

- a. проба Зимницкого
- b. определить уровень кальция
- c. определить уровень креатинина
- d. определить уровень азота мочевины
- e. общий анализ мочи
- f. ультразвуковое исследование почек
- g. компьютерная томография
- A. a
- Б. a,b,c
- В. a,b,c,e
- Г. a,b,c,e,f

Д. a,b,c,d,e,f,g

11. У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600 мг. Какова Ваша тактика ведения больной?:

- А. прекратить приём витамина Д и препаратов кальция
- Б. иммуносупрессоры
- В. антибиотики
- Г. ингибиторы АПФ
- Д. все вышеперечисленное

12. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 118×10^9 /л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 2,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Тактика ведения больной:

- а. сделать биопсию почки,
- б. монотерапия преднизолоном 60 мг в сутки
- с. назначение преднизолона 60 мг в сутки, на фоне которого проводить пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном

- А. а
- Б. а,b
- В. а,b,c
- Г. а,c
- Д. b

13. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 118×10^9 /л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 2,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Укажите ведущий нефрологический синдром:

- А. Нефротический синдром
- Б. Хроническая почечная недостаточность
- В. Быстро прогрессирующий нефрит
- Г. Канальцевые дисфункции
- Д. Гематурия

14. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое

болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 °С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6x10⁹/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. В чём причина неэффективности терапии?:

- А. Неправильно поставленный диагноз
- Б. Неверный выбор препарата
- В. Неадекватная доза препарата
- Г. Невозможность антибактериальной терапии из-за непереносимости многих антибиотиков
- Д. все вышеперечисленное

15. Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240x10⁹/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л. Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?:

- А. Множественные мелкие кисты диаметром 1–2 мм
- Б. Утолщение клубочковых базальных мембран с множественными субэпителиальными электронноплотными депозитами
- В. Нормальные клубочки при световой микроскопии и диффузное слияние ножковых отростков подоцитов при электронной микроскопии
- Г. Линейные отложения IgG вдоль базальной мембраны клубочка
- Д. Отложение в клубочках аморфных масс, окрашиваемых конго-рот и тиофлавином Т

16. У больной 23 лет с активным волчаночным нефритом внезапно появились синяки на коже, носовые кровотечения, затем макрогематурия и олигурия. Какие исследования необходимо срочно выполнить для подтверждения развития ДВС-синдрома?:

- а. Определить количество тромбоцитов
- б. Определить содержание фибриногена в крови
- с. Определить протромбиновый индекс
- д. Исследовать концентрацию креатинина крови
- е. Определить время кровотечения

- А. а,б,д
- Б. с,д
- В. а,б,д
- Г. с,д,е
- Д. б,е

17. Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 мес после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании: выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови — гемоглобин 67 г/л, лейкоциты — 3,2x10⁹/л, СОЭ — 60 мм/ч. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. СКВ

Б. хронический гломерулонефрит

В. геморрагический васкулит

18. Больной Е., 20 лет, учащийся техникума. В возрасте 17 лет заболел острым ревматоидным артритом, лечился повторными курсами преднизолона (максимально 15 мг в сутки). Через 2 года от начала заболевания обнаружена нарастающая протеинурия с формированием в течение года нефротического синдрома: суточная протеинурия 10 г, общий белок — 46 г/л, альбумин — 12 г/л, холестерин — 9,88 ммоль/л, СОЭ — 60 мм/ч. Какой характер нефропатии вы можете предположить?:

А. Амилоидоз почек

Б. Гломерулонефрит

В. Интерстициальный нефрит

Г. Васкулит почечных сосудов

Д. СКВ

19. У больного 22 лет, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился чётко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отёком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены. Концентрация альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

А. рожеподобная эритема при нефротическом кризе

Б. рожистое воспаление кожи

В. тромбофлебит подкожных вен

Г. узловатая эритема

Д. опоясывающий лишай

20. У больного 23 лет, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отёки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз $868 \times 10^9/\text{л}$, резко повышено содержание фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

А. постинфекционный гломерулонефрит

Б. декомпенсированный цирроз печени

В. гепаторенальный синдром

Г. вторичный амилоидоз с поражением почек

Д. миелопролиферативный синдром

21. У больного 19 лет после гриппа появились стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки — признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения лёгких. В течение 2 нед состояние пациента ухудшилось, содержание креатинина крови повысилось до 326 мкмоль/л . Наиболее вероятный диагноз:

А. постинфекционный гломерулонефрит

Б. гранулематоз Вегенера

В. синдром Гудпасчера

Г. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

Д. паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

22. У больного 49 лет, страдающего псориазом в течение 2 лет, наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отёки ног, которые появились месяц назад и не поддавались терапии мочегонными средствами. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени. Какие препараты могут быть использованы для лечения больного?:

- | | | |
|----|---------------------------|--------------|
| a. | | Преднизолон. |
| b. | | Азатиоприн |
| c. | | Колхицин. |
| d. | Димеркаптопропансульфонат | натрия |
- e. Диметилсульфоксид
- А. a,b,c
 Б. c,d,e
 В. b,c,e
 Г. c,d
 Д. a,c,e

23. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены:

- А. Неправильно поставленный диагноз
 Б. Неверный выбор препарата
 В. Неадекватная диагностика
 Г. Потеря времени больного
 Д. все вышеперечисленное

24. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Какие показатели необходимо исследовать дополнительно:

- А. креатинин
 Б. калий
 В. эхокардиография
 Г. трансаминазы
 Д. все вышеперечисленное

25. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения пациента:

- А. гемосорбция
- Б. плазмаферез
- В. экстренное проведение гемодиализа с сосудистым доступом через катетер
- Г. ингибиторы АПФ
- Д. все вышеперечисленное

26. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. О каком виде нефролитиаза может идти речь:

- А. Оксалатный уролитиаз
- Б. Цистиновый уролитиаз
- В. Фосфатный уролитиаз
- Г. Уратный уролитиаз
- Д. Смешанный

27. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза:

- А. Определить уровень мочевой кислоты
- Б. Определить свободный и ионизированный кальций
- В. Определить суточную экскрецию оксалатов
- Г. Определить суточную экскрецию цистина
- Д. все вышеперечисленное

28. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. Ваши рекомендации по лечению:

- А. петлевые диуретики
- Б. выпивать по 2 л жидкости в день
- В. выпивать 3-4 л жидкости в день, ощелачивать мочу
- Г. бессолевая диета

Д. безбелковая диета

29. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Какой синдром может обсуждаться у данного больного:

- А. Метаболический синдром
- Б. Нефротический
- В. Интоксикационный
- Г. Уремия
- Д. Все вышеперечисленные

30. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома:

- А. аутоиммунная патология
- Б. нарушение пуринового обмена
- В. инфекционное поражение
- Г. токсическое воздействие лекарственных средств
- Д. все вышеперечисленные

31. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Ваш план обследования:

- А. Биохимический анализ крови с определением уровня общего белка и трансаминаз
- Б. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты
- В. Определить суточную экскрецию оксалатов
- Г. Определить суточную экскрецию цистина
- Д. все вышеперечисленное

32. Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах

кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут. Сформулируйте диагноз:

- А. Подагра, тофусная стадия. Поражение суставов (хронические подагрические артриты с неполной ремиссией). Уратная нефропатия — ХИН, нефролитиаз в стадии начальной почечной недостаточности. Артериальная гипертензия
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- В. Идиопатическая гиперкальциурия (подтверждением этого является превышение уровня экскреции кальция в суточной моче выше 300 мг/сут или 4 мг кальция/кг в суточной порции мочи)
- Г. Подагра с поражением почек (уратная нефропатия— хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). Артериальная гипертензия.
- Д. ХПН, терминальная стадия.

33. Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут. Какие необходимы методы дообследования:

- a. УЗИ почек
 - b. эхокардиография
 - c. доплерография сосудов почек
 - d. липидный профиль
- А. а
 - Б. б
 - В. а,б,с
 - Г. б,с
 - Д. а,б,с,д

ЧАСТЬ 5

1. Какие из перечисленных изменений не характерны для болезни минимальных изменений:
- А. селективная протеинурия

- Б. преимущественное развитие у детей
 - В. артериальная гипертензия
 - Г. внезапное начало
 - Д. хороший прогноз
2. Анальгетическая нефропатия развивается после приема не менее:
- А. 1 кг анальгетиков в год
 - Б. 100 г анальгетиков в год
 - В. 10 г анальгетиков в год
 - Г. 10 кг анальгетиков в год
 - Д. 500 г анальгетиков в год
3. Наиболее частая причина нефротического синдрома у детей:
- А. минимальные изменения
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA нефропатия
 - Г. ни один из указанных состояний
 - Д. все ответы верны
4. Какое положение для экстракапиллярного гломерулонефрита неверно:
- А. возможен антительный механизм развития
 - Б. возможен иммунокомплексный механизм развития
 - В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
 - Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита
 - Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко
5. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Дистальный почечный канальцевый ацидоз:
- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
 - Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
 - В. характерны оба признака
 - Г. не характерен ни один из признаков
 - Д. такого состояния не бывает
6. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? При световой микроскопии биоптата клубочки не изменены:
- А. минимальные изменения.
 - Б. мембранозный нефрит
 - В. IgA-нефрит
 - Г. экстракапиллярный
 - Д. ни одно из указанных состояний
7. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяют при:
- А. узелковом периартериите с поражением почек
 - Б. активном волчаночном нефрите
 - В. ХГН нефротического типа
 - Г. быстро прогрессирующем нефрите
 - Д. при всех перечисленных заболеваниях
8. Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:
- А. 20–30 мг в сутки.
 - Б. 10 мг в сутки.
 - В. 2 мг в сутки.

- Г. 0,5–1 мг в сутки
Д. назначение колхицина бесполезно
9. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для следующего заболевания? Волчаночный нефрит:
- А. слияние ножковых отростков подоцитов
 - Б. положительная окраска тиюфлавином Т
 - В. фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис
 - Г. все ответы верны
 - Д. все ответы не верны
10. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию? Терапия пеницилламином.:
- А. быстро прогрессирующий нефрит.
 - Б. нефротический синдром
 - В. оба указанных синдрома
 - Г. ни один из указанных
 - Д. патологии почек нет
11. Какие положения, касающиеся диализного амилоидоза, верны:
- А. Развивается через 10 лет и более от начала лечения гемодиализом
 - Б. Белком-предшественником является b₂-микроглобулин
 - В. Характеризуется поражением костей, сосудов
 - Г. ни одно из указанных состояний
 - Д. все вышеперечисленное
12. Какое из перечисленных заболеваний реже приводит к развитию пиелонефрита:
- А. Сахарный диабет
 - Б. Приём гормональных контрацептивов
 - В. Ревматоидный артрит
 - Г. Беременность
 - Д. Простатит
13. Укажите возможные этиологические факторы гломерулонефрита:
- А. инфекции
 - Б. паразиты
 - В. вакцины
 - Г. соли тяжелых металлов
 - Д. все вышеперечисленное
14. Какие изменения происходят с артериальным давлением во время беременности в первый триместр:
- А. незначительно повышается
 - Б. незначительно снижается
 - В. остается прежним
 - Г. при сопутствующей патологии снижается
 - Д. беременность не влияет на АД
15. Какая проба проводится для исследования концентрационной способности почек:
- А. проба Реберга
 - Б. проба Нечипоренко
 - В. проба Зимницкого
 - Г. проба Аддиса-Коковского

- Д. Проба с преднизолоном
16. В каком случае, назначение фуросемида не обосновано:
- А. больному с ХПН
 - Б. больному с ОПН
 - В. больному на хроническом диализе
 - Г. при отсутствии ответа на введение данного вещества на протяжении 48 часов
 - Д. сердечные отеки
17. Какие противоанемические препараты наиболее эффективны больным с ренальной анемией:
- А. сорбифер
 - Б. феррумлек
 - В. космофер
 - Г. рекармон
 - Д. аспаркам
18. При каких размерах кист возможна их чрезкожная пункция:
- А. 1 см
 - Б. 2 см
 - В. 3 см
 - Г. 4 см
 - Д. 5 см
19. Укажите препарат выбора для лечения гипертонии у беременных:
- А. Антагонисты кальция
 - Б. Ингибиторы АПФ
 - В. Метилдопа
 - Г. Мочегонные
 - Д. все вышеперечисленные
20. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности:
- А. рекармон
 - Б. алюгастрин
 - В. гентамицин
 - Г. тиенам
 - Д. аспаркам
21. У армянина 27 лет, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:
- А. наследственный нефрит.
 - Б. периодическая болезнь, наследственный амилоидоз
 - В. системная красная волчанка
 - Г. хронический гломерулонефрит
 - Д. синдром Фанкони
22. У больного 45 лет обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желёз, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50–60 эритроцитов в поле зрения). Концентрация IgA в крови повышена. Наиболее вероятный диагноз:
- А. болезнь Берже
 - Б. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

- В. гломерулонефрит алкогольной этиологии
- Г. волчаночный нефрит
- Д. пиелонефрит

23. Больная 40 лет, парикмахер. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, позноблизанием, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В посевах мочи рост кишечной палочки в титре 1×10^7 микробных тел в 1 мл. Функция почек сохранена. Выберите из перечисленных препаратов наиболее эффективный в данной ситуации:

- А. Ампициллин.
- Б. Эритромицин
- В. Цефалоспорины
- Г. Ко-тримоксазол
- Д. Ципрофлоксацин

24. У больного 35 лет на следующий день после перенесённой ангины отёки, макрогематурия, повысилось артериальное давление. Наиболее вероятный диагноз:

- А. острый гломерулонефрит
- Б. острый пиелонефрит
- В. ХГН, обострение
- Г. апостематозный нефрит
- Д. амилоидоз почек

25. Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты 4×10^3 /мкл, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85?38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм. Выделите ведущий синдром:

- А. мочевого
- Б. нефротический
- В. нефритический
- Г. гипертензионный
- Д. синдром канальцевых дисфункций

26. Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке

сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты 4×10^3 /мкл, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85?38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм. Сформулируйте диагноз:

- А. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН.
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- В. Хронический пиелонефрит, латентное течение, обострение. ХПН
- Г. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, обострение, ХПН
- Д. ХПН, терминальная стадия

27. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100?56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Сформулируйте диагноз:

- a. подагра
- b. поражение суставов (острые рецидивирующие артриты)
- c. поражение почек (уратная нефропатия — хронический интерстициальный нефрит в стадии начальной почечной недостаточности)
- d. сахарный диабет
- e. амилоидоз
- f. гиперурикемия
- g. Рецидивирующая мочевая инфекция
- h. Единственная левая почка

- А. a,b,c
- Б. a,b,c,f,g,h
- В. c,d,f,g
- Г. b,c,d

Д. a,b,c,h

28. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, pH 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100?56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Определите факторы риска развития суставного синдрома:

- | | | | |
|----|------------------------------|----|-------------|
| a. | | | анальгетики |
| b. | | | НПВС |
| c. | | | диуретики |
| d. | | | голодание |
| e. | контакт | со | свинцом |
| f. | отягощённая наследственность | | |

А. a,d,c

Б. b,d

В. c,d,f

Г. c,f

Д. a,b,c,d,e,f

29. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, pH 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5

мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100?56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты. Назначьте терапию:

- a. Отмена фуросемида
- b.увеличение дозы фуросемида
- c. Гипопуриновая диета, обильное питьё (периодически ощелачивающее)
- d. клюквенный морс
- e. аллопуринол 100 мг/сут (возможно 50 мг)
- f. приём нимесулида или колхицина под контролем уровня креатинина крови и мочевой кислоты
- g. мясная диета
- h. Лечение мочевой инфекции после посева мочи с определением чувствительности к препаратам

A. a,b,c

B. a,c,e,f,h

B. a,c,f

Г. b,d

Д. a

30.У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевой синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бугадиона. Сформулируйте диагноз:

A. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН.

B. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).

B. Хронический пиелонефрит, латентное течение, обострение. ХПН

Г. Подагра с поражением суставов (рецидивирующие острые артриты), почек (уратная нефропатия— хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). множественные тофусы. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия.

Д. ХПН, терминальная стадия.

31.У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и

ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочево́й синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочево́м синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочево́я кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона. В чем ошибка лечения данного больного:

- А. В длительном применении бутадиона
- Б. достаточно было проводить монотерапию преднизолоном
- В. Мочево́й синдром без учёта анамнеза привёл к ошибочному диагнозу ОГН, а длительная иммуносупрессивная терапия усугубила нарушения пуринового обмена
- Г. передозировка цитостатиков
- Д. лечение было правильным

32. У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочево́й синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочево́й синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочево́м синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочево́я кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона. Какова будет Ваша тактика лечения:

- a. цитостатики
- b. преднизолон
- c. аллопуринол
- d. ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- e. гипопуриновая диета
- f. обильное, периодически ощелачивающее питье

- А. a,b
- Б. b,c,d
- В. c,d,e,f
- Г. e,f
- Д. a,c,f

33. 35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какая наиболее частая причина рецидивирования камней, состоящих из оксалата кальция?:

- А. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХПН
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- В. Идиопатическая гиперкальциурия (подтверждением этого является превышение уровня экскреции кальция в суточной моче выше 300 мг/сут или 4 мг кальция/кг в суточной порции мочи)
- Г. Подагра с поражением суставов (рецидивирующие острые артриты), почек (уратная нефропатия— хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). множественные тофусы. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия.
- Д. ХПН, терминальная стадия.

34.35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какое обследование необходимо провести на предмет метаболических факторов риска камнеобразования?:

- a. Определить содержание кальция в сыворотке крови
- b. Определить содержание фосфора в сыворотке крови
- c. Определить содержание мочевой кислоты в сыворотке крови
- d. Определить содержание электролитов в сыворотке крови
- e. Определить содержание креатинина в сыворотке крови

- А. a,b
- Б. a,d,c
- В. a,b,c,d
- Г. a,b,c,d,e
- Д. c,d,e

35.35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл. Какие рекомендации по лечению неправильны?:

- a. Необходимо повышенное потребление жидкости (повышенный объём мочи приводит к снижению концентрации оксалата кальция).
- b. Ограничение потребления кальция способствует повышенной адсорбции оксалата в пищеварительном тракте.
- c. Полезно ограничение соли (повышение приёма соли приводит к повышенному выделению кальция)

- А. a
- Б. a,b
- В. a,c
- Г. a,b,c
- Д. b,c

36.У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг. Ваш предположительный диагноз:

- А. хронический гломерулонефрит
- Б. хронический пиелонефрит
- В. хронический интерстициальный нефрит
- Г. поражение почек при сахарном диабете
- Д. амилоидоз почек

37. У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600 мг. Что Вы предлагаете сделать для его подтверждения?:

- a. проба Зимницкого
- b. определить уровень кальция
- c. определить уровень креатинина
- d. определить уровень азота мочевины
- e. общий анализ мочи
- f. ультразвуковое исследование почек
- g. компьютерная томография

- А. а
- Б. а,b,c
- В. а,b,c,e
- Г. а,b,c,e,f
- Д. а,b,c,d,e,f,g

38. У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600 мг. Какова Ваша тактика ведения больной?:

- А. прекратить приём витамина Д и препаратов кальция
- Б. иммуносупрессоры
- В. антибиотики
- Г. ингибиторы АПФ
- Д. все вышеперечисленное

39. Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6x10⁹/л, тромбоциты 118x10⁹/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 2,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Тактика ведения больной:

- a. сделать биопсию почки,
- b. монотерапия преднизолоном 60 мг в сутки
- c. назначение преднизолона 60 мг в сутки, на фоне которого проводить пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном

- А. а
- Б. а,b
- В. а,b,c
- Г. а,c
- Д. b

40.Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6x10⁹/л, тромбоциты 118x10⁹/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 2,02 ммоль/л, холестерин 5,72 ммоль/л. Укажите ведущий нефрологический синдром:

- А. Нефротический синдром
- Б. Хроническая почечная недостаточность
- В. Быстро прогрессирующий нефрит
- Г. Канальцевые дисфункции
- Д. Гематурия

ЧАСТЬ 6

1.Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочева кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевои кислоты 488 мг/сут. Какои будет Ваша тактика лечения:

- a. аллопуринол
- b.СЗП
- c. гемодиальтрация
- d. коррекция АД
- e.Эр.масса
- f. назначения диуретиков

- А. a,b,c,d
- Б. a,c,d,f
- В. b,c,d
- Г. c,d,f
- Д. c,e,f

2.Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отеки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре —

кожные покровы бледные. АД 135/80 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков. Общий анализ крови: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. Биохимический анализ крови: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева 8,8?6,0 см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. Чашечно-лоханочная система не расширена. В области почечных сосочков — участки с повышенной акустической плотностью. Какие нефрологические синдромы отмечаются у Вашей больной:

- А. мочевого синдром
- Б. нефротический
- В. гипертензионный
- Г. канальцевых дисфункций
- Д. все вышеперечисленные

3. Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отеки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре — кожные покровы бледные. АД 135/80 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков. Общий анализ крови: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. Биохимический анализ крови: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева 8,8?6,0 см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. Чашечно-лоханочная система не расширена. В области почечных сосочков — участки с повышенной акустической плотностью. Ваш предположительный диагноз:

- А. хронический гломерулонефрит
- Б. амилоидоз почек
- В. анальгетическая нефропатия
- Г. хронический пиелонефрит
- Д. диабетическая нефропатия

4. Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отеки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре — кожные покровы бледные. АД 135/80 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков. Общий анализ крови: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. Биохимический анализ крови: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева 8,8?6,0 см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. Чашечно-

лоханочная система не расширена. В области почечных сосочков — участки с повышенной акустической плотностью. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику:

- А. гематурический гломерулонефрит
- Б. хронический пиелонефрит
- В. туберкулез почки
- Г. мочекаменная болезнь
- Д. все вышеперечисленное

5. Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отеки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре — кожные покровы бледные. АД 135/80 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравerteбральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков. Общий анализ крови: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. Биохимический анализ крови: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева 8,8?6,0 см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. Чашечно-лоханочная система не расширена. В области почечных сосочков — участки с повышенной акустической плотностью. Рекомендуемые дополнительные исследования:

- a. УЗИ почек
- b. консультация уролога
- c. экскреторная урография
- d. компьютерная томография

- А. а
- Б. b
- В. a,b,c
- Г. b,c
- Д. a,b,c,d

6. Больная 33-х лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющего характера боли в поясничной области, не проходящие после приема спазмолитиков, анальгетиков. В моче — постоянно щелочная реакция (рН выше 7,0), белок — 0,06–0,3, лейкоциты 8–12 в поле зрения, эритроциты до 30–40 в поле зрения, бактерии. При посеве мочи периодически высевались кишечная палочка, клебсиелла, протей. На экскреторных урограммах — коралловидный камень левой почки. Креатинин крови 1,3 мг/дл, мочевая кислота — 6,8 мг/дл, холестерин — 300 мг/дл, глюкоза — 120 мг/дл. В анамнезе — рецидивирующая мочевая инфекция, полтора года назад в период беременности — две атаки острого пиелонефрита. В настоящее время постоянно принимает растительные уроантисептики, периодически — фуразидин, пипемидовую кислоту, нитроксолин, спазмолитики, однако болевой синдром не купируется. Каковы причины уролитиаза у данной пациентки:

- А. Оксалурия
- Б. Уратурия
- В. Подагра
- Г. Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей
- Д. наследственная дисметаболическая нефропатия

7. Больная 33-х лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющего характера боли в поясничной области, не проходящие после приёма спазмолитиков, анальгетиков. В моче — постоянно щелочная реакция (рН выше 7,0), белок — 0,06–0,3, лейкоциты 8–12 в поле зрения, эритроциты до 30–40 в поле зрения, бактерии. При посеве мочи периодически высевались кишечная палочка, клебсиелла, протей. На экскреторных урограммах — кораловидный камень левой почки. Креатинин крови 1,3 мг/дл, мочевая кислота — 6,8 мг/дл, холестерин — 300 мг/дл, глюкоза — 120 мг/дл. В анамнезе — рецидивирующая мочевая инфекция, полтора года назад в период беременности — две атаки острого пиелонефрита. В настоящее время постоянно принимает растительные уроантисептики, периодически — фуразидин, пипемидовую кислоту, нитроксолин, спазмолитики, однако болевой синдром не купируется. Какие бактерии чаще всего обуславливают щелочную реакцию мочи:

- А. Бактерии передающиеся половым путем
- Б. Бактерии, продуцирующие уреазу
- В. Смешанная инфекция
- Г. Кишечная палочка
- Д. Стрептококковые

8. Больная 33-х лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющего характера боли в поясничной области, не проходящие после приёма спазмолитиков, анальгетиков. В моче — постоянно щелочная реакция (рН выше 7,0), белок — 0,06–0,3, лейкоциты 8–12 в поле зрения, эритроциты до 30–40 в поле зрения, бактерии. При посеве мочи периодически высевались кишечная палочка, клебсиелла, протей. На экскреторных урограммах — кораловидный камень левой почки. Креатинин крови 1,3 мг/дл, мочевая кислота — 6,8 мг/дл, холестерин — 300 мг/дл, глюкоза — 120 мг/дл. В анамнезе — рецидивирующая мочевая инфекция, полтора года назад в период беременности — две атаки острого пиелонефрита. В настоящее время постоянно принимает растительные уроантисептики, периодически — фуразидин, пипемидовую кислоту, нитроксолин, спазмолитики, однако болевой синдром не купируется. Какие методы применяют для лечения пациентов с кораловидными камнями:

- А. Только консервативное лечение
- Б. Открытая хирургическая операция (нефрэктомия), комбинированная терапия с использованием перкутанной и экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии
- В. установка стент-катетера
- Г. пиелотитостомия
- Д. нефростомия

9. Больной М., 38 лет. Считал себя практически здоровым. Повод к обращению — кратковременный эпизод болей в поясничной области, сопровождавшийся появлением «бурой» мочи после физической нагрузки (копал картофель в жаркий день, практически не принимал жидкость). Семейный анамнез: у отца — уратный нефролитиаз, избыточный вес, у деда по отцовской линии — суставной синдром, умер от уремии. Ваш предположительный диагноз:

- А. Хронический пиелонефрит
- Б. Нефроптоз
- В. Туберкулез почки
- Г. Уратная нефропатия
- Д. Аномалия развития почек

10. Больной М., 38 лет. Считал себя практически здоровым. Повод к обращению — кратковременный эпизод болей в поясничной области, сопровождавшийся появлением «бурой» мочи после физической нагрузки (копал картофель в жаркий день, практически не принимал жидкость). Семейный анамнез: у отца — уратный нефролитиаз, избыточный вес,

у деда по отцовской линии — суставной синдром, умер от уремии. Рекомендации по лечению:

- А. Гипопуриновая диета
- Б. обильное питьё (диурез не менее 1,5–2 л)
- В. ощелачивание мочи под контролем рН
- Г. все ответы верны
- Д. правильных ответов нет

11. Какие из перечисленных изменений не характерны для болезни минимальных изменений:

- А. селективная протеинурия
- Б. преимущественное развитие у детей
- В. артериальная гипертензия
- Г. внезапное начало
- Д. хороший прогноз

12. Анальгетическая нефропатия развивается после приема не менее:

- А. 1 кг анальгетиков в год
- Б. 100 г анальгетиков в год
- В. 10 г анальгетиков в год
- Г. 10 кг анальгетиков в год
- Д. 500 г анальгетиков в год

13. Наиболее частая причина нефротического синдрома у детей:

- А. минимальные изменения
- Б. мембранозный нефрит
- В. IgA нефропатия
- Г. ни один из указанных состояний
- Д. все ответы верны

14. Какое положение для экстракапиллярного гломерулонефрита неверно:

- А. возможен антительный механизм развития
- Б. возможен иммунокомплексный механизм развития
- В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
- Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита
- Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко

15. Какие из перечисленных признаков или их сочетаний наиболее характерны для следующего заболевания? Дистальный почечный канальцевый ацидоз:

- А. отложение иммунных комплексов в мезангии клубочка
- Б. протеинурия выше 3,5 г в сутки
- В. характерны оба признака
- Г. не характерен ни один из признаков
- Д. такого состояния не бывает

16. Какие из перечисленных состояний наиболее соответствует следующему высказыванию? При световой микроскопии биоптата клубочки не изменены:

- А. минимальные изменения.
- Б. мембранозный нефрит
- В. IgA-нефрит
- Г. экстракапиллярный
- Д. ни одно из указанных состояний

17. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяют при:

- А. узелковом периартериите с поражением почек
- Б. активном волчаночном нефрите
- В. ХГН нефротического типа
- Г. быстро прогрессирующем нефрите
- Д. при всех перечисленных заболеваниях

18. Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:

- А. 20–30 мг в сутки.
- Б. 10 мг в сутки.
- В. 2 мг в сутки.
- Г. 0,5–1 мг в сутки
- Д. назначение колхицина бесполезно

19. Какой из перечисленных морфологических признаков наиболее характерен для следующего заболевания? Волчаночный нефрит:

- А. слияние ножковых отростков подоцитов
- Б. положительная окраска тиюфлавином Т
- В. фибриноидный некроз капиллярных петель, кариорексис
- Г. все ответы верны
- Д. все ответы не верны

20. Какой из перечисленных синдромов наиболее соответствует следующему состоянию?

Терапия пеницилламином.:

- А. быстро прогрессирующий нефрит.
- Б. нефротический синдром
- В. оба указанных синдрома
- Г. ни один из указанных
- Д. патологии почек нет

21. Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 °С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6x10⁹/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками. В чём причина неэффективности терапии?:

- А. Неправильно поставленный диагноз
- Б. Неверный выбор препарата
- В. Неадекватная доза препарата
- Г. Невозможность антибактериальной терапии из-за непереносимости многих антибиотиков
- Д. все вышеперечисленное

22. Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анasarка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240x10⁹/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106

мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л. Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?:

- А. Множественные мелкие кисты диаметром 1–2 мм
- Б. Утолщение клубочковых базальных мембран с множественными субэпителиальными электронноплотными депозитами
- В. Нормальные клубочки при световой микроскопии и диффузное слияние ножковых отростков подоцитов при электронной микроскопии
- Г. Линейные отложения IgG вдоль базальной мембраны клубочка
- Д. Отложение в клубочках аморфных масс, окрашиваемых конго-рот и тιοфлавином Т

23. У больной 23 лет с активным волчаночным нефритом внезапно появились синяки на коже, носовые кровотечения, затем макрогематурия и олигурия. Какие исследования необходимо срочно выполнить для подтверждения развития ДВС-синдрома?:

- a. Определить количество тромбоцитов
 - b. Определить содержание фибриногена в крови
 - c. Определить протромбиновый индекс
 - d. Исследовать концентрацию креатинина крови
 - e. Определить время кровотечения
- А. a,b,d
 - Б. c,d
 - В. a,b,d
 - Г. c,d,e
 - Д. b,e

24. Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 мес после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании: выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови — гемоглобин 67 г/л, лейкоциты — $3,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 60 мм/ч. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. СКВ
- Б. хронический гломерулонефрит
- В. геморрагический васкулит

25. Больной Е., 20 лет, учащийся техникума. В возрасте 17 лет заболел острым ревматоидным артритом, лечился повторными курсами преднизолона (максимально 15 мг в сутки). Через 2 года от начала заболевания обнаружена нарастающая протеинурия с формированием в течение года нефротического синдрома: суточная протеинурия 10 г, общий белок — 46 г/л, альбумин — 12 г/л, холестерин — 9,88 ммоль/л, СОЭ — 60 мм/ч. Какой характер нефропатии вы можете предположить?:

- А. Амилоидоз почек
- Б. Гломерулонефрит
- В. Интерстициальный нефрит
- Г. Васкулит почечных сосудов
- Д. СКВ

26. У больного 22 лет, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился чётко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отёком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены.

Концентрация альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

- А. рожеподобная эритема при нефротическом кризе
- Б. рожистое воспаление кожи
- В. тромбофлебит подкожных вен
- Г. узловатая эритема
- Д. опоясывающий лишай

27. У больного 23 лет, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отёки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз $868 \times 10^9/\text{л}$, резко повышено содержание фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

- А. постинфекционный гломерулонефрит
- Б. декомпенсированный цирроз печени
- В. гепаторенальный синдром
- Г. вторичный амилоидоз с поражением почек
- Д. миелопролиферативный синдром

28. У больного 19 лет после гриппа появились стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки — признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения лёгких. В течение 2 нед состояние пациента ухудшилось, содержание креатинина крови повысилось до 326 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

- А. постинфекционный гломерулонефрит
- Б. гранулематоз Вегенера
- В. синдром Гудпасчера
- Г. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- Д. паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

29. У больного 49 лет, страдающего псориазом в течение 2 лет, наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отёки ног, которые появились месяц назад и не поддавались терапии мочегонными средствами. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени. Какие препараты могут быть использованы для лечения больного?:

- a. Преднизолон.
- b. Азатиоприн
- c. Колхицин.
- d. Димеркаптопропансульфонат натрия
- e. Диметилсульфоксид

- А. a,b,c
- Б. c,d,e
- В. b,c,e
- Г. c,d
- Д. a,c,e

30. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100

мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены:

- А. Неправильно поставленный диагноз
- Б. Неверный выбор препарата
- В. Неадекватная диагностика
- Г. Потеря времени больного
- Д. все вышеперечисленное

31. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Какие показатели необходимо исследовать дополнительно:

- А. креатинин
- Б. калий
- В. эхокардиарафия
- Г. трансаминазы
- Д. все вышеперечисленное

32. Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения пациента:

- А. гемосорбция
- Б. плазмаферез

- В. экстренное проведение гемодиализа с сосудистым доступом через катетер
- Г. ингибиторы АПФ
- Д. все вышеперечисленное

33. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. О каком виде нефролитиаза может идти речь:

- А. Оксалатный уролитиаз
- Б. Цистиновый уролитиаз
- В. Фосфатный уролитиаз
- Г. Уратный уролитиаз
- Д. Смешанный

34. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза:

- А. Определить уровень мочевой кислоты
- Б. Определить свободный и ионизированный кальций
- В. Определить суточную экскрецию оксалатов
- Г. Определить суточную экскрецию цистина
- Д. все вышеперечисленное

35. Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения. Ваши рекомендации по лечению:

- А. петлевые диуретики
- Б. выпивать по 2 л жидкости в день
- В. выпивать 3-4 л жидкости в день, ощелачивать мочу
- Г. бессолевая диета
- Д. безбелковая диета

36. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Какой синдром может обсуждаться у данного больного:

- А. Метаболический синдром
- Б. Нефротический
- В. Интоксикационный
- Г. Уремия
- Д. Все вышеперечисленные

37. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен

диклофенак с эффектом. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома:

- А. аутоиммунная патология
- Б. нарушение пуринового обмена
- В. инфекционное поражение
- Г. токсическое воздействие лекарственных средств
- Д. все вышеперечисленные

38. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм рт.ст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Ваш план обследования:

- А. Биохимический анализ крови с определением уровня общего белка и трансаминаз
- Б. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты
- В. Определить суточную экскрецию оксалатов
- Г. Определить суточную экскрецию цистина
- Д. все вышеперечисленное

39. Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут. Сформулируйте диагноз:

- А. Подагра, тофусная стадия. Поражение суставов (хронические подагрические артриты с неполной ремиссией). Уратная нефропатия — ХИН, нефролитиаз в стадии начальной почечной недостаточности. Артериальная гипертензия
- Б. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия) в стадии хронической почечной недостаточности (гиперкреатинемия, анемия).
- В. Идиопатическая гиперкальциурия (подтверждением этого является превышение уровня экскреции кальция в суточной моче выше 300 мг/сут или 4 мг кальция/кг в суточной порции мочи)
- Г. Подагра с поражением почек (уратная нефропатия — хронический интерстициальный нефрит (ХИН) в стадии почечной недостаточности). Артериальная гипертензия.
- Д. ХПН, терминальная стадия.

40. Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут. Какие необходимы методы дообследования:

- | | | |
|----|------------------|------------------|
| a. | УЗИ | почек |
| b. | | эхокардиография |
| c. | доплерография | сосудов
почек |
| d. | липидный профиль | |
| A. | a | |
| B. | b | |
| V. | a,b,c | |
| G. | b,c | |
| D. | a,b,c,d | |

Список вопросов для подготовки к зачету по дисциплине «Нефрология» по программе подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.43 Нефрология

1. Этапы развития почки: пронефрос, мезанефрос, метанефрос. Аномалии развития почки.
2. Понятие о наследственных (генетических) и врожденных заболеваниях человека.
3. Доминантный и рецессивный тип наследования патологии. Поликистоз почек аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный. Клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые признаки поликистоза.
4. Простые кисты. Дифференциальная диагностика поликистоза и простых кист почек.

5. Болезнь Ниппель-Линдау, бугорковый склероз, медуллярный кистоз. Ювенильные кистозные нефропатии. Генетика, диагностика и дифференциальная диагностика кистозных заболеваний почек.

6. Понятие о тубулопатиях. Рахитоподобные тубулопатии. Витамин Д – зависимый и резистентный рахит, фосфат-диабет.

7. Понятие о тубулопатиях. Тубулопатии с синдромом полиурии и полидипсии: болезнь Де Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз, псевдогипо- и псевдогиперальдостеронизм, почечная глюкозурия, синдром Лиддла, синдром Барттера.

8. Понятие о гломерулярных заболеваниях почек. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.

9. Иммунные механизмы развития различных морфологических форм гломерулонефритов.

10. Понятие о врожденным нефротическом синдроме. Классификация врожденного нефротического синдрома. Тактика ведения.

11. Понятие о наследственном нефрите. Классификация наследственного нефрита. Понятие о коллагенопатиях. Генетическая диагностика наследственного нефрита. Морфологическая диагностика. Диф. Диагностика с-ма Альпорта и ТБМ.

12. Понятие о пролиферативных и не пролиферативных гломерулонефритах, Иммунные и неиммунные механизмы их развития.

13. Болезнь минимальных изменений. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.

14. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.

15. Мембранозная нефропатия. Патогенез, иммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения. Прогноз.

16. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит, его клинические формы и иммуногистохимические формы. IgA-нефропатия. Гистологическая классификация. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.

17. IgM-нефропатия. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.

18. Мембрано-пролиферативный гломерулонефрит.
Морфологическая классификация. Понятие о С3-гломерулопатиях. Патогенетические особенности.

19. Болезнь плотных депозитов как вариант С3-гломерулопатии. Иммунные и неиммунные механизмы, лежащие в основе патогенеза болезни плотных депозитов. Тактика ведения. Прогноз.

20. Быстропрогрессирующий ГН. Этиология. Дифференциальная диагностика

острого постинфекционного и злокачественного гломерулонефритов. Причины развития острой почечной недостаточности (ОПН), диффузного нефроангиосклероза и факторы, способствующие прогрессированию почечной недостаточности. Роль морфологических методов диагностики в течение фибропластических гломерулонефритов.

21. Лекарственные и экстракорпоральные методы лечения быстро прогрессирующих гломерулонефритов. Показания для диализотерапии при злокачественных гломерулонефритах.

22. Острый постинфекционный гломерулонефрит, этиология, патогенез, диагностика и лечение. Определение клинико-морфологических особенностей острого постинфекционного ГН.

23. Современные сведения о классификации системных васкулитах и особенностях поражения почек. Изучение морфологической, лабораторной и клинической диагностики вторичных гломерулопатий при системных васкулитах, освоение методов коррекции артериальной гипертензии, водно-электролитных и метаболических расстройств. Международная классификация и рекомендации общества нефрологов по системным васкулитам.

24. Поражение почек при васкулитах крупных и средних артерий: артериит Такаюсу, б-нь Кавасаки, узелковый полиартериит. Определение клинико-морфологических и лабораторных и инструментальных признаков васкулитов. Симптоматическое и патогенетического лечения системных васкулитов при развитии нефропатии.

25. Поражение почек при васкулитах средних и мелких артерий: гранулематоз Вегенера, геморрагический васкулит, синдром Churg-Strauss, криоглобулинемические васкулиты, микроскопический полиартериит. Определение клинико-морфологических и лабораторных и инструментальных признаков васкулитов. Симптоматическое и патогенетического лечения системных васкулитов при развитии нефропатии.

26. Системная красная волчанка. Эпидемиология и частота люпус-нефропатии. Этиология, патогенез, клиника и диагностика поражений почек при волчанке. Причины развития антифосфолипидного синдрома, его диагностика и лечение. Симптоматическое и патогенетическое лечение. Понятие о биологической терапии.

27. Поражение почек при ревматоидном артрите, системном склерозе, болезни Шегрена, заболеваний соединительной ткани при сохранной и нарушенной функции почек. Профилактика обострений нефропатии. Вопросы диспансеризации, методы профилактики острого и хронического поражения почек. Протоколы лечения болезней соединительной ткани при различном функциональном состоянии почек.

28. Диабетическая нефропатия. Эпидемиология. Основные механизмы морфологических и структурных изменений в почках при гипергликемии. Роль генетических, метаболических, гемодинамических факторов. Классификация диабетической нефропатии по С. Mogensen.

29. Ранняя диагностика поражения почек при сахарном диабете, возможности

определения микроальбуминурии в терапевтической практике. Понятие о микроальбуминурии и функциональном почечном резерве при диабетической нефропатии. Этапная ренопротекция при сахарном диабете. Дифференциальная

диагностика поражения почек при двух типах сахарного диабета. Диетическая и симптоматическая лекарственная терапия больных с диабетическим нефроангиосклерозом. Критерии начала почечно-заместительной терапии при сахарном диабете.

30. Основные механизмы нарушения метаболизма щавелевой и мочевой кислоты и значение в нефрологической практике. Ранние и выраженные проявления оксалатного и уратного литиаза, методы профилактики формирования конкрементов в полостной системе. Нехирургическое лечение оксалатных и уратных конкрементов.

31. Классификация амилоидоза. Понятие об амилоиде как фибриллярном белке, историческая справка. Виды амилоидоза внутренних органов, классификация, основные типы, встречаемые в нефрологической практике. Этиология и патогенез системного амилоидоза и частота поражения органов-мишеней. Диагностика системного амилоидоза (клиническая, лабораторная, иммунологическая и морфологическая), различия его форм и подходов к лечению.

32. Поражение почек при первичном амилоидозе. Теория о легких цепях белка и источниках образования. Этиология и патогенез первичного амилоидоза. Частота поражения органов – мишеней. Клинические и лабораторные проявления первичного амилоидоза, дифференциальная диагностика с миеломной нефропатией. Морфология и прогноз при первичной амилоидной нефропатии. Протоколы лечения в зависимости от функционального состояния почек.

33. Поражение почек при вторичном амилоидозе. Острофазовые белки – источник образования вторичного амилоида. Заболевания, при которых наиболее часто образуется амилоид с поражением внутренних органов. Клинические и лабораторные признаки вторичного амилоидоза почек. Дифференциальная диагностика с первичным амилоидозом. Профилактика, симптоматическое и патогенетическое лечение амилоидной нефропатии. Современные методы лечения вторичного амилоидоза.

34. β 2-микроглобулиновый амилоидоз. Природа β 2-микроглобулина и особенности его метаболизма при хронической болезни почек. Депозиция β 2-микроглобулина в тканях организма и клиничко-лабораторная симптоматика. Синдром карпального канала, его клиника, диагностика и лечение. Возможности диализотерапии при β 2-микроглобулиновой интоксикации. Оценка эффективности режимов гемодиализа, симптоматической терапии и хирургической тактики. Метод локального введения кортикостероидов в синовиальное влагалище лучезапястного сустава.

35. Онкологическая патология и поражение почек в виде минимального нефритического и нефротического синдромов. Ранняя диагностика паранеопластической нефропатии. Тактика лечения основного заболевания при наличии нефропатии. Возможности методов заместительной почечной терапии в продлении жизни больных с паранеопластическими нефропатиями.

36. Поражение почек при геморрагической лихорадке. Этиология. Патогенез.

Морфологические особенности поражения почек. Особенности клинической картины геморрагической лихорадки. Лечение. Исход.

37. Поражение почек при малярии, лептоспирозе, шистосомозе, лептоспирозе. Этиопатогенез этих заболеваний. Клинические особенности заболеваний. Этиотерапия.

38. Интерстициальный нефрит. Эпидемиологические данные, методы ранней диагностики, особенности оценки парциальных тубулярных дисфункций. Этиология. Классификация необструктивных тубулоинтерстициальных заболеваний почек. Роль морфологических исследований.

39. Острый и хронический первичный пиелонефрит как тубулоинтерстициальное бактериальное воспаление. Этиология, патогенез, диагностика, комплексное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

40. Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Понятие об острой аллергической реакции в почках. Роль лекарственных препаратов. Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение.

41. Особенности острой почечной недостаточности при остром интерстициальном нефрите. Показания к диализотерапии.

42. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология и патогенез, роль лекарственных препаратов и токсинов в развитии хронического интерстициального процесса в почках. Дифференциальная диагностика тубулоинтерстициального нефрита и гломерулонефрита. Роль концентрационных индексов. Профессиональные и бытовые интерстициальные нефриты.

43. Профилактика, лечение и диспансеризация лиц с хроническим

интерстициальным нефритом.

44. Особенности острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности при тубулоинтерстициальном нефрите. Показания и противопоказания к почечно-заместительной терапии и трансплантации почек при интерстициальных заболеваниях.

45. Определение понятие о бактериальном воспалении почечной ткани. Частота, этиология и патогенез необструктивного пиелонефрита. Пути проникновения инфекции в органы мочевыводящей системы.

46. Методы диагностики и дифференциальной диагностики бактериального и неспецифического интерстициального нефрита.

47. Лекарственные средства для патогенетической терапии пиелонефрита при различном функциональном состоянии почек.

48. Современные сведения о тубулоинтерстициальных заболеваниях почек и их роли в развитии почечной недостаточности. Особенности острого и хронического бактериального воспаления почек как формы тубулоинтерстициального поражения, особенно с развитием острой почечной недостаточности и хронической почечной

недостаточности.

49. Патофизиология почечных расстройств при обструктивной нефропатии. Физиологические основы уродинамики верхних мочевых путей в норме и патологии. Классификация нарушений оттока мочи из почек. Роль повышенного гидростатического давления в полостной системе почек в развитии интерстициального нефрита и нефросклероза.

50. Клиническая, лабораторная, ультразвуковая, рентгенологическая и радиоизотопная диагностика пузырно-мочеточникового и пузырно-почечного рефлюкса, стриктур мочеточников, мочеиспускательного канала.

51. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря с синдромом задержки мочи. Инфравезикальная обструкция.

52. Рефлюксная нефропатия. Значение замыкательного аппарата соустьей мочеточников в развитии нефропатии. Классификация рефлюксной нефропатии.

Механизмы нефросклероза при повышении гидростатического давления в полостной системе почек.

53. Болезнь Ормонда и гидронефротическая трансформация. Врожденный и приобретенный уретерогидронефроз. Нейромышечная дисплазия (ахалазия) мочеточника, забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда).

54. Интерстициальный фиброз при гидронефротической трансформации почек. Изотопная и рентгеновская диагностика нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей. Клинические и лабораторные признаки осложнений гидронефротической трансформации. Консервативное и хирургическое лечение. Методы дренирования верхних мочевых путей и реконструктивных операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте. Принципы консервативного послеоперационного лечения больных с уретерогидронефрозом.

55. Изменения почек при нормальной беременности: физиология уродинамики и почечной гемодинамики при нормальной беременности. Гормональные и физические факторы нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей.

56. Осложнения у беременных, связанные с ухудшением уродинамики. Методы диагностики, профилактики и лечения гидронефротической трансформации и других осложнений при беременности.

57. Беременность при болезнях почек: влияние гломерулярных и тубуло-интерстициальных заболеваний почек на течение беременности. Причины осложненного течения беременности при гломерулонефрите, диабетической и гипертонической нефропатии.

58. Острый и хронический пиелонефрит беременных, методы его диагностики, профилактики и лечения. Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению. Ведение беременности при заболеваниях почек. Исходы беременности при патологии почек.

59. Перечень лекарственных препаратов, противопоказанных при беременности. Методы профилактики и лечения нефропатии беременных. Диспансеризация женщин, перенесших гестоз. Перспективы выздоровления после перенесенной нефропатии беременных.

60. Классификация артериальной гипертензии. Критерии нормального и повышенного артериального давления. Исторические аспекты синдрома артериальной гипертензии. Классификации Н.Д.Стражеско, А.Л.Мясникова и современная трактовка причин и патогенеза подъема артериального давления.

61. Роль нервной и гормональных систем в регуляции артериального давления. Почка, натрий и вода в подъеме артериального давления. Натрийурез и его роль в подъеме артериального давления.

62. Поражение почек при эссенциальной артериальной гипертензии. Механизмы регуляции эссенциальной артериальной гипертензии. Роль центральной и почечной гемодинамики в функционировании нефронов. Понятие об ишемической нефропатии и первичном нефроангиосклерозе. Возможности регуляции почечного кровотока и профилактике ишемической нефропатии.

63. Группы лекарственных препаратов для лечения эссенциальной артериальной гипертензии и их фармакодинамика. Немедикаментозная регуляция повышенного артериального давления. Фармакокинетика антигипертензивных лекарственных средств.

64. Поражение почек при эндокринной гипертензии: альдостероме и феохромоцитоме надпочечников, опухолями гипофиза и щитовидной железы. Роль эндокринных органов в регуляции тонуса сосудов, задержке натрия и воды.

65. Гормональные механизмы поддержания артериального давления. Заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и половых желез, сопровождающиеся подъемом артериального давления.

66. Методы лабораторной и клинической диагностики эндокринных причин артериальной гипертензии. Медикаментозное и хирургическое лечение эндокринных болезней с синдромом артериальной гипертензии.

67. Вазоренальная артериальная гипертензия. Заболевания сосудов, приводящих к нарушению почечного кровотока. Классификация системных васкулитов и атеросклеротического поражения почечных сосудов.

68. Система ренин-ангиотензин-альдостерон при вазоренальной артериальной гипертензии. Понятие о критическом и некритическом стенозировании почечных артерий. Методы диагностики, дифференциальной диагностики причин вазоренальной артериальной гипертензии. Ангиографические и сцинтиграфические методы диагностики вазоренальной артериальной гипертензии. Каптоприловая ренография. Открытое хирургическое и эндоваскулярное лечение вазоренальной артериальной гипертензии. Принципы транслюминальной ангиопластики и стентирования почечных артерий.

69. Нефрогенная артериальная гипертензия. Характеристика поражений паренхимы почек и нарушений почечного кровотока. Понятие о прессорных и депрессорных механизмах поддержания артериальной гипертензии. Диагностика и дифференциальная диагностика вазоренальной гипертензии и иных видов стойкого повышения АД. Показания для консервативного и хирургического лечения вазоренальной гипертензии.

70. Классификация односторонних и двусторонних заболеваний почек гломерулярного и тубулоинтерстициального характера, сопровождающихся синдромом артериальной гипертензии. Роль очагового и диффузного нефросклероза в поддержании артериального давления. Использование определения ренина, альдостерона, простагландинов и кининов в диагностике нефрогенных артериальных гипертензий и определении тактики лечения. Оптимальные схемы гипотензивной терапии. Показания к хирургическому лечению.

71. Ишемическая болезнь почек. Общие сведения. Частота заболевания. Этиология. Патогенез. Морфологи. Классификация. Клинико-морфологические формы. Стенозирующий атеросклероз почечных артерий. Панартериит аорты и её ветвей. Фибромускулярная гиперплазия почечных артерий

72. Аномалии развития почечных артерий. Клинические проявления и течение. Особенности клинического течения. Лабораторные показатели. Функциональное состояние почек. Специальные методы исследования. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Хирургическое лечение. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.

73. Поражение почек при инфекционном эндокардите. Общие сведения. Частота заболевания в разных группах населения. Этиология. Патогенез. Морфология. Классификация. Клиническое проявление и течение. Особенности клиники при иммунодефиците, наркомании, на ЗПП. Лабораторные показатели. Функциональное состояние почек. Специальные методы обследования. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение и профилактика.

74. Поражение почек при инфекционном эндокардите. Профилактика поражения почек при подостром септическом эндокардите. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Показания к хирургическому лечению. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.

75. Изменения почек при тромботических микроангиопатиях: гемолитико-

уремическом синдроме (ГУС) и тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП) Общие сведения. Частота поражения у детей, у взрослых. Патогенез, классификация Морфология. Клинико-лабораторные изменения. Гипертензия. Изменения в анализах мочи. Функциональное состояние почек. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.

76. Атипичный ГУС. Патогенетические механизмы развития. Роль генетических факторов в патогенезе аГУС. Аутоиммунные механизмы как причина развития аГУС. Современные методы лечения. Таргентная терапия.

77. Тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП). Патогенез, классификация. Клинико-лабораторные изменения. Особенности поражение почек при ТТП. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.

78. Поражение почек при гемодинамических (циркуляторных) нарушениях. Нарушение венозного кровообращения почек. Этиология и патогенез. Нефротический синдром при тромбозе почечных вен. Морфология. Клиника и течение. Лабораторные проявления. Функциональное состояние почек. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение, профилактика.

79. Поражение почек при хронической сердечной недостаточности. Патогенез. Морфология Клиника и течение. Лечение, профилактика.

80. Понятие о синдроме «острая почечная недостаточность» и «острое почечное повреждение». Основные классификации RIFLE и AKIN. Экскреторная функция почек. Классификация острой почечной недостаточности. Ренальный тип острого почечного повреждения. Микроциркуляция в клубочковых капиллярах.

81. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит, формирование «полулуний» в боуменовской капсуле. Морфология злокачественного гломерулонефрита. Клинико-лабораторные проявления острой почечной недостаточности при гломерулонефрите, дифференциальная диагностика с преренальными и постренальными типами острой почечной недостаточности. Концентрационные индексы натрия и мочевины. Профилактика и лечение острой почечной недостаточности при гломерулонефрите.

82. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Пульс-терапия кортикостероидами и цитостатиками. Показания к плазмаферезу и острому гемодиализу. Период реконвалесценции и диспансеризация лиц, перенесших острую почечную недостаточность. Коррекция водно-электролитных и метаболических сдвигов при острой почечной недостаточности. Диспансеризация больных, перенесших токсическую острую почечную недостаточность.

83. Острая почечная недостаточность при остром тубулоинтерстициальном нефрите. Этиологические факторы острого тубулоинтерстициального нефрита. Варианты тубулярных дисфункций при лекарственной нефропатии. Диагностика и дифференциальная диагностика тубулярных и гломерулярных поражений почек.

84. Острая почечная недостаточность. Основные причины токсического поражения почек и развития синдрома острой почечной недостаточности. Меры профилактики и консервативного лечения острого тубулоинтерстициального нефрита. Коррекция водно-электролитных и метаболических расстройств при остром тубулоинтерстициальном нефрите. Показания и противопоказания к пункционной нефробиопсии. Показания для диализотерапии. Диспансеризация лиц после острого тубулоинтерстициального нефрита.

85. Токсическая и постренальная острая почечная недостаточность. Патофизиология поражения почек при отравлениях. Функциональные, метаболические и водно-электролитные расстройства при токсической острой почечной недостаточности.

Морфология, диагностика и дифференциальная диагностика острой почечной недостаточности при отравлениях. Профилактика, превентивный гемодиализ: показания, методика.

86. Консервативная терапия острой почечной недостаточности при отравлениях. Методика определения основных токсинов и других этиологических факторов, вызывающих острую почечную недостаточность. Показания к форсированному диурезу, плазмаферезу, гемосорбции и гемодиализу при острой почечной недостаточности. Другие консервативные методы лечения отравлений с развитием острой почечной недостаточности.

87. Факторы, предрасполагающие к развитию острой почечной недостаточности при хирургических вмешательствах, применении рентгеноконтрастных веществ и нефротоксичных лекарственных препаратов. Методы профилактики развития острой почечной недостаточности при наличии факторов риска. Контроль за функциональным состоянием почек при действии факторов риска.

88. Лекарственные средства, способные восстановить функцию почек при острой почечной недостаточности: гемокорректоры, кортикостероиды, мембрано-протекторы и др. Сроки проведения консервативной терапии при острой почечной недостаточности, выявление показаний для начала заместительной почечной терапии.

89. Диализотерапия при острой почечной недостаточности (гемо- и перитонеальный диализ). Принципы экстракорпорального очищения крови при острой почечной недостаточности различного генеза. Преимущества и недостатки гемодиализа, гемофильтрации и перитонеального диализа. Показания для дифференцированного применения методов экстракорпоральной детоксикации.

90. Методы длительной непрерывной заместительной терапии, их режимы, особенности и перспективы применения. Интрадиализные осложнения, их профилактика и лечение. Переход острой почечной недостаточности в хроническую, критерии и тактика ведения пациентов.

91. Преимущества и недостатки прерывистых и непрерывных методов очищения крови, допустимые режимы. Принцип опережающего диализа при острых отравлениях. Использование антикоагулянтов и антиагрегантов при диализотерапии, сосудистые и брюшные доступы для гемо- и перитонеального диализа. Лечение осложнений во время диализотерапии.

92. Понятие о «хронической почечной недостаточности» и «хронической болезни почек» (ХБП), общее и различия. Сведения о хроническом нарушении функции почек. Суммарные и парциальные функции почек. Эпидемиология хронической болезни почек, этиология и патогенез. Частота развития ХБП по данным литературы и сведениям Минздрава РФ.

93. Уремические токсины с «малой» и «средней» молекулярной массой. Пептидная интоксикация. Методики расчета и оценки суммарных и парциальных функций почек. Этиологические факторы хронической почечной недостаточности (ХПН)

при первичных и вторичных заболеваниях почек. Патогенез ХПН: теории «интактных нефронов»,

«гетерогенности функций нефронов», «гемодинамическая теория», «теория нефротоксичности белка».

94. Новые направления воздействия на патогенетические механизмы прогрессирования заболеваний почек. Понятие о нефропротекторных лекарственных средствах.

95. Классификация ХПН. Доклинические стадии ХПН, оценка лабораторных признаков нарушения парциальных функций. Расчет скорости клубочковой фильтрации по различным формулам. Определение концентрационной способности почек.

96. Нефрогенная анемия, диагностика, профилактика и лечение. Почка как эндокринный орган. Этапы эритропоэза и роль эритропоэтина в созревании эритроцитов. Причины и патогенез нефрогенной анемии. Нормативные показатели, характеризующие синдром анемии у диализных больных. Роль запасов железа в нормализации гемоглобина крови. Целевой уровень гемоглобина и пути его достижения. Показания к заместительной терапии эритропоэтином, дозировки в индукционный период, поддерживающие дозы. Причины неэффективности терапии эритропоэтином, осложнения и их лечение.

97. Изучение лекарственных форм эритропоэтина (Еро) и особенностей их фармакологического действия. Показания для начала терапии Еро, дозы и достижение целевого уровня. Препараты железа, предпочтительнее для коррекции нефрогенной анемии. Контроль достаточности дозы Еро при длительном лечении.

98. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена при болезнях почек. Роль кальция и фосфора в жизнедеятельности человека. Причины нарушения минерального обмена при острой и хронической почечной недостаточности. Классификация почечной остеодистрофии: понятие о быстром и медленном обмене в костных структурах. Роль витамина Д и его активных форм в нарушениях минерального обмена при ХБП.

99. Участие паращитовидных желез в тяжелом проявлении нарушений обмена кальция и фосфора. Клинические проявления вторичного гиперпаратиреоза при болезнях почек. Профилактика, консервативное и хирургическое лечение гиперпаратиреоза. Методика расчета «кальций-фосфорного продукта» для оценки степени нарушений минерального обмена. Рентгенологическая и денситометрическая оценка костных изменений. Градация уровня паратгормона у лиц с различными стадиями ХБП. Показания и противопоказания для назначения фосфат биндеров и витамина Д3.

100. Поздние проявления ХПН: изменения сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, дыхания, костной системы.

101. Особенности лечения основного заболевания при снижении азотовыделительной функции почек. Основные принципы консервативного лечения ХБП. Ренопротекторные средства. Особенности диетического питания в зависимости от стадии ХБП. Ингибция эндогенного протеолиза. Гипотензивная и липолитическая терапия. Противозотемические препараты. Средства, стимулирующие функции викарных органов

выделения. Показания и границы применения инфузионной детоксикационной терапии.

102. Перечень лекарственных препаратов, вызывающих падение СКФ и нарастание азотемии. Границы патогенетической терапии при появлении ХБП. Четыре основных принципа консервативной терапии ХБП: оптимизация белкового обмена, улучшение почечной гемодинамики, стимуляция викарных органов выведения, воздействие на уремические токсины. Диеты с различным содержанием белка и соли: их роль в замедлении нефросклероза.

103. Современные представления и понятие о ренопротекции. Естественное течение заболеваний почек и их исход. Нефросклероз и темпы при различной патологии. Смысл ренопротекции, ее методы (диетические, физиологические, фармакологические) и сроки ее начала. Методы профилактики и индукции ренопротективной терапии. Методы и способы ренопротекции и их влияние на течение заболеваний почек.

104. Ренопротекция при артериальной гипертензии. Механизмы развития первичного нефроангиосклероза при стойкой артериальной гипертензии. Современные антигипертензивные лекарственные средства и их возможности для защиты почек от склеротических и гипоксических изменений. Роль тонуса сосудов, питающих почечный клубочек и канальцевые структуры в развитии ишемической нефропатии. Место приложения антигипертензивных препаратов на уровне нефрона.