Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 16.12.2025 11:16:08
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e7de679484a4c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ /Невзорова В.А./

«06» мая 2025г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.01 Нефрология

Специальность	31.08.43 Нефрология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере нефрологии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	терапии и инструментальной диагностики

Владивосток 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень сформированности у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.43 Нефрология (уровень ординатура), направленности 02 Здравоохранение (в сфере нефрологии), в сфере профессиональной деятельности 02.041 Профессиональный стандарт «Врач-нефролог», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.11.2018 № 712н **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/rif/31.08.43_Nefrologiya(5).pdf

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения компетенции**
Универсальные компетенции		
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ИДК. УК-5_1 - оценивает собственные личностные и профессиональные ресурсы ИДК. УК-5_2 - определяет приоритеты развития, оценивает возможности личностного роста и профессионального совершенствования, включая задачи изменения карьерной траектории
Общепрофессиональные компетенции		
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИДК. ОПК-4_1 – проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ИДК. ОПК-4_2 – направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ИДК. ОПК-5_1 – назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ИДК. ОПК-5_2 – контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации	ИДК. ОПК-6_1 – проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ИДК. ОПК-6_2 – контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том

	индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИДК. ОПК-7_1 – знает принципы проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями органов дыхания ИДК. ОПК-7_2 – направляет пациентов на медицинскую экспертизу ИДК. ОПК-7_3 – организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИДК. ОПК-8_1 – знает принципы организации мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения и контроля их эффективности ИДК. ОПК-8_2 – проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения ИДК. ОПК-8_3 – оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИДК. ОПК-10_1 – владеет алгоритмом своевременного распознания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме ИДК. ОПК-10_2 – оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Профессиональные компетенции		
А/01.8 Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза	ПК-1 Способен проводить обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза	ИДК.ПК-1_1 – проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки. ИДК.ПК-1_2 – направляет пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек на лабораторные и инструментальные обследования. ИДК.ПК-1_3 – владеет алгоритмом постановки клинического диагноза на основании проведенных функциональных исследований.
А/02.8 Назначение	ПК-2 Способен к	ИДК.ПК-2_1 – знает порядок оказания

лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки А/03.8 Проведение заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контроль ее эффективности и безопасности	ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи	помощи пациентам с нефрологической патологией; современные рекомендации и стандарты лечения нефрологических заболеваний; клиническую фармакологию основных лекарственных препаратов, используемых в нефрологии. ИДК.ПК-2_2 –назначает адекватную этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентам трансплантированной почки; оценивает эффективность терапии, побочные эффекты назначенного лечения, проводить коррекцию терапии. ИДК.ПК-2_3 – проводит заместительную почечную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контролирует ее эффективность и безопасность
А/06.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК-3 Способен проводить обследование пациентов для раннего выявления злокачественных новообразований	ИДК.ПК-$З_1$ – обладает знаниями положений клинических рекомендаций по раннему выявлению ЗНО. ИДК.ПК-$З_2$ – проявляет онконастороженность при обследовании пациентов. ИДК.ПК-$З_3$ – проводит обследование пациентов для раннего выявления злокачественных новообразований

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1.	Текущий контроль	Вопросы для собеседования Тесты Ситуационные задачи
2.	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств контроля (текущего и промежуточного).

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, оценки практических навыков. Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена в форме собеседования, решения ситуационных задач.

3.1. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.01 Нефрология

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.43	Нефрология
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза.
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
Т		1. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ *А стеноз почечной артерии Б хронический гломерулонефрит В диабетическая нефропатия Г хронический пиелонефрит 2. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА АКТИВНОСТЬ НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ *А выраженная пролиферация гломерулярных клеток Б большая доля склероза и атрофии канальцев В большая доля склерозированных клубочков Г большая площадь тубулоинтерстициального фиброза 3. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А двусторонний стеноз почечных артерий со степенью сужения более 60% Б двусторонний стеноз почечных артерий степенью сужения менее 60% В любой стеноз почечных артерий Г односторонний стеноз почечных артерий со степенью сужения более 60% 4. БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО УРАТОВ ПРИДАЕТ ОСАДКУ МОЧИ _____ ЦВЕТ *А розоватый с кирпичным оттенком Б сливкообразный с зеленоватым оттенком В белый Г желтый 5. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ (А2) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ *А 30-299 мг/сут Б 300-1999 мг/г В > 300 мг/сут Г > 2000 мг/г 6. В ПАТОГЕНЕЗЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ *А повреждение эндотелия с агрегацией тромбоцитов Б диссеминированное внутрисосудистое свёртывание В активация протромбина Г нарушение фибринолиза 7. НЕФРОПАТИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ, КАК ПРАВИЛО, ПРОЯВЛЯЕТСЯ *А нарушением функции почек Б канальцевой дисфункцией В рецидивирующей макрогематурией

Г артериальной гипотензией

8. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СВЯЗИ ПРОТЕИНУРИИ С ПОДВИЖНОСТЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДЯТ ПРОБУ
*А ортостатическую
Б Реберга
В Олдрича
Г преднизолоновую

9. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ
*А артериального давления
Б скорости клубочковой фильтрации
В количества эритроцитов в моче
Г уровня с-реактивного белка в крови

10. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ МЕНЕЕ 500 МЛ НАЗЫВАЮТ
*А олигурией
Б анурией
В дизурией
Г полиурией

11. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛЬ НОСИТ _____ХАРАКТЕР
*А острый приступообразный
Б постоянный ноющий
В тупой
Г ноющий

12. АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С
*А невынашиванием беременности (>3 выкидышей)
Б рецидивирующей мочевой инфекцией
В поздней преэклампсией в анамнезе
Г хронической артериальной гипертензией

13. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ В МОЧЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ
*А глюкозу
Б бактерии
В грибы
Г белок ≥0,3 г/с

14. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НОЧНОЙ ПОЛЛАКИУРИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) ЯВЛЯЕТСЯ
*А прилив крови в вены таза
Б атрофия предстательной железы
В фиброматозная гистологическая структура ДГПЖ
Г ректальная форма ДГПЖ

15. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ К
*А грамположительной кислото- и щелочноупорной бактерии
Б грамположительному диплококку
В риккетсии Провачека
Г грамотрицательной кислотоупорной бактерии

16. К ОПУХОЛЯМ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

*А кортикостерома
Б симпатобластома
В параганглиома
Г феохромоцитома

17. БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ
*А острого цистита
Б острой пневмонии
В острого гломерулонефрита
Г мочекаменной болезни

18. РЕНТГЕНО-КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКУ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ
*А стихании воспалительного процесса
Б нормализации температуры
В высокой активности воспалительного процесса
Г улучшении самочувствия

19. НАЛИЧИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С _____ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ «ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СМЕШАННОГО ТИПА»
*А нефротическим синдромом
Б почечной недостаточностью
В макро- или микрогематурией
Г отечным синдромом

20. К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ТОЛЬКО ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ
*А цилиндры
Б эритроциты
В лейкоциты
Г кристаллы

21. КРИТЕРИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ФОКАЛЬНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ИСКЛЮЧАЮТ
*А мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит
Б отсутствие полулуний и фибриноидного некроза при морфологическом исследовании
В нормальную функцию почек
Г протеинурию менее 3 г/сутки

22. КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ ПОЧЕК С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ
*А длительно лихорадящим (72 часа) пациентам
Б всем пациентам перед назначением антибактериальной терапии
В всем пациентам перед выпиской из стационара
Г всем пациентам с неосложненным пиелонефритом

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
*А острый постстрептококковый гломерулонефрит
Б болезнь минимальных изменений
В диабетическая нефропатия
Г амилоидоз почек

24. ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

ИММУНОГЛОБУЛИНА
*А А
Б М
В Е
Г G

25. МОЛОЧНО-БЕЛЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ОБУСЛОВЛЕН ПОПАДАНИЕМ В НЕЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА
*А жиров или лимфы
Б уратов или оксалатов
В билирубина или уробилина
Г миоглобина или порфирина

26. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
*А аутосомно-доминантный
Б Х-сцепленный доминантный
В У-сцепленнный
Г Х-сцепленный рецессивный

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А гематурия
Б боль
В ускоренная СОЭ
Г пальпируемая опухоль

28. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСМОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ
*А Зимницкого
Б трехстаканную
В двухстаканную
Г Нечипоренко

29. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ _____ ЦИЛЛИНДРЫ
*А гиалиновые
Б восковидные
В пигментные
Г зернистые

30. ТЁМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ОБУСЛОВЛЕНА
*А нарушением выделения урохромов
Б повышением прямого билирубина
В нарушением секреции билирубина
Г повышением непрямого билирубина

31. В КАЧЕСТВЕ СКРИНИГОВОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВЫПОЛНЯЮТ _____ МОЧИ
*А общий анализ
Б электрофорез белков
В биохимический анализ
Г фазово-контрастную микроскопию

32. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А кровотечение в кисты

Б гидроторакс
В аритмия
Г синдром мальабсорбции

33. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ
*А гиперфильтрации
Б гиперкреатининемии
В протеинурии
Г микроальбуминемии

34. СКРИНИНГ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ_____ СТРАДАЮЩИХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ
*А у всех пациентов независимо от пола и возраста
Б только у мужчин старшего возраста
В только у женщин в менопаузальном периоде
Г только у женщин с сохранной менструальной функцией

35. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ
*А скорости клубочковой фильтрации
Б уровня гамма глутамилтранспептидазы в крови
В уровня с-реактивного белка в крови
Г количества эритроцитов в моче

36. ГОРМОНАМИ, КОТОРЫЕ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ПОЧКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ
*А ренин, эритропоэтин, 1,25 – дигидроксивитамин D3
Б ренин, альдостерон
В ренин, паратгормон
Г эритропоэтин, паратгормон

37. КОЛИЧЕСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А проба Нечипоренко
Б проба Сулковича
В проба Реберга
Г анализ мочи по Зимницкому

38. СУТОЧНУЮ МОЧУ ПО МЕТОДУ ЗИМНИЦКОГО СОБИРАЮТ
*А восьмикратно
Б двукратно
В пятикратно
Г однократно

39. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ
*А антифосфолипидный синдром
Б тубулоинтерстициальный нефрит
В первичный гиперальдостеронизм
Г хронический гломерулонефрит

40. УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С
*А суставной тофусной подагрой
Б деформирующим остеоартритом
В хроническим остеомиелитом
Г болезнью Бехтерева

41. К НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ИСТИННОЙ

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКЕ ОТНОСЯТ
*А сохранную функцию почек
Б поликистоз обеих почек
В артериальную гипертонию
Г эритроциты и белок в моче

42. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
*А слабость, снижение аппетита
Б кожные высыпания
В отёки
Г приступы лихорадки

43. ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АТИПИЧННЫМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДОЛЖНО ВЫПОЛНЯТЬСЯ
*А пациентам, планирующим трансплантацию почек
Б в острый период для установления диагноза
В перед началом использования комплемент-блокирующей терапии
Г для подтверждения тромботической микроангиопатии

44. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ
*А через 7-14 дней после перенесённого вирусного или бактериального заболевания
Б через месяц после перенесённого респираторного заболевания
В без связи с перенесёнными заболеваниями
Г на высоте респираторного заболевания

45. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ
*А аортоартериит Такаясу
Б волчаночный нефрит
В нефропатия беременных
Г острый пиелонефрит

46. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
*А экстракапиллярного гломерулонефрита
Б фокального сегментарного гломерулосклероза
В амилоидоза почек
Г диабетической нефропатии

47. В ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ
*А креатинина
Б глюкозы
В альбумина
Г электролитов

48. ПРИ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А сочетание с высокой протеинурией
Б сочетание с бактериурией
В болевая макрогематурия
Г наличие в моче более 70% неизмененных эритроцитов

49. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

*А уменьшение печеночного кровотока
Б увеличение печеночного кровотока
В увеличение массы печени
Г увеличение скорости и интенсивности метаболизма в печени

50. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ _____ В КОНЦЕ _____
А повышается; 1 триместра
Б повышается; 2 триместра
В повышается; беременности
Г понижается; 1 триместра

51. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПОЧЕЧНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
*А повышение сывороточного креатинина в дебюте болезни
Б наличие выраженной эритроцитурии в дебюте болезни
В наличие протеинурии до 1 г/сут в дебюте болезни
Г достижение ремиссии в течение 1 года активной терапии

52. ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА, ГИПЕРЕМИЯ, ЗУД И СЛЕДЫ РАСЧЕСОВ ВУЛЬВЫ НАБЛЮДАЮТСЯ У ДЕВОЧЕК ПРИ
*А вульвовагините
Б уретирите
В цистите
Г пиелонефрите

53. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ ОТНОСЯТ
*А изменения сосудистой стенки, дефицит Х-фактора
Б наличие антител к коагуляционному фактору VIII
В снижение функции печени, дефицит протромбина
Г тромбоцитопению, коагулопатию потребления

54. ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ КРАСНО-КИРПИЧНОГО ЦВЕТА ПРИ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕНО
*А уратной кристаллурией
Б гипербилирубинурией
В аморфными фосфатами
Г оксалатной кристаллурией

55. ВАРИАНТОМ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА ПОЧКИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
*А узелковый полиартериит
Б болезнь Такаясу
В эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
Г IgA-васкулит

56. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОВОКАЦИОННОГО ТУБЕРКУЛИНОВОГО ТЕСТА УЧИТЫВАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В МОЧЕ
*А лейкоцитов
Б микобактерий
В цилиндров
Г эритроцитов

57. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ОБЛАДАЕТ
*А рентгеноконтрастная мультиспиральная компьютерная томография
Б биопсия почки
В дуплексная ультразвуковая допплерография с пробой с каптоприлом
Г экскреторная урография

58. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ
*А аномалия строения почечных сосудов
Б фокально-сегментарный гломерулосклероз
В острый гломерулонефрит
Г волчаночный нефрит

59. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
*А экскреция белка 3 г/сут и более
Б олигурия
В гиперпротеинемия
Г гипостенурия

60. СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
*А образ жизни
Б генетическая предрасположенность
В окружающая среда
Г недостатки работы системы здравоохранения

61. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЮТ
А мультиспиральную компьютерную томографию
Б диагностическую лапароскопию
В обзорную рентгенографию брюшной полости
Г определение скорости пульсовой волны в аорте

62. НЕОБСЛЕДОВАННЫМ КРОВНЫМ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТА С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НУЖНО ПРОВЕСТИ
*А ультразвуковое обследование почек
Б пункционную биопсию почки
В магниторезонансную томографию
Г генетическую диагностику

63. ОСОБЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
*А развитие гипертонии de novo в пожилом возрасте
Б снижение фракции сердечного выброса
В хороший ответ на прием моноприла
Г преимущественное повышение диастолического АД

64. ЩЕЛОЧНАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
*А цистите
Б диабете
В почечной недостаточности
Г голодании

65. СТАРЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
*А отсутствием болевого синдрома
Б выраженным болевым синдромом

		В поллакиурией Г высокой лихорадкой 66. ЧАЩЕ ВСЕГО У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ВОЗНИКАЕТ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ *А септическом состоянии Б амилоидозе В остром панкреатите Г почечной колике 67. РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ ПРИ САРКОИДОЗЕ КАК СИСТЕМНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ *А не связано с профессиональной деятельностью Б наблюдается при инфекциях полости рта В вызвано токсичными соединениями ртути Г является распространенным заболеванием 68. ПОЧЕЧНЫЕ КИСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ *А эпителиоцитов канальцев и собирательных трубочек Б париетальных эпителиоцитов капсулы клубочка В эндотелиоцитов капиллярной стенки клубочков Г висцеральных эпителиоцитов капилляров клубочка 69. ФАКТОРОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА *А С Б А В D Г Е 70. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У МУЖЧИН, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ГЕМАТУРИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И АБДОМИНАЛГИЯМИ, ЯВЛЯЕТСЯ *А геморрагический васкулит Б СКВ В смешанная криоглобулинемия Г острый нефрит
Ф	А/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки.
Т		1. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ AL-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А уменьшение/исчезновение уровня моноклонального Ig в крови и моче Б уменьшение/нормализация уровня в крови острофазового СРБ или SAA В уменьшение в крови уровня антител к базальной мембране клубочков Г уменьшение уровня антинуклеарного фактора в сыворотке крови 2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ ЧАСТЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЯХ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ *А применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение Б назначение мочегонных препаратов, растительных уросептиков, физиотерапии, курсов массажа, обязательное дренирование кист В назначение мочегонных препаратов Г физиотерапевтическое лечение

3. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ
*А ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
Б тиазидоподобные диуретики
В альфа, бета-адреноблокаторы
Г дигидропиридиновые антагонисты кальция

4. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
*А хирургическую декомпрессию кист
Б назначение мочегонных препаратов
В длительную иглорефлексотерапию
Г физиотерапевтические процедуры

5. ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
*А антибактериальная терапия
Б физиотерапия
В витаминотерапия
Г фитотерапия

6. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
*А трансплантация почки
Б гемодиализ
В перитонеальный диализ
Г гемодиафильтрация

7. ОГРАНИЧЕНИЕ В ДИЕТЕ БЕЛКА В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕЛЬЗЯ ОБЕСПЕЧИТЬ
*А исключением белка из рациона и введением эссенциальных аминокислот
Б снижением белка до 0,3 г/кг массы с добавлением кетокислот
В снижением белка до 0,6-0,55 г/кг с использованием белка высокой биологической ценности (животного или соевого)
Г снижением белка до 0,3 г/кг с использованием в основном растительного белка и добавлением 10-20 г смеси эссенциальных аминокислот

8. МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА – ОГРАНИЧЕНИЕ В ДИЕТЕ БЕЛКА МЕНЕЕ (В Г/КГ/СУТ)
*А 1
Б 3
В 5
Г 2

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ СИНЕГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
*А аминогликозиды
Б азолы
В фторхинолоны
Г макролиды

9. БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ НЕФРОПАТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ, ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИЛИ ВТОРИЧНОМ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
*А низкомолекулярных гепаринов
Б нефропротективной терапии

		В циклоспорина А Г нестероидных противовоспалительных препаратов 10. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИН-КОНВЕРТИРУЮЩЕГО ФЕРМЕНТА МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ *А преренальное острое почечное повреждение Б гипонатриемию В гипокалиемию Г ренальное острое почечное повреждение 11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ЦИКЛОСПОРИН *А является препаратом второго ряда при нефротическом синдроме, связанном с мембранозным волчаночным нефритом Б показан при цитопении, криоглобулинемии, васкулите, поражениях ЦНС, тромботической тромбоцитопенической пурпуре В целесообразно назначать при рефрактерном к монотерапии глюкортикостероидами волчаночном артрите и поражениях кожи Г является препаратом выбора при волчаночном нефрите и тяжелом поражении ЦНС 12 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ *А свежезамороженной плазмы Б тромбоконцентрата В антибактериальной терапии Г иммуносупрессивной терапии 13 ВСЕМ ПАЦИЕНТКАМ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ, НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ, ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА ПОТЕРИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ *А малые дозы аспирина Б К-витаминзависимые антикоагулянты В прямые ингибиторы тромбина Г низкомолекулярные гепарины 14 ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ БЕЛКОВОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП НА ФОНЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА НАЗНАЧАЮТ *А незаменимые аминокислоты и их кетоаналоги Б статины В энтеросорбенты Г антигипертензивные препараты 15 ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ТРЕБУЮЩИМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, ЯВЛЯЕТСЯ/ЯВЛЯЮТСЯ *А волчаночный нефрит Б волчаночный артрит В наличие в крови LE клеток Г кожные высыпания 16 ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК В РАМКАХ IgA-ВАСКУЛИТА С РАЗВИТИЕМ МИКРОГЕМАТУРИИ, ПРОТЕИНУРИИ ОТ 0,5 Г/СУТ ДО 1 Г/СУТ И СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ТРЕБУЕТ *А назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

Б проведения биопсии почки
В проведение плазмафереза
Г проведения активного иммуносупрессивного лечения

17 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЧИТАЮТ
*А блокатор ангиотензиновых рецепторов и дигидропиридиновый антагонист кальция
Б блокатор ангиотензиновых рецепторов и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и α-адреноблокатор
В β-адреноблокатор и петлевой диуретик
Г α β-адреноблокатор и калийсберегающий диуретик

18 ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
*А назначении гидрохлоротиазида
Б соблюдении диеты с ограничением углеводов
В применении аналогов антидиуретического гормона
Г ограничении количества жидкости

19 РИСК СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ И
*А нестероидных противовоспалительных препаратов
Б кетоаналогов незаменимых аминокислот
В антагонистов кальциевых каналов
Г альфа- и бета-адреноблокаторов

20 ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НАЗНАЧЕНИЕ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ РАЗВИТИЕМ
*А острого повреждения почек
Б желудочного кровотечения
В уратного нефролитиаза
Г инфаркта миокарда

21 ПАЦИЕНТАМ С МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ИММУНОСУПРЕССАНТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ _____ ТЕРАПИИ
*А патогенетической
Б симптоматической
В этиотропной
Г нефропротективной

22 ПОДОЗРЕНИЕ НА ИШЕМИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ВОЗНИКАЕТ, ЕСЛИ ПРИ ПРИЕМЕ _____ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК
*А ингибиторов ангиотензиновых рецепторов
Б неселективных бета-адреноблокаторов
В агонистов имидазолиновых рецепторов
Г альфа- и бета-адреноблокаторов

23 К ПРЕПАРАТАМ, СПОСОБНЫМ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ, ОТНОСЯТ
*А оральные контрацептивы
Б защищенные пенициллины
В циклофосфамид
Г глюкокортикостероиды

24 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЕ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
*А симптоматическим
Б саногенетическим
В этиологическим
Г патогенетическим

25 ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ
*А IgA-нефропатии с минимальным мочевым синдромом
Б истинной склеродермической почке
В диффузном склерозирующем нефрите
Г амилоидозе почек

26 АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА НА 1 КГ МАССЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
*А 1,0
Б 0,5- 0,6
В 1,5-2,0
Г 0,7- 0,8

27 ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
*А подавление продукции белка-предшественника SAA
Б уменьшение выработки антител к цитоплазме нейтрофилов
В уменьшение образования мембраноатакующего комплекса
Г уменьшение продукции легких цепей иммуноглобулинов

28 ПОЛИКАВЕРНОЗНЫМ НЕФРОТУБЕРКУЛЁЗОМ (4-Я СТАДИЯ, РАСПРОСТРАНЕННО-ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА) НАЗЫВАЮТ ФОРМУ,
*А бесперспективную для консервативного излечения, показана нефрэктомия
Б при которой проводится только паллиативная помощь
В бесперспективную для консервативного излечения, показана кавернэктомия
Г при которой проводится только консервативная терапия

29 ДИЕТА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СОСТОИТ В
*А ограничении хлорида натрия до 1,5 г/сут
Б увеличении количества потребляемой жидкости
В повышении потребления калийсодержащих продуктов
Г увеличении потребления хлорида натрия

30 ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ОБОСНОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ
*А дезагрегантов
Б цитостатических препаратов
В преднизолона
Г плазмафереза

31 ТЕТРАЦИКЛИНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
*А поражение печени и дентальную дисплазию плода
Б рождение ребёнка с низкой массой тела
В преждевременные роды
Г нефропатию беременных

32 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)
*А не менее 14

Б не менее 28
В не более 7
Г 14-21

33 ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ
*А опухолевого перерождения кисты
Б множества мелких кортикальных кист
В кисты нижнего полюса диаметром 3 см
Г множества мелких медуллярных кист

34 НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИВОДИТ К
*А снижению клубочковой гипертензии
Б повышению системного артериального давления
В увеличению внутриклубочкового давления
Г ишемии почечного интерстиция

35 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ
*А блокаторам ренин-ангиотензиновой системы
Б агонистам I1- имидазолиновых рецепторов
В блокаторам кальциевых каналов
Г альфа-адреноблокаторам

36 КОНЦЕНТРАЦИЯ КРЕАТИНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
*А цефалоспоринов
Б триметоприма
В фибратов
Г статинов

37 ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ СЛЕДУЕТ РЕГУЛЯРНО КОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ
*А креатинина крови
Б гемоглобина
В протеинурии
Г мочевой кислоты

38 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ ВЫБОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
*А ингибиторов АПФ
Б ганглиоблокаторов
В петлевых диуретиков
Г периферических вазодилататоров

39 ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ НИТРОФУРАНТОИНА ЯВЛЯЕТСЯ
*А лечение инфекций мочевых путей
Б наличие TORCH-инфекций у новорожденных
В наличие нозокомиальных инфекций
Г пневмоцистная пневмония

40 ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЛЕЖИТ КОРРЕКЦИИ ДОЗИРОВКА

*А цефалоспоринов
Б амфотерицина В
В тетрациклина
Г эритромицина

41 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОТЕКОВ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
*А фуросемид
Б верошпирон
В лозартан
Г эналаприл

42 К ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ОСТРОЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ
*А свежезамороженную плазму
Б глюкокортикостероиды
В циклофосфамид
Г антибактериальную терапию

43 ЕСЛИ ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА, УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА КРОВИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 30% ОТ ЕГО ИСХОДНЫХ ЗНАЧЕНИЙ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО
*А продолжить прием препарата
Б снизить дозу препарата на 30%
В полностью отменить препарат
Г заменить на другой из той же группы

44 БОЛЬНЫЕ, ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ, ПОЛУЧАЮТ ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
*А пожизненно
Б первую неделю
В первый год
Г первый месяц

45 ПАЦИЕНТЫ С КЛАССОМ VI ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА
*А не нуждаются в иммуносупрессивной терапии при отсутствии клинико-лабораторных признаков активности системной красной волчанки
Б не нуждаются в иммуносупрессивной терапии, необходимо назначение ацетилсалициловой кислоты
В нуждаются в назначении микофенолата -мофетила в целевой дозе 3г/сутки в течение 6 месяцев независимо от клинико-лабораторных признаков активности системной красной волчанки
Г нуждаются в назначении ингибиторов кальцинейрина в сочетании с преднизолоном внутрь в течение 6 месяцев независимо от клинико-лабораторных признаков активности системной красной волчанки

46 ЕСЛИ ПРИ ПРИЕМЕ ТРЕХ И БОЛЕЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ДОСТИГАЮТ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТО ДИАГНОСТИРУЮТ ГИПЕРТЕНЗИЮ
*А резистентную артериальную
Б симптоматическую артериальную
В эссенциальную артериальную
Г «белого халата»

47 В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ

ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА РАССМАТРИВАЮТ
*А недостижение ремиссии в течение 1 года активной терапии
Б достижение ремиссии в течение 1 года активной терапии
В I класс волчаночного нефрита
Г отсутствие экстраренальных проявлений

48 ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДАВЛЕНИЕ _____ МЕХАНИЗМОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
*А неиммунных
Б иммунных
В аутовоспалительных
Г генетических

49 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ ЧАСТЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЯХ В ПРОЕКЦИИ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
*А применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение
Б назначение мочегонных препаратов
В назначение мочегонных препаратов, растительных уросептиков, физиотерапии, курсов массажа, обязательное дренирование кист
Г физиотерапевтическое лечение

50 РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА С ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
*А препаратов лития
Б петлевых диуретиков
В нестероидных противовоспалительных препаратов
Г блокаторов кальциевых каналов

51 ПОНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ В СЛУЧАЕ
*А нарушения функции почек
Б нарастания протеинурии
В распространенного процесса
Г ограниченного процесса

52 ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК (1-Я СТАДИЯ, БЕЗДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА)
*А проводят только консервативное лечение
Б не проводят специфической терапии
В химиотерапия дополняется оперативным лечением
Г проводят только оперативное лечение

53 ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗМОЖНО УМЕНЬШЕНИЕ ОБЪЁМА КИСТ И ТОРМОЖЕНИЕ ТЕМПОВ ИХ РОСТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
*А антагониста рецепторов вазопрессина
Б блокаторов рецептора ангиотензина II
В петлевых и тиазидных диуретиков
Г блокаторов кальциевых каналов

54 БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА ПО СРАВНЕНИЮ С ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РЕЖЕ ВЫЗЫВАЮТ

*А сухой кашель
Б повышение давления
В сахарный диабет
Г почечную недостаточность

55 К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДАМ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ОТНОСЯТ
*А малобелковую диету
Б раннее начало заместительной почечной терапии
В реваскуляризацию почечных артерий
Г ограничение физических нагрузок

56 ОСОБЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ
*А рефрактерности к ранее проводимой гипотензивной терапии
Б отсутствие изменений на ренограмме в пробе с каптоприлом
В мультифокального атеросклеротического стеноза
Г эксцентрической гипертрофии левого желудочка сердца

57 ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО
*А беременным женщинам
Б во всех выявленных случаях
В больным сахарным диабетом
Г больным с почечной недостаточностью

58 К ГРУППЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ТОРМОЗЯЩИХ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ НЕФРОПАТИИ, ОТНОСЯТ
*А блокаторы ренин-ангиотензиновой системы
Б β-адреноблокаторы
В тиазидные диуретики
Г препараты центрального действия

59 НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ ПРОТЕИНУРИИ ОБЛАДАЕТ
*А парикальцитол
Б кальция ацетат
В цинакальцет
Г севеламер

60 ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА БОЛЕЕ 50% ОТ ИСХОДНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА СЛЕДУЕТ
*А отменить препарат
Б снизить дозу препарата в 2 раза
В продолжить прием препарата
Г назначить диуретики

61 УСУГУБЛЯЮТ ГИПЕРУРИКЕМИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
*А диуретики
Б антагонисты кальция
В альфа-адреноблокаторы
Г бета-адреноблокаторы

62 ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕФРИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
*А преднизолона
Б витамина Е
В бенфотиамина

Г витамина В6

63 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)
*А 10-14
Б 5-7
В 21
Г 28

64 В КАЧЕСТВЕ ИНИЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ИММУНОКОМПЛЕКСНОГО МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРЕДЛАГАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
*А циклофосфамида в сочетании с низкими дозами кортикостероидов
Б кортикостероидов в сверхвысоких дозах
В метотрексата в сочетании с ренопротективной терапией
Г циклоспорина в сочетании с низкими дозами кортикостероидов

65 ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЮТ
*А ингибиторы АПФ
Б блокаторы натриевых каналов
В блокаторы кальциевых каналов
Г спазмолитики

66 ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
*А нефротический синдром
Б тубулоинтерстициальный нефрит
В дизметаболическая нефропатия
Г острый нефритический синдром

67 ДЛЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЮТ
*А β1-селективные адреноблокаторы длительного действия
Б тиазидные диуретики
В ингибиторы АПФ
Г блокаторы рецепторов АТ2

68 У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ АРТЕРИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
*А блокаторы ренин-ангиотензиновой системы
Б препараты центрального действия
В ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы
Г блокаторы кальциевых каналов

69 ПОЧЕЧНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЗКО ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ
*А блокаторов ангиотензиновых рецепторов
Б опиоидных анальгетиков
В слабительных
Г миорелаксантов

70 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ГЛЮКОРТИКОРТИКОСТЕРОИДЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ
*А быстропрогрессирующем течении нефрита
Б выраженном отечном синдроме

В умеренном мочевом синдроме
Г высокой артериальной гипертензии в дебюте

71 НЕОБХОДИМОЕ СУТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКА С ПИЩЕЙ ДЛЯ БОЛЬНОГО, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГЕМОДИАЛИЗ, ≥ ___ Г/КГ/СУТ
*А 1,2
Б 2,0
В 1,0
Г 3,0

72 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПРОТЕИНУРИЕЙ >0,5 Г/СУТ ЯВЛЯЮТСЯ
*А блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа
Б селективные β-адреноблокаторы
В тиазидоподобные диуретики
Г дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

73 ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ ПРИ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК МОГУТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ
*А гиперурикемии
Б гипернатриемии
В гипоальбуминемии
Г гипогликемии

74 НЕ СЧИТАЕТСЯ ТРИГГЕРОМ СИНДРОМА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ
*А терапия гепарином
Б злокачественная опухоль
В сепсис
Г отторжение трансплантата

75 ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ НАЗНАЧАЮТ ПРИ
*А почечном несахарном диабете
Б почечной глюкозурии
В синдроме Гительмана
Г проксимальном почечном канальцевом ацидозе

76 ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ AL-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
*А уменьшение/исчезновение уровня моноклонального Ig в крови и моче
Б уменьшение уровня антинуклеарного фактора в сыворотке крови
В уменьшение в крови уровня антител к базальной мембране клубочков
Г уменьшение/нормализация уровня в крови острофазового СРБ или SAA

77 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ 60 МЛ/МИН/1,73М2) ЛЕЧЕНИЕ СТАТИНАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ ПАЦИЕНТАМ (В ГОДАХ)
*А старше 50, не получающим диализную терапию
Б моложе 40, находящимся на перитонеальном диализе
В моложе 40, находящимся на программном гемодиализе
Г старше 70, получающим диализную терапию

78 К ПРИЧИНЕ НЕПОЧЕЧНОЙ ГЕМАТУРИИ ОТНОСЯТ ПЕРЕДОЗИРОВКУ
*А антикоагулянтов
Б β-адреноблокаторов
В анальгетиков

		Г диуретиков 79 ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ НАБЛЮДАТЬ_____ В ТЕЧЕНИЕ _____, ВПОСЛЕДСТВИИ 1 РАЗ В _____ *А ежеквартально; 3 лет; 6 мес Б еженедельно; 3 лет; 3 мес В еженедельно; первых 5 лет; 3 мес Г ежеквартально; одного года; 12 мес 80 ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА БАЗИРУЕТСЯ НА *А данных биопсии почки Б тяжести внепочечных проявлений В иммунологической активности волчанки Г тяжести клинических проявлений нефрита
Ф	А/03.8	Проведение заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контроль ее эффективности и безопасности
Т		1. НАИЛУЧШИМ ВИДОМ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А артериовенозная фистула Б артериовенозный шунт (шунт Скрибнера) В одноходовой центральный венозный катетер Г двухходовой центральный венозный катетер 2. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАЛИЗ-АССОЦИИРОВАННОГО АМИЛОИДОЗА СЧИТАЮТ *А синдром запястного канала Б артрит большого пальца стопы В тофусы на ушных раковинах Г эритему «бабочка» на лице 3. ЦЕЛЕВОЙ SPKT/V ПРИ 3-РАЗОВОМ В НЕДЕЛЮ ГЕМОДИАЛИЗЕ ≥ *А 1,4 Б 1,0 В 1,2 Г 1,6 4. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДИАЛИЗНУЮ ТЕРАПИЮ, ОТНОСЯТ *А сердечно-сосудистые заболевания Б злокачественные новообразования В инфекции Г амилоидоз 5. ДОЗА ПОСТОЯННОГО АМБУЛАТОРНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТА С АНУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ АДЕКВАТНОЙ ПРИ KT/V ≥ *А 1,7 Б 1,2 В 2,0 Г 1,4 6. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ДИАЛИЗНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЁНКА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ *А автоматизированный перитонеальный диализ Б изолированная ультрафильтрация

В интермитирующий перитониальный диализ объёмами 3 л
Г постоянная гемодиафильтрация

7. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
*А хороший контроль гидратационного статуса
Б отсутствие потребности в сосудистом доступе
В хорошая сердечно-сосудистая толерантность
Г хороший контроль гликемии (меньше склонность к гипогликемии)

8. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА
*А необходима во всех случаях
Б противопоказана
В бесполезна
Г назначается при дерматитах

9. ДВИЖУЩЕЙ СИЛОЙ ДИАЛИЗА (ДИФФУЗИОННОГО ПЕРЕНОСА ВЕЩЕСТВ СКВОЗЬ МЕМБРАНУ) ЯВЛЯЕТСЯ
*А трансмембранный градиент концентрации вещества
Б отрицательный заряд мембраны
В положительный заряд мембраны
Г трансмембранное давление

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ. ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА ПРИ ДИАЛИЗ-АССОЦИИРОВАННОМ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
*А хирургическая декомпрессия нервных стволов
Б введение аутологичных стволовых клеток
В длительный прием колхицина в дозе 2 мг/сут
Г резорбция амилоида диметилсульфоксидом

11. УВЕЛИЧЕННЫЙ ДИАМЕТР ПОЛОГО ВОЛОКНА (КАПИЛЛЯРА) ДИАЛИЗАТОРА СПОСОБСТВУЕТ
*А снижению сопротивления кровотоку
Б увеличению обратной фильтрации
В повышению прочности капилляра
Г повышению клиренсов малых молекул (мочевины и креатинина)

12. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОДОМ ПОСТОЯННОГО АМБУЛАТОРНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
*А спаечная болезнь
Б тяжёлая гипертония
В ожирение
Г коагулопатия

13. У БОЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В СТАДИИ РЕМИССИ НА ФОНЕ ПРИЕМА 10 МГ ПРЕДНИЗОЛОНА И 200 МГ ГИДРОКСИХЛОРОХИНА (ПЛАКВЕНИЛА) ВЫЯВЛЕНА БЕРЕМЕННОСТЬ СРОКОМ 5–6 НЕД. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БУДЕТ
*А продолжение терапии гидроксихлорохином
Б рекомендация отменить гидроксихлорохин
В рекомендовать прерывание беременности
Г рекомендовать экстракорпоральные методы лечения

		14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А артериальная гипотензия Б зуд кожи В тошнота с рвотой Г лихорадка с ознобом 15. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ РАСТВОР ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА *А нагревают специальными нагревателями для перитонеальных растворов Б нагревают используя микроволновую печь В охлаждают специальными охладителями для перитонеальных растворов Г нагревают путем погружения в воду 16. ДИАЛИЗИРУЮЩИЙ РАСТВОР С СОДЕРЖАНИЕМ СА 1,25 ММОЛЬ/Л ИЛИ МЕНЕЕ МОЖЕТ *А препятствовать дальнейшему снижению продукции паратиреоидного гормона Б способствовать развитию фиброзного остеита В снизить эффективность препаратов витамина D Г способствовать развитию гиперкальциемии 17. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СКОРОСТЬ ФИЛЬТРАЦИИ (ЗАМЕЩЕНИЯ) ПРИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А скорость кровотока Б давление в венозной магистрали (воздушной ловушке) В рециркуляция в доступе Г концентрация бикарбоната в диализате 18. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А показатель Kt/v Б «сухой» вес В уровень креатинина после процедуры Г уровень гемоглобина 19. ПЕРВОЙ МЕМБРАНОЙ, ПОЛУЧИВШЕЙ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГЕМОДИАЛИЗА, БЫЛ *А целлофан Б полиэтилен В нитрат целлюлоза Г полисульфон 20. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ДИАЛИЗНЫХ КАТЕТЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕНА *А правая внутренняя ярёмная Б правая подключичная В левая подключичная Г правая бедренная
Ф	А/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки.
Т		1. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, КОТОРЫЙ _____ ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО ПЯТНАДЦАТИ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО *А единолично Б по согласованию с заведующим отделением

В с учетом пожеланий пациента
Г по решению врачебной комиссии

2. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
*А выдаётся листок нетрудоспособности
Б выдаётся справка произвольной формы
В выдаётся справка установленного образца
Г не выдаётся никакой документ

3. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
*А 15
Б 3
В 5
Г 7

4. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В СВЯЗИ С НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА
*А весь период лечения и проезда
Б первые пять дней лечения
В первые десять дней лечения
Г весь период лечения

5. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ
*А не выдается
Б выдается на 3 дня
В выдается на 7 дней
Г выдается на 10 дней

6. ИЗ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ВРАЧЕЙ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ТОЛЬКО ВРАЧ
*А травматологического пункта
Б станции переливания крови
В санитарный врач
Г скорой помощи

7. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ
*А лечащего врача
Б главного внештатного специалиста Минздрава России
В главного врача медицинской организации
Г эксперта бюро медико-социальной экспертизы

8. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ДО (В МЕСЯЦАХ)
*А 12
Б 6
В 9
Г 3

		9. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДЛЯ ИНОГОРОДНИХ ГРАЖДАН ВЫДАЁТСЯ *А лечащим врачом по разрешению главного врача Б заведующим отделением совместно с главным врачом В дежурным врачом Г лечащим врачом совместно с заведующим отделением и главным врачом с утверждением районного (городского) отдела здравоохранения 10. ИНВАЛИДОМ ПРИЗНАЕТСЯ ЛИЦО, ИМЕЮЩЕЕ _____ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ЕГО _____ *А стойкое; социальной защиты Б временное; выдачи листка нетрудоспособности В незначительное; стационарного лечения Г обратимое; санаторно-курортного лечения и реабилитации
Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
Т		1. ПОД ЭТАПАМИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОНИМАЮТ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ, СТАЦИОНАРНЫЙ И *А санаторно-курортный Б Метаболический В превентивный Г прогредиентный 2. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ *А диспансерного наблюдения Б проведения профилактических медицинских осмотров В диспанцеризации Г противоэпидемической работы 3. В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОГРЕССЕ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПСИХОЛОГИИ И *А специалист по социальной работе Б социологии В работники пенсионного фонда Г юристы 4. ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ *А систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий Б реализацию профилактических мероприятий В деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов Г комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом 5. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ОПРЕДЕЛЯЕТ *А Правительство Российской Федерации Б Пенсионный фонд Российской Федерации В Росздравнадзор Г Федеральный фонд обязательного медицинского страхования 6. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

		*А индивидуальной программой реабилитации инвалида Б программы добровольного медицинского страхования В свидетельства об инвалидности Г полиса обязательного медицинского страхования 7. ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМИ УПРАВЛЕНИЯМИ И ОРГАНАМИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИКИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ИНСТИТУТОВ) КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ НА ОСНОВАНИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ *А на время лечения и проезда к месту лечения и обратно Б на время лечения В на время проезда к месту лечения Г на время проезда к месту лечения 8. СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ *А медико-санитарную часть Б центр военно-врачебной экспертизы В бюро медицинской статистики Г центр мобилизационных резервов 9.В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ *А экспертиза стойкой утраты трудоспособности Б лечебно-диагностическая работа В санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения Г профилактическая работа, диспансеризация 10.ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ ЗАНИМАЮТ *А болезни системы кровообращения Б болезни нервной системы В несчастные случаи, отравления и травмы Г болезни органов дыхания
Ф	А/06.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики заболеваний и нарушений функции почек.
Т		1. В ПЛАН АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ *А эндокринолога Б рентгенолога В физиотерапевта Г пульмонолога 2. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ УРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО УПОТРЕБЛЕНИЕ *А слабощелочных напитков Б кисломолочных продуктов В почечного чая Г клюквенного морса 3. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ

		ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ *А паратиреоидного гормона Б с-реактивного белка В гамма глутамилтранспептидазы Г аланинаминотрансферазы 4.К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ *А амбулаторно-поликлинический Б стационарный В санаторно-курортный Г лечебный 5.ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ *А азотемия Б гиперстенурия В протеинурия Г лейкоцитурия 6. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ *А климатический Б физиотерапевтический В бальнеологический Г спелеологический 7.ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ *А ограничение приема поваренной соли Б отказ от употребления рыбы В отказ от употребления кисло-молочных продуктов Г избегать физических нагрузок 8.К СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ОТНОСЯТ *А физические упражнения и массаж Б занятия спортом В аэробику Г сеансы релаксации 9. КАКОЙ ВИД МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НАЗНАЧАЕТСЯ В ВИДЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ПАЦИЕНТАМ С ХБП *А бикарбонатная минеральная вода Б магниевая минеральная вода В сульфатная минеральная вода Г кальциевая минеральная вода 10. К ДВИГАТЕЛЬНЫМ РЕЖИМАМ В САНАТОРИИ ОТНОСЯТ *А щадящий и щадяще-тренирующий Б палатный В свободный Г стационарный
Ф	А/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности медицинского персонала.

Т		1. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА *А создание профессиональных некоммерческих организаций Б предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний В выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию Г оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов 2. ДЕЙСТВИЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ПЕРЕДАЕТ ДОЛЖНОСТНОМУ ЛИЦУ НЕЗАКОННОЕ ДЕНЕЖНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ ПОСЛЕДНИМ В ИНТЕРЕСАХ ДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ ВХОДЯТ В ЕГО ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ *А дачей взятки Б выплатой гонорара В оплатой за услугу Г вручением подарка 3. СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ *А усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов Б рекомендуемое штатное расписание структурных подразделений медицинской организации В план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований Г информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания 4. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА *А оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов Б участие в научно-практических конференциях В подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов Г участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций 5. В ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ЛЕЖАТ ПРАВИЛА И НОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С *А коллегами, пациентом и его родственниками Б представителями общества защиты прав потребителей В членами своей семьи Г участниками Всероссийского общественного движения «За права человека» 6.ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДИПЛОМА ВРАЧ ОБЯЗАН ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ *А каждые 5 лет Б каждые 3 года В каждые 10 лет Г ежегодно 7.ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО

		*А соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет Б любой врачебной специальности не менее 7 лет В соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет Г любой врачебной специальности не менее 10 лет 8.ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО *А соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет Б любой врачебной специальности не менее 5 лет В соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет Г любой врачебной специальности не менее 10 лет 9.УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ *А контрольная карта диспансерного наблюдения Б карта ежегодной диспансеризации В статистический талон Г амбулаторная карта 10.ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ *А государством Б медицинскими учреждениями В фондами ОМС Г страховыми организациями (компаниями)
Ф	А/08.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
Т		1. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ УГРОЗУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ *А экстренной Б плановой В реабилитационной Г неотложной 2. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ КАЛЬЦИЯ РАСТВОР 10 % ГЛЮКОНАТА ВВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ *А стабилизации электрической активности миокарда Б коррекции метаболического алкалоза В стимуляции перемещения калия в клетки Г увеличения экскреции калия с мочой 3.ЭТАНОЛ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ *А метанолом Б фосгеном В тетраэтилсвинцом Г гидразином 4.ДЕЙСТВИЕМ КАКИХ ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА ОБУСЛОВЛЕНО ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАНОЛА? *А формальдегида Б триэтилсвинца В щавелевой кислоты Г хлорэтанола 5.ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

		*А нефротоксическим синдромом Б нефротическим синдромом В мочевым синдромом Г транзиторной токсической реакцией 6.В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ *А олигоурия (анурия) Б снижение остроты зрения (вплоть до слепоты) В токсический гепатит Г острый делириозный психоз 7.ФОРСИРОВАННЫЙ ДИУРЕЗ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОТРАВЛЕНИИ *А этанолом Б аминазином В амитриптилином Г карбофосом 8.АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ *А налоксон Б атропин В флумазенил Г аминостигмин 9.АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТРИЦИКЛИЧЕСКИМИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ *А натрия гидрокарбонат Б атропин В адреналин Г дигоксин 10.АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ И ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ (ТОРМОЗНОЙ ЖИДКОСТЬЮ) ЯВЛЯЕТСЯ *А этиловый спирт Б гидрокарбонат натрия В перманганат калия Г атропин

Шкала оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.2. Вопросы для подготовки к собеседованию по дисциплине Б1.О.01 Нефрология

1. Структура почечной ткани в норме. Структурно-функциональная единица почки. Развитие и пороки формирования почечной ткани.
2. Функции почек: клубочковая фильтрация, функции канальцев.
3. Юкстагломерулярный аппарат почки. Ренин-ангиотензин-альдостероновая система.
4. Регуляция обмена натрия и водного баланса. Осморегуляция. Гипо-, гипернатриемия. Причины. Патофизиология. Клиника. Тактика ведения.
5. Гиперкалиемия и гипокалиемия. Причины. Клинические симптомы. Диагностика. Экстренная помощь при гиперкалиемии.
6. Гломерулопатии. Определение. Патогенез. Асимптоматическая протеинурия и/или гематурия. Диагностика. Тактика.
7. Острый нефритический синдром. Морфологическая классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
8. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
9. Нефротический синдром. Определение и патофизиология. Причины. Клиническая классификация. Морфологические варианты.
10. Гломерулонефрит с минимальными изменениями. Определение. Причины. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Особенности у детей.
11. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Причины. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
12. Мембранозная гломерулопатия. Причины. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
13. Мембранопролиферативный гломерулонефрит. Причины. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
14. Мезангиальный гломерулонефрит. Причины. Морфологическая картина. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
15. Кислотно-щелочное состояние (КЩС) в здоровом организме. Кислоты и основания. Анионное пространство. Почечная регуляция КЩС. Значение H^+, pCO_2, HCO_3^- и анионного пространства в оценке КЩС.
16. Нарушения КЩС: метаболический ацидоз, метаболический алкалоз, респираторный ацидоз и алкалоз.
17. Нарушения водно-электролитного баланса и КЩС у нефрологических пациентов. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
18. Физиология минерального обмена: парат-гормон, кальцитонин, витамин Д. Гомеостаз кальция и фосфора в организме.
19. Нарушения обмена витамина Д. Гипокальциемия. Гиперкальциемия. Гиперфосфатемия. Гипофосфатемия. Причины. Патофизиология. Клинические симптомы. Принципы лечения.
20. Поражение почек при системных заболеваниях: при СКВ и других системных васкулитах.
21. Тромботическая микроангиопатия: гемолитико-уремический синдром и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.
22. Поражение почек при сахарном диабете. Клиника. Диагностика. Принципы ведения и лечения.
23. Амилоидоз почек. Определение. Причины. Классификация. Клиника. Морфологическая картина. Диагностика. Принципы лечения.
24. Поражение почек при опухолевых заболеваниях: обструктивный синдром, тумор-лизис синдром, лучевая нефропатия, нефротоксичность цитостатиков.
25. Гепаторенальный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
26. Поражение почек при вирусных гепатитах.

27. Гиперурикемическая нефропатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
28. Хроническая болезнь почки (ХБП). Определение. Классификация по стадиям. Этиологические факторы. Диагностика. Нефропротективная стратегия.
29. Ренальная анемия. Патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
30. Кардиоваскулярные осложнения ХБП: гипертрофия ЛЖ, артериальная гипертония, сердечная недостаточность, уремический перикардит, отек легких, гипотония. Клиническая картина. Диагностика. Принципы ведения.
31. Неврологические нарушения при ХБП: уремическая полинейропатия, уремическая энцефалопатия, миопатия и судорожный синдром. Диагностика. Принципы ведения.
32. Кожные изменения при ХБП: кожный зуд, меланоз. Патогенез. Диагностика. Принципы ведения.
33. Ренальная остеопатия. Вторичный гиперпаратиреоз. Патогенез. Диагностика. Принципы лечения.
34. Изменения суставов при ХБП: вторичная подагра, псевдоподагра, диализ-ассоциированный амилоидоз. Диагностика. Принципы лечения. Помощь при остром подагрическом артрите.
35. Ведение пациентов в 4 стадии ХБП.
36. Показания к началу заместительной почечной терапии.
37. ОПП и ОПН. Определение. Частота. Классификация.
38. Причины ОПП. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз пре-, пост-, ренальной ОПН. Принципы ведения.
39. ОПП при беременности и после родов. Причины. Диагностика. Принципы ведения.
40. Течение и исходы ОПП. Принципы ведения. Профилактика ОПП.
41. Классификации AKIN и RIFLE, клиническое значение.
42. ОПП на фоне ХБП. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Дифференциальный диагноз. Принципы ведения. Исход.
43. Показания к экстренному гемодиализу при ОПП. Принципы проведения гемодиализа при ОПП.
44. Острый интерстициальный нефрит, обусловленный медикаментами. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Острый интерстициальный нефрит при инфекционных болезнях: вирусных инфекциях (Хантавирус, ЦМВ, ЭБВ, герпес-вирус, ВИЧ, вирусы гепатита и др.), протозойных инфекциях (токсоплазмоз, лейшманиоз), бактериальных (дифтерия, стрептококковая, бруцеллез, лептоспироз и др.), риккетсиозе, хламидиозе и микоплазмозе. Диагностика. Принципы ведения.
46. Острый интерстициальный нефрит при системных заболеваниях: саркоидоз, синдром Шегрена, СКВ и др. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Острый интерстициальный нефрит с синдромом увеита (TINU-syndrom). Патогенез. Диагностика. Лечение.
48. Хронический интерстициальный нефрит: анальгетическая нефропатия. Патогенез. Клиника. Патоморфология. Диагностика. Лечение. Исходы.
49. Асимптоматическая бактериурия. Определение. Причины. Критерии диагностики. Показания к лечению. Принципы лечения.
50. Острый неосложненный цистит у молодых женщин. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Рецидивирующая ИМВС у женщин. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
52. Острый неосложненный пиелонефрит у женщин. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
53. Острый неосложненный цистит у пациентов с факторами риска. Диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Осложненные ИМВС у мужчин. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. ИМВС при уролитиазе. Клиника. Диагностика. Лечение.

56. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативной коррекции.
57. ИМВС после трансплантации почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Урогенитальный туберкулез. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Грибковые инфекции урогентиального тракта. Диагностика. Лечение.
60. Обструктивная нефропатия. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы ведения.
61. Первичная или эссенциальная гипертония. Определение. Причины. Патогенетические механизмы. Место ангиотензина-2. Клиническая картина. Течение. Исходы и осложнения.
62. Вторичная артериальная гипертония: рено-паренхиматозные причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение и исходы.
63. Вторичная АГ: реноваскулярные причины. Патогенез. Диагностика. Лечение.
64. Обследование пациента с АГ: анамнез, клиническая картина, диагностические критерии, факторы риска.
65. Лечение АГ. Основные принципы модификации стиля жизни. Группы лекарственных препаратов. Преимущества и недостатки.
66. Злокачественная гипертония. Гипертонический криз. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
67. Кистозные болезни почек. Поликистозная болезнь почек. Патоморфология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Исходы.
68. Губчатая почка. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Исходы.
69. Нефронофтиз. Патоморфология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Исходы.
70. Врожденные заболевания клубочков: синдром Альпорта. Патоморфология. Клиника. Диагностика. Тактика ведение. Исходы.
71. Общие принципы тактики ведения больных на различных стадиях ХБП.
72. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики в зависимости от степени снижения функции почек.
73. Фармакотерапия с целью замедления прогрессирования ХБП. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для замедления прогрессирования ХБП, нефро- и кардиопротекторы.
74. Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии при заболеваниях почек.
75. Основные группы антигипертензивных препаратов. Показания и противопоказания. Режим дозирования. Рациональные комбинации. Оценка эффективности. Нежелательные эффекты, способы их выявления и профилактики.
76. Основные классы диуретических препаратов. Показания и противопоказания. Режим дозирования. Рациональные комбинации. Оценка эффективности. Нежелательные эффекты, способы их выявления и профилактики. Нефротоксичность.
77. Фосфат-связывающие препараты. Препараты витамина Д и его аналоги, активаторы рецепторов витамина Д, кальцимиметики.
78. Основные принципы гемодиализа. Виды гемодиализной терапии. Диализаторы.
79. Основные принципы гемодиализа. Антикоагуляция. Сосудистый доступ для гемодиализа.
80. Показания к началу программного диализа: симптомы уремии, лабораторные показатели. Последствия позднего начала диализной терапии.
81. Адекватность гемодиализа: индекс Kt/V, концентрация мочевины, клиренс мочевины. Качество жизни диализных пациентов.
82. Осложнения во время гемодиализа. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Первая помощь.
83. Продленные методы диализной терапии: гемофильтрация, гемодиафильтрация. Показания. Принципы проведения.
84. Неренальные показания к диализной терапии.
85. Осложнения сосудистого доступа у диализных больных. Профилактика. Лечение.

86. Принципы и техника проведения перитонеального диализа (ПД). Доступ при ПД.
87. Растворы для перитонеального диализа. Адекватность ПД.
88. Осложнения ПД: инфекционные и неинфекционные. Преимущества и недостатки гемодиализа и ПД.
89. Показания к трансплантации почки. Подготовка донора и реципиента к трансплантации почки.
90. Иммунологические основы трансплантации почки: система HLA, иммунология реакции отторжения почки.
91. Ведение пациентов после аллотрансплантации. Современные схемы иммуносуппрессии, препараты, фармакокинетика и фармакодинамика. Контроль эффективности иммуносуппрессии. Осложнения. Профилактика осложнений.
92. Иммуносупрессивная терапия у трансплантированных пациентов. Принципы подбора. Принципы дозирования, отмены или смены. Приверженность к лечению.
93. Дифференциальный диагноз дисфункции трансплантата. Тактика ведения.
94. Острое отторжение трансплантата. Классификация. Причины. Морфология. Диагностика. Лечение. Исходы.
95. Хроническая дисфункция почечного трансплантата. Причины. Морфологические критерии. Клиника. Диагностика. Принципы коррекции иммуносупрессивной терапии и ведение пациентов.
96. Профилактика, диагностика и лечение инфекционных осложнений у пациентов с почечным аллотрансплантатом.
97. Принципы выявления и диспансерного наблюдения нефрологических пациентов. Документация. Взаимоотношения в системе: общее звено здравоохранения (участковые терапевты, врачи общей практики) – консультативный нефрологический кабинет – нефрологический стационар – отделение (центр) экстакорпоральной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) – трансплантация почек.
98. Принципы лечебного питания на различных стадиях ХБП.
99. Лечебное питание у больных, получающих лечение хроническим гемодиализом.
100. Реабилитация больных, получающих лечение хроническим гемодиализом

3.3. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.01 Нефрология

Задача 1.

Б-я 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-х недель назад, после перенесенного гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125г/л, лейкоцитурия 25-30 вп/зр, эритроцитурия 8-10вп/зр, уд.вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6 х10 ^{9}/ л, СОЭ-30мм/час.

Назначенная терапия эритромицином в дозе 1г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками.

Укажите, пожайлуста, наиболее вероятный диагноз:

а) Острый пиелонефрит

101. б) Обострение хронического пиелонефрита

в) Мочекаменная болезнь, осложненная пиелонефритом

г) Хронический гломерулонефрит латентного течения в стадии обострения

Наиболее информативными исследованиями для уточнения диагноза функционального состояния почек являются:

а) Экскреторная урография

б) Ультразвуковое исследование почек

в) Биопсия почки

г) Хромоцистоскопия
д) Посев мочи
е) Проба Зимницкого
ж) **Проба Реберга**

Лечение больной должно включать:
а) восстановление пассажа мочи (обильное питье, при необходимости катетеризация мочеточников, оперативное вмешательство)
б**) антибактериальные препараты. Выбрать из перечисленных наиболее эффективный в данном случае:**
Полусинтетические пенициллины
Цефалоспорины
Гентамицин
Бисептол
Фурагин

В чем причина неэффективности терапии:
а) Неправильно поставленный диагноз
б) **Неверный выбор препарата**
в) Неадекватная доза препарата
г) Невозможность антибактериальной терапии из-за непереносимости многих антибиотиков

Задача 2.
22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Шум трения плевры, отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. 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, креатииин 230 мкмоль/л, холестерин 2,2 г/л
1. У больной:
А. Амилоидоз
Б. Острый нефрит
В. Гранулематоз Вегенера
Г. Ревматоидный артрит
Д**. Волчаночный нефрит**

2. Укажите ведущий нефрологический синдром:
А. Нефротический синдром
Б. Хроническая почечная недостаточность
В. **Быстропрогрессирующий нефрит**
Г. Канальцевые дисфункции
Д. Гематурия

3. Тактика ведения больной:
А. **Сделать биопсию почки**
Б. Монотерапия преднизолоном 60 мг/сутки
В. **Назначение преднизолона бОмг/сут, на фоне которого проводить пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном**

Задача 3.
Больная Ш., 50 лет, поступила в отделение с жалобами на сухость во рту, изжогу, тошноту, периодически – рвоту, приносящую облегчение, отсутствие аппетита, поносы, кожный зуд, общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза заболевания: Более 20 лет назад случайно был диагностирован хронический пиелонефрит, после чего больная не обследовалась и

не лечилась. В течение последнего года появилась нарастающая общая слабость, снижение памяти, аппетита, тошнота, больная обратилась к гастроэнтерологу, сделана ФГДС, патологии не было выявлено. Принимала омепразол, но жалобы сохранялись, присоединились поносы и больная для дообследования направлена в стационар. Объективно: Состояние средней степени тяжести, больная вялая, апатичная, несколько пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, плечи как будто припудрены, следы расчесов. Видимые слизистые бледные. При дыхании больной ощущается запах аммиака. Пальпаторно в подмышечных областях определяется трение плевры, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. АД 175/115 мм рт ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 72 уд/мин., ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезнена в эпигастрии, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненное, пальпация почек безболезненная, почки не пальпируются. Мочевой пузырь не увеличен. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 86 г/л, эр. – 2,2.1012/л, ЦП – 0,8; лейк. – 6,9.109/л, э – 1%, п –3%, с – 80%, л – 14%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты 130х109/л, СОЭ – 29 мм/час. 2. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, прямой – 3,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,48 ммоль/л, мочевина - 48,6 ммоль/л, креатинин - 0,72 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, холестерин - 10,65 ммоль/л. 3. ОАМ: цвет бледно-желтый, отн. плотность 1,008; белок 1,33 г/л; эп. 3-5 в п/зр., лейк. 6-10 в п/зр., соли оксалаты (+).
У больной:
1. Острая почечная недостаточность
2. хроническая почечная недостаточность
3. Обострение хронического гастродуоденита
4. обострение хронического пиелонефрита

Тактика лечения:
1. содовые клизмы
2.Активированный уголь
3.антигистаминные
4. диализная терапия

Задача 4
Больная А., 23 лет, поступила в отделение с жалобами отеки лица по утрам, АД до 150/100мм рт.ст. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 100 г/л, эр. – 2,75.х10*12/л, ЦП – 0,85; лейк. – 10,9х.10*9/л, э – 1%, п –10%, с – 73%, л – 15%, м – 0%, б – 1%, тромбоциты 110.109/л, СОЭ – 32 мм/ч. 2. ОАМ: цвет светло-желтый, мутная, отн. плотность 1, 021; белок 0,99г/л; сахара нет, лейк. - 12-20 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., эп. – 2-4 в п/зр. Оксалаты ед в п/зр., бактерии (++). 3. УЗИ почек: почки расположены типично, правая почка 10,1.4,5 см., левая – 9,8.4,3 см., корковый слой правой почки 1,2 мм, левой – 1,3 мм. чашечно-лоханочный комплекс деформирован. 4. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. Данные нефробиопсии: В биоптате два фрагмента ткани почки с общим числом клубочков не менее 71. Полностью склерозированы 2-3 клубочка. В 57-58 клубочках наблюдается выраженная глобальная пролиферация мезангиальных клеток, с расширением мезангиальных полей, накоплением PAS-положительного матрикса и коллапсом капиллярных петель. В остальных клубочках мезангиальная клеточность увеличена незначительно, расширение мезангиальных полей и накопление матрикса минимальные. В отдельных клубочках с выраженной мезангиальной пролиферацией наблюдается экспансия мезангия на периферию капиллярных петель. Некоторые клубочки с подчеркнутой дольчатостью и явлениями интрагломерулярного склероза. Во многих клубочках
определяются полинуклеары в большом количестве (до 10-13 на срез клубочка). Гломерулярные базальные мембраны утолщены сегментарно в основном в парамезангиальных областях. Фуксинофильные отложения при трехцветной окраске определяются преимущественно в мезангии. Множественны есинехии в клубочках вплоть до распространѐнных сращений капиллярных петель с капсулой. В 2 клубочках видны клеточные полулуния.
Фиброз стромы умеренно выраженный, диффузный. Множественные очаги субатрофии и атрофии канальцев. Неравномерно выраженная межуточная, преимущественно мононуклеарная

инфильтрация (полинуклеары в небольшом количестве). Эритроцитарные и белковоклеточные цилиндры в просветах канальцев. Стенки артерий неравномерно утолщены за счет утолщения и склероза интимы. Гиалиноз артериол. Ваш диагноз.

1. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит

2. Экстракапиллярный гломерулонефрит

3. Фокально-сегментарный гломерулосклероз

4. Хронический тубуло-интерстициалный нефрит

Ваша тактика лечения:

1. Ингибиторы АПФ

2. Глюклкортикостероиды

3. **Глюкокортикостероиды в сочетании с цитостатиками**

4. Симптоматическая терапия.

Задача 5

Больной С., 56лет поступил в нефрологическое отделение с отеками нижних конечностей, артериальной гипертензией до 190/110мм рт.ст. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 135 г/л, эр. - 5,2.1012/л, ЦП – 0,9; лейк. – 12,9.109/л, э – 2%, п – 4%, с – 65%, л – 25%, м – 3%, б – 1%, тромбоциты 180х109/л, СОЭ – 16 мм/час. 2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность – мало мочи, белок - 1,65 г/л, лейк. – 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. – 40-50 в п.зр., зернистые цилиндры - 1-2 в п.зр. 3. Общий билирубин 21,0 мкмоль/л, прямой – 4,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,48 ммоль/л, мочевина 12,4 ммоль/л, креатинин 0,25 ммоль/л. Данные нефробиопсии:в препаратах столбик ткани почки с общим числом клубочков не менее 44. Полностью склерозированы 2 клубочка. В большинстве оставшихся клубочков определяется выраженная клеточность за счет увеличения числа мезангиальных клеток и лейкоцитарной инфильтрации. Подчеркнута дольчатость клубочков, наблюдается интерпозиция мезангия, есть очаги интрагломерулярного узлового склероза и микроаневризмы капилляров. Гломерулярные базальные мембраны утолщены по PAS, фуксинофильные субэндотелиальные депозиты при трехцветной окраске.
Множественныесинехии в клубочках. Склероз капсул, перигломерулярный склероз. Выраженный диффузный фиброз стромы. Распространѐнные субатрофические и атрофические изменения канальцев. Белковые массы в просветах дилятированных канальцев. Диффузно-очаговая межуточная лимфоидная инфильтрация от слабой до умеренной. Явления артериосклероза.
При иммуногимтохимическом исследовании на выявление IgG выражено фоновое окрашивание (достовеность сомнительна). IgG определяются по ходу гломерулярных базальных мембран в клубочках с менее выраженными пролиферативными и склеротическими изменениями.

Ваш диагноз.

1. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит

2. **мезангиокапиллярный гломерулонефрит**

3.Экстракапиллярный глмерулонефрит

4. хронический тубуло-интерстициалшьный нефрит

Ваша тактика лечения:

1 Ингибиторы АПФ

2. Глюклкортикостероиды

3. **Глюкокортикостероиды в сочетании с цитостатиками**

4. Симптоматическая терапия.

4. Критерии оценивания результатов обучения

Промежуточная аттестация проводится в виде **экзамена**

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину;

самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.