Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 11.04.2025 09:41:39
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2d97b784eed019b8a794cd4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ / Невзорова В.А. /
« 20 » июня 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б3.О.01(Г) Подготовка к сдаче государственного экзамена

основной образовательной программы
подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры

Направление подготовки (специальность)	**31.08.43 Нефрология**
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере нефрологии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года (нормативный срок обучения)
Институт/кафедра	Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток, 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для Государственной итоговой аттестации **Б3.О.01(Г) Подготовка к сдаче государственного экзамена**.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку уровня сформированности компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) на основе требований профессионального стандарта Врач-нефролог.

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/vic/31.08.43_Nefrologiya_2024.pdf

Универсальные компетенции выпускников и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	**Код и наименование универсальной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения универсальной компетенции**
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИДК. УК-1_1 - осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК. УК-1_2 - определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций в области медицины и фармации ИДК. УК-1_3 - разрабатывает стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	ИДК. УК-2_1 - разрабатывает проектную задачу в профессиональной деятельности в сфере научных исследований и способ ее решения ИДК. УК-2_2 - разрабатывает концепцию и план реализации проекта с учетом возможных рисков и способов их устранения с учетом необходимых для этой цели ресурсов ИДК. УК-2_3 - осуществляет мониторинг хода реализации проекта, корректирует возникающие отклонения, вносит необходимые дополнения
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала,	ИДК. УК-3_1 - разрабатывает командную стратегию, формирует команду для решения задач профессиональной деятельности ИДК. УК-3_2 - аргументировано формулирует собственное мнение и общие решения для определения участия и эффективности

	организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	работы каждого участника и команды в целом
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ИДК. УК-4_1 - выбирает и использует эффективные для академического и профессионального взаимодействия вербальные и невербальные коммуникативные технологии. ИДК. УК-4_2 - соблюдает нормы публичной речи, доступно излагает информацию в устной и письменной речи, грамотно ведет дискуссию
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 выпускников и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции**
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ИДК. ОПК-1_1 - осуществляет поиск и обмен информации с использованием профессиональных информационно - коммуникационных технологий ИДК. ОПК-1_2 - обладает знаниями и применяет навык по использованию в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну в соответствии с федеральным законодательством
Организационно - управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-стати-стических показателей	ИДК. ОПК-2_1 - применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан; контролирует выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом ИДК. ОПК-2_2 - обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей ИДК. ОПК-2_3 - соблюдает правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда ИДК. ОПК-2_4 - планирует свою профессиональную деятельность на основе анализа медико-

		статистических показателей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю врача-специалиста
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ИДК. ОПК-3_1 - проводит научные исследования, определяет их прикладное значение, представляет результаты в виде докладов и публикаций ИДК. ОПК-3_2 - подготавливает проектную, научно - производственную документацию для организации научно-практических конференций, симпозиумов ИДК. ОПК-3_3 - проводит практические и семинарские занятия
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 индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	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 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-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ИДК. ОПК-9_1 - способен составить план и отчёт о своей работе; ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа ИДК. ОПК-9_2 – способен организовывать деятельность и контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала ИДК. ОПК-9_3 – проводит анализ медикостатистической информации
	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 ординаторов и индикаторы их достижения

Профессиональный стандарт №1221 «Врач-нефролог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.11.2018 г. N 712н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 06.12.2018 регистрационный N 52902)		
Оказание медицинской помощи населению по профилю «нефрология» в том числе реципиентам трансплантированной почки.		
02 Здравоохранение (в сфере нефрологии)		
Тип профессиональной деятельности медицинский		
Трудовая функция	**Код и наименование профессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения профессиональной компетенции**
Вид профессиональной деятельности: диагностическая, лечебная, профилактическая		
А/01.8 Проведение	ПК-1 Способен	ИДК.ПК-1_1 – проводит клиническую

обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза	проводить обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза	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 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	ПК-2 Способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи	ИДК.ПК-2_1 – знает порядок оказания 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-3_1 – обладает знаниями положений клинических рекомендаций по раннему выявлению ЗНО. ИДК.ПК-3_2 – проявляет онконастороженность при обследовании пациентов. ИДК.ПК-3_3 – проводит обследование пациентов для раннего выявления злокачественных новообразований

3.1 Тестовые задания для Государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.43 Нефрология Б3.О.01(Г) Подготовка к сдаче государственного экзамена

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.43	Нефрология
Ф	A/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 АССОЦИИРОВАНС *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 71. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ *А мембранозная нефропатия Б гидронефроз В амилоидоз Г нефроангиосклероз 72. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСОМНЕННЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОБЛАДАЕТ *А ультразвуковое исследование Б компьютерная томография В обзорная рентгенография Г экскреторная урография 73. ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОЦЕНТА ГИПОХРОМНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ АНАЛИЗАТОРОМ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ВРАЧЕЙ *А нефрологов Б гинекологов

		В анестезиологов Г травматологов 74. ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ *А внезапным появлением отеков, протеинурии, гематурии, артериальной гипертензии, нарушением функции почек Б протеинурией более 3,5 грамм в сутки, гипоальбуминемией, отеками В удвоением уровня сывороточного креатинина менее чем за 3 месяца Г снижением скорости клубочковой фильтрации, развитием артериальной гипертензии, уменьшением размеров почек 75. ВНЕПОЧЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК МОГУТ БЫТЬ *А кисты в печени, поджелудочной железе селезенке, яичниках Б геморрагический васкулит, артралгии, артриты, синдром Рейно В лихорадка, фотосенсбилизация, капилляриты, артралгии Г внутригрудная лимфаденопатия, иридоциклит, лихорадка 76. СОЧЕТАНИЕ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, ГЕМАТУРИИ, КРИСТАЛЛУРИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ *А дисметаболической нефропатии Б гломерулонефрита В цистита Г пиелонефрита 77. ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ *А развитие изолированного нефротического синдрома Б прогрессирующее течение хронической болезни почек В сочетание нефротического синдрома с гематурией Г стероидорезистентность 78. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ *А красная волчанка Б хроническая бактериурия В артериальная гипотензия Г хроническая лейкоцитурия 79. ПЕРВИЧНЫЙ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ *А в интактной почке Б при аденоме простаты

		В при мочекаменной болезни Г при болезни Ормонда 80. ПОД СИМПТОМОМ ПАСТЕРНАЦКОГО ПОНИМАЮТ БОЛЕЗНЕННОСТЬ *А в области почек при поколачивании с последующим кратковременным появлением или усилением эритроцитурии Б при поколачивании по реберной дуге на стороне поражения В и напряжение мышц при пальпации в костовертебральном углу на стороне поражения Г при поколачивании в поясничной области на стороне поражения 81. ПОЛИУРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕМ МОЧИ _____ ЛИТРОВ В СУТКИ И _____ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬЮ МОЧИ *А более 3-3,5; высокой Б менее 1-1,5; низкой В более 3-3,5; низкой Г менее 3-3,5; высокой 82. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А разница в размерах длинника почек более 15 мм Б обструкция верхней трети мочеточника В симптом аорто-мезентериального пинцета Г симптом «перимедулярного кольца» 83. ПРИ ВЫСОКОЙ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛКА В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В Г/СУТКИ) *А более 3,5 Б до 3,0 В более 5 Г до 0,5 84. РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ *А окклюзией почечных артерий Б окклюзией почечных канальцев В паренхиматозным поражением почек Г коарктацией аорты 85. АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНУЮ ПОЛИКИСТОЗНУЮ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК НАЗЫВАЮТ *А детским поликистозом Б туберозным склерозом В нефронофтизом Фанкони Г поликистозом взрослых 86. НАЛИЧИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С _____ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ

		«ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СМЕШАННОГО ТИПА» *А нефротическим синдромом Б отечным синдромом В почечной недостаточностью Г макро- или микрогематурией 87. КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ ПОЧЕК С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ *А пациентам при подозрении на конкремент в мочевыводящих путях Б всем пациентам с неосложненным пиелонефритом В всем пациентам перед выпиской из стационара Г всем пациентам перед назначением антибактериальной терапии 88. ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ *А пиелонефрита Б гломерулонефрита В тубулоинтерстициального нефрита Г наследственного нефрита 89. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛЬ НОСИТ _____ХАРАКТЕР *А острый приступообразный Б постоянный ноющий В ноющий Г тупой 90. ФАКТОРАМИ БОЛЕЕ БЫСТРОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ *А мужской пол, выявление кист и гематурии в возрасте до 30 лет, развитие гипертензии до 35 лет Б выявление кист в возрасте старше 30 лет, их медленный рост, редкое инфицирование кист В женский пол, выявление кист и эпизодов гематурии в возрасте старше 50 лет Г женский пол, выявление кист и развитие АГ в возрасте старше 50 лет 91. У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НЕУКЛОННОЕ НАРАСТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ С РАЗВИТИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, СКУДНЫЙ МОЧЕВОЙ ОСАДОК И РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ *А амилоидоза почек Б гломерулонефрита

		В инфаркта почки Г абсцессов почек 92. ОСОБЕННОСТЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А связь с активностью первичного заболевания почек Б отсутствие влияния на прогрессирование нефропатии В возможность спонтанной нормализации артериального давления Г снижение частоты гипертензии по мере снижения скорости клубочковой фильтрации 93. ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ НАРУШЕНИЯМИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА, ЯВЛЯЮТСЯ *А свинцовая нефропатия, распространенный псориаз, гипотиреоз Б бронхиальная астма, аллергический дерматит, гипертиреоз В аутоиммунный тиреоидит, язвенный колит Г пиелонефрит, нефропатия беременных, пневмокониоз 94. ОДНИМ ИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ *А инфузия альбумина при наличии гиповолемии Б назначение блокаторов кальциевых каналов группы верапамила В назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента Г инфузия 4-5% раствора бикарбоната натрия 95. К ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ НЕФРОПАТИИ ОТНОСЯТ *А боли в поясничной области, дизурию, макрогематурию, олигурию Б олигурию или анурию В полиурию, макрогематурию Г изолированную макрогематурию 96. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРФОСФАТЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А острая почечная недостаточность Б острая печеночная недостаточность В инфаркт миокарда Г нарушение мозгового кровообращения 97. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА БЕЗ ОТХОЖДЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ *А вовлечении в процесс мочевыводящих путей Б вовлечении в процесс мочевого пузыря В туберкулезе паренхимы почек Г туберкулезе половых органов

98. ФОРМУЛУ MDRD (MODIFICATION OF DIET IN RENAL DISEASE) ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ РАСЧЕТА
*А скорости клубочковой фильтрации
Б буферной емкости крови
В потребления калорий
Г потерь белка в суточной моче

99. ПРИЧИНОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ВЫСТУПАЕТ
*А ишемия органов и систем организма
Б токсическое поражение
В системное воспаление
Г иммунокомплексное повреждение

100. ЦВЕТ МОЧИ ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ _____ ЭРИТРОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ
*А более 100
Б более 30
В 10-15
Г 2-3

101. НАЛИЧИЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ПЕРЕХОДНОГО ЭПИТЕЛИЯ В ОСАДКЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
*А интоксикации
Б хронического гломерулонефрита
В острой почечной недостаточности
Г сахарного диабета

102. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕР МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЧКАХ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
*А нефробиопсия
Б внутривенная урография
В ультразвуковая доплерография
Г мультиспиральная компьютерная томография

103. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ
*А болезнь минимальных изменений
Б тубулоинтерстициальный нефрит
В канальцевый некроз
Г тромботическую микроангиопатию

104. ДОПУСТИМЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ
*А 1005-1025
Б 1005-1010
В 1030-1040
Г 1026-1028

105. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ МЕНЕЕ 50 МЛ НАЗЫВАЮТ
*А анурией
Б дизурией
В олигурией
Г полиурией

106. ДИАГНОЗ «АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ
*А исключения остальных форм тромботической микроангиопатии
Б результатов биопсии почки
В повышения титра антифосфолипидных антител в сыворотке
Г выявления Шига-токсина в кале

107. РАЗВИТИЕ С3-НЕФРОПАТИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
*А мутацией генов различных факторов системы комплемента
Б мутацией генов коллагена IV типа базальной мембраны клубочков
В формированием антител к базальной мембране клубочков
Г образованием аутоантител к трансмембранному М-типа рецептору фосфолипазы А2

108. АНТИ-SM-АНТИТЕЛА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А доклинический маркер болезни, поскольку их появление предшествует развитию системной красной волчанки
Б маркер поражения суставов
В маркер вторичного антифосфолипидного синдрома, поскольку их появление ассоциируется с тромбозами
Г маркер обострения волчаночного нефрита

109. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ ТИТР ОБНАРУЖИВАЕМЫХ В МОЧЕ МИКРООРГАНИЗМОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВНЫМ ИЛИ ПРЕВЫШАТЬ (В КОЕ/МЛ)
*А 10*5
Б 10*8
В 10*2
Г 10*7

110. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
*А возможностью достижения спонтанных ремиссий у

		трети больных Б частым развитием быстропрогрессирующей почечной недостаточности В синфарингитной гематурией Г стойкой микрогематурией с эпизодами макрогематурии 111. ЩЁТОЧНАЯ КАЙМА В НЕФРОНЕ ИМЕЕТСЯ В *А проксимальном канальце Б петле Генле В дистальном извитом канальце Г связующем отделе и собирательной трубке 112. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ *А кардиолога Б колопроктолога В физиотерапевта Г рентгенорадиолога 113. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ *А острый канальцевый некроз Б стойкая артериальная гипертензия В тромбоз почечных вен Г тубулоинтерстициальный фиброз 114. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМАТУРИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ *А наличие в моче более 70% измененных эритроцитов Б сочетание с гиперурикозурией и гиперурикемией В сочетание эритроцитурии с лейкоцитурией и бактериурией Г наличие в моче более 70% неизмененных эритроцитов 115. ФАКТОРОМ, ИМЕЮЩИМ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ *А совокупность данных визуализирующих методов исследования Б наличие дисморфных эритроцитов В величину протеинурии Г изолированную лейкоцитурию 116. ЦИЛИНДРУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ *А нефрите, нефрозе Б сахарном диабете В гепатите Г цистите

		117. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ *А оксалурия Б пузырно-мочеточниковый рефлюкс В гидронефроз Г нефроптоз 118. ЛИМФОЦИТУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ *А гломерулонефрита Б пиелонефрита В почечной недостаточности Г цистита 119. КЛИНИЧЕСКИ АМИЛОИДНАЯ НЕФРОПАТИЯ МАНИФЕСТИРУЕТ *А изолированной протеинурией Б рецидивирующей гематурией В артериальной гипертензией Г эпизодами макрогематурии 120. В ЭТИОЛОГИИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЮТСЯ *А лекарства Б генетические факторы В гемобластозы Г системные заболевания 121. К ОДНОМУ ИЗ ВЕДУЩИХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ОТНОСЯТ *А ультразвуковое исследование Б обзорную рентгенограмму живота В внутривенную урографию Г ангиографию почек 122. ПРИ СБОРЕ МЕДИЦИНСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОДНИМ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ МОМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ УКАЗАНИЕ НА *А длительное течение инфекции мочеполовой системы, резистентной к стандартной терапии, с частыми рецидивами Б эпизоды почечной колики с отхождением конкремента В появление мочи «вида мясных помоев», развитие трудноконтролируемой артериальной гипертензии, отеков Г эпизоды синфарингитной макрогематурии 123. СРЕДИ НЕФРОПАТИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ *А быстропрогрессирующем гломерулонефрите Б хроническом неосложненном пиелонефрите В болезни минимальных изменений

Г амилоидной нефропатии

124. СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО
*А гломерулонефрита
Б интерстициального нефрита
В пиелонефрита
Г геморрагического цистита

125. ОЦЕНКА СТАДИИ ХБП ОСНОВАНА НА
*А расчете величины скорости клубочковой фильтрации по специальным формулам
Б определении относительной плотности мочи
В оценке уровня артериальной гипертензии
Г определении уровня креатинина и мочевины в плазме крови

126. ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ РЕНОВАСКУЛЯРНУЮ БОЛЕЗНЬ, ЯВЛЯЕТСЯ
*А резистентная артериальная гипертензия
Б обострение гломерулонефрита
В атрио-вентрикулярная блокада 2 степени
Г неадекватный прием диуретиков

127. АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ
*А внутриутробно или вскоре после рождения
Б у лиц, злоупотребляющих мочегонными
В у лиц, получающих лечение гемодиализом
Г у лиц старшего и преклонного возраста

128. ВЫДЕЛЕНИЮ БОЛЕЕ КИСЛОЙ МОЧИ СПОСОБСТВУЕТ
*А перегрузка мясной пищей
Б обильное щелочное питье
В ограничение водного режима
Г перегрузка овощной пищей

129. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НИЗКАЯ КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК ОТМЕЧАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПОРЦИЯХ МОЧИ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ
*А хронической почечной недостаточности
Б почечно-каменной болезни
В опухоли почек
Г туберкулезе почек

130. ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ КАК ПРАВИЛО НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В Г/СУТ)
*А 2
Б 0,1

		В 0,5 Г 3 131. ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК СОЧЕТАЕТСЯ С/СО *А синдромом печеночно-клеточной недостаточности Б картиной «острого живота» В распространенными тромбозами Г злокачественной артериальной гипертензией 132. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ *А туберкулезные бугорки в паренхиме Б изъязвления слизистой оболочки лоханок В изъязвления слизистой оболочки чашечек Г поражения почечных сосочков 133. АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СВЯЗАНА С МУТАЦИЕЙ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ СИНТЕЗ *А полицистинов-1 и -2 Б белков комплемента В коллагена I и III типа Г подоцитарных белков 134. СНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ МУТАЦИИ В ГЕНАХ *А PKD1 и PKD2 Б F2 и F5 В AGT и AGTR1 Г MTHFR и MTRR 135. К ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ ОТНОСЯТ *А гиперурикемию, артериальную гипертонию, протеинурию Б щелочную реакцию мочи, лейкоцитурию В кислую реакцию мочи, гематурию Г гипоурикемию, артериальную гипотонию, гематурию 136. У ПАЦИЕНТКИ С АКТИВНЫМ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ *А следует отложить до достижения полной ремиссии волчаночного нефрита и сохранении ее по крайней мере в течение 1 года Б не противопоказано В противопоказано Г следует отложить до достижения частичной ремиссии волчаночного нефрита и сохранении ее по крайней мере в течение 1 месяца

137. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В МОЧЕ ПАЦИЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
*А белка
Б эритроцитов
В кристаллов
Г лейкоцитов

138. КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ
*А вирусном гепатите С
Б паразитарных инфекциях
В хронической Эпштейна – Барр вирусной инфекции
Г лимфопролиферативных заболеваниях

139. К ВНЕПОЧЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ
*А аневризмы внутричерепных артерий
Б нефромегалию
В артериальную гипертензию
Г нефрокальциноз

140. У ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ
*А хронический пиелонефрит
Б острый нефрит
В поликистоз почек
Г острый гломерулонефрит

141. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КАНАЛЬЦЕВОГО АЦИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ СМЕСИ
*А бикарбоната натрия и бикарбоната калия
Б натрия хлорида и кальция хлорида
В хлорида калия и натрия хлорида
Г бикарбоната натрия и натрия хлорида

142. К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЫСТРЕЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ
*А хронический пиелонефрит
Б обструктивный мегауретер
В гидронефротическая трансформация почки
Г интерстициальный цистит

143. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ПАЦИЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
*А креатинина
Б с-реактивного белка
В гамма глутамилтранспептидазы
Г аланинаминотрансферазы

144. НЕОСЛОЖНЁННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
*А остром цистите у небеременных женщин
Б беременности
В мочекаменной болезни
Г сахарном диабете

145. ПРИ ИНИЦИАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ВЫЯВЛЯЮТ КРОВЬ В/ВО _____ МОЧИ
*А первой порции
Б всех порциях
В третьей порции
Г второй порции

146. СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ, БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НАБЛЮДАЮТ ПРИ
*А пиелонефрите
Б вульвовагините
В дисметаболической нефропатии
Г цистите

147. ОБЪЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)
*А 20-30
Б 10
В 150
Г 100

148. НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ИМЕЮТ ОБОСТРЕНИЯ
*А нефрита с остронефритическим синдромом
Б волчанки с умеренной лейкопенией
В суставного и кожного поражения
Г нефрита только с умеренной протеинурией

149. РЕНАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНОВОЙ ЭМБОЛИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
*А быстропрогрессирующая почечная недостаточность
Б выпадение полей зрения
В острая кишечная непроходимость
Г преходящее нарушение мозгового кровообращения

150. СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПЕРВИЧНУЮ И ВТОРИЧНУЮ МЕМБРАНОЗНУЮ НЕФРОПАТИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ АНТИТЕЛ К
*А рецептору фосфолипазы А2 (PLA2R)
Б цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)

В двухспиральной ДНК
Г базальной мембране клубочка

151. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ НЕФРИТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ
*А задержку натрия и воды вследствие снижения фильтрации в нефронах
Б вторичную задержку натрия в ответ на гиповолемию
В снижение онкотического давления плазмы
Г снижение гидростатического давления в клубочковых капиллярах вследствие гиповолемии

152. ПРИ ПОВЫШЕННОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И СОМНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИАГНОСТИКА БАЗИРУЕТСЯ НА ПРОВЕДЕНИИ
*А генетического исследования
Б иммуноэлектрофореза мочи
В пункционной биопсии почки
Г протеомного анализа мочи

153. АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРОТЕКАЕТ ХУЖЕ ПРИ
*А выявлении кист в возрасте моложе 20-30 лет
Б отсутствии инфицирования почечных кист
В малом количестве и небольшом объёме кист
Г выявлении кист в возрасте старше 40-50 лет

154. СТЕНКУ КЛУБОЧКОВЫХ КАПИЛЛЯРОВ СОСТАВЛЯЮТ ЭНДОТЕЛИОЦИТЫ, _____ БАЗАЛЬНАЯ МЕМБРАНА И ПОДОЦИТЫ
*А трехслойная
Б однослойная
В двухслойная
Г четырехслойная

155. ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ
*А гипостенурию
Б глюкозурию
В гипохромию
Г урикозурию

156. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А артериальная гипертензия
Б гипоурикемия
В сахарный диабет
Г артериальная гипотензия

157. ВО ВРЕМЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, КАК ПРАВИЛО
*А снижается
Б снижается перед родами
В не изменяется
Г повышается

158. У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В _____ВОЗРАСТЕ
*А пожилом
Б юношеском
В призывном
Г раннем детском

159. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ____ В МОЧЕ
*А белок
Б бактериурию
В эритроциты
Г лейкоциты

160. ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ, НАЧАЛЬНОЙ БЕЗДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА (1 СТАДИЯ)
*А осложнения развиваются крайне редко
Б осложнения развиваются во всех случаях
В развивается «четкообразная» деформация мочеточника
Г возможно формирование стриктуры мочеточника

161. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ _____ КЛАССА/ОВ
*А 6
Б 3
В 5
Г 2

162. ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЧЕЧНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
*А полиурия
Б диарея
В гиперволемия
Г олигурия

163. ПОД АНАСАРКОЙ ПОНИМАЮТ
*А генерализованный отек подкожной клетчатки
Б скопление жидкости в брюшной полости
В локальный отек подкожной клетчатки
Г скопление жидкости в плевральной полости

164. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА АКТИВНОСТЬ НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
*А выраженная воспалительная инфильтрация клубочков
Б большая площадь тубулоинтерстициального фиброза
В большая доля склерозированных клубочков
Г большая доля склероза и атрофии канальцев

165. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А высокая частота тромботических явлений
Б преимущественное развитие у женщин молодого возраста
В снижение активности комплемента
Г острое начало с быстрым снижением функции почек

166. ПРОЦЕССЫ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ ДО ПЯТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ЗАТРУДНЯЕТ
*А кубический эпителий в капсуле почечного клубочка
Б цилиндрический эпителий в капсуле почечного клубочка
В наличие коротких и узких канальцев
Г внутрипочечное расположение почечных лоханок

167. КОЛИЧЕСТВО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА
*А 3
Б 4
В 2
Г 1

168. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПОЧЕЧНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ» ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕСТ С
*А вазопрессином
Б D-ксилозой
В дексаметазоном
Г глюкозой

169. ПОЧЕЧНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ
*А препаратов лития
Б ингибиторов кальцийнейрина
В нестероидных противовоспалительных препаратов
Г препаратов витамина Д

170. К ОСНОВНЫМ СТРУКТУРНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ НЕФРОНА ОТНОСЯТ
*А капиллярный клубочек и канальцевый аппарат
Б капилярные петли капиллярного клубочка
В проксимальные канальцы
Г перитубулярные капилляры

171. В ОСНОВУ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ АМИЛОИДОЗА ПОЛОЖЕН ПРИНЦИП СПЕЦИФИЧНОСТИ
*А основного фибриллярного белка амилоида
Б локализации депозитов в разных органах
В антиядерных антител в сыворотке крови
Г иммуноглобулинов в составе депозитов

172. ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ ОСТАЕТСЯ СТАБИЛЬНОЙ БЛАГОДАРЯ
*А компенсаторной гиперфильтрации в незатронутых нефронах
Б развитию коллатерального кровообращения в нефронах с кистами
В увеличению общего объёма почек из-за множественных кист
Г увеличению продольного размера почек из-за больших кист

173. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЧИТАЮТ
*А ангиографию почечных артерий
Б сонографию почек
В нефросцинтиграфию почек
Г допплерографию сосудов почек

174. К СЕЛЕКТИВНОЙ ОТНОСЯТ ПРОТЕИНУРИЮ, ПРЕДСТАВЛЕННУЮ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ БЕЛКАМИ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ
*А альбумином
Б α2-макроглобулином
В гамма-глобулином
Г β-липопротеидами

175. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 1 СТАДИИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ/МИН/1,73 М2)
*А 90 и более
Б 44-30
В 59-45
Г 89-60

176. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК» ПРИМЕНЯЮТ
*А КТ-ангиографию
Б коронароангиографию
В УЗИ почек
Г биопсию почки

177. ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
*А клинические рекомендации
Б правила внутреннего распорядка
В показатели фондооснащенности и фондовооруженности
Г требования техники безопасности

178. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СТОЯНИИ РЕАКЦИЯ МОЧИ
*А сдвигается в сторону щелочной реакции
Б остается неизменной
В сдвигается в сторону кислой реакции
Г сдвигается в сторону нейтральной реакции

179. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ
*А большая доля склерозированных клубочков
Б выраженная пролиферация гломерулярных клеток
В большая доля клубочков с клеточными полулуниями
Г выраженная воспалительная инфильтрация клубочков

180. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ АМИЛОИДОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
*А образование специфических белков-предшественников
Б активация различными путями фракций комплемента
В мутация генов структурных белков щелевой диафрагмы
Г образование антител к различным антигенам подоцитов

181. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ПАЦИЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
*А мочевины
Б с-реактивного белка
В гамма глутамилтранспептидазы
Г аланинаминотрансферазы

182. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
*А некротизирующих васкулитов
Б ревматоидного артрита
В геморрагического васкулита
Г склеродермии

183. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВОЛЧАНОЧНОЙ ПРИРОДЫ НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

*А антител к нативной ДНК
Б волчаночных LE-клеток
В апластической анемии
Г лейкопении, тромбоцитопении

184. ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ПРОВОДИТСЯ ПРИ _____ ПИТЬЕВОГО И ПИЩЕВОГО РЕЖИМОВ
*А обычной физической активности пациента, в условиях стандартного
Б повышенной физической активности пациента, в условиях стандартного
В обычной физической активности пациента, в условиях усиленного
Г низкой физической активности пациента, в условиях ограниченного

185. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А психическая неадекватность
Б остронефритический синдром
В острое повреждение почек
Г артериальная гипертензия

186. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОТДАЛЁННЫХ ПОТЕРЬ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А хроническое гуморальное отторжение
Б клеточное отторжение
В хронический пиелонефрит трансплантата
Г рецидив гломерулонефрита в трансплантате

187. ВО ВРЕМЯ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК
*А увеличиваются
Б уменьшаются
В не изменяются
Г ассиметричны

188. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИТАНИЯ
*А щавель
Б огурцы
В горох
Г картофель

189. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
*А переохлаждении
Б воспалении клубочков
В циркуляторных нарушениях
Г поражении стенки гломерулярных капилляров

190. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ
*А альбуминурии
Б эритроцитурии
В лейкоцитурии
Г кристаллурии

191. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А ренальное острое повреждение почек неясной этиологии
Б патологическая подвижность почки
В наличие множественных кистозных образований почек
Г единственная функционирующая почка

192. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОМ САРКОДОЗЕ НЕРЕДКО АССОЦИИРОВАНО
*А с изменениями в легких
Б с повышением уровня ревматоидного фактора в крови
В как правило с повышением уровня IgA и мочекаменной болезнью
Г вирусной инфекцией

193. К ТИПУ КАМНЕЙ, ФОРМИРУЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В КИСЛОЙ МОЧЕ, ОТНОСЯТ
*А цистиновые
Б струвитные
В фосфаты кальция
Г оксалаты кальция

194. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ВЫЯВЛЯЕТ
*А магнитно-резонансная томография с гадолинием
Б компьютерная томография без контраста
В позиционно-эмиссионная томография
Г рентгенография органов грудной клетки

195. ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МИНИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТМЕЧАЮТСЯ В _____ ТРИМЕСТРА
*А конце первого
Б начале первого
В начале третьего
Г конце третьего

196. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

		*А развитие на фоне хронического вирусного гепатита Б изолированный нефротический синдром, отсутствие гематурии В безрецидивное течение Г отсутствие кожных высыпаний 197. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ IgA-ВАСКУЛИТЕ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ ПРЕДСТАВЛЕНО *А симметричной геморрагической сыпью на ногах Б симметричной геморрагической сыпью на руках В симметричной эритематозной сыпью на ногах и руках Г распространёнными кожными гематомами с кровоизлияниями 198. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ *А нефротический синдром с выраженной артериальной гипертензией Б макрогематурия В изолированный нефротический синдром Г изолированный мочевой синдром 199. ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШАЕТ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ *А глюкоза Б Белок В билирубин Г слизь 200. ТРИАДА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ, ВКЛЮЧАЕТ _____ И ОРГАННУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ *А микроангиопатическую гемолитическую анемию, тромбоцитопению Б кумбс-положительную гемолитическую анемию, лейкопению В апластическую анемию, тромбоцитопению, лейкопению Г кумбс-положительную гемолитическую анемию, тромбоцитопению 201. УВЕЛИЧЕНИЕ ДИУРЕЗА В НОЧНОЕ ВРЕМЯ НАЗЫВАЮТ *А никтурией Б олигурией В анурией Г полиурией 202. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ХУДШЕМ ПРОГНОЗЕ

		ПОЧЕЧНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ *А интерстициальный фиброз Б отсутствие утолщения базальной мембраны В фокальная белковая дистрофия эпителиоцитов Г мезангиальная пролиферация 203. ИНФЕКЦИОННЫЙ ОСТРЫЙ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РАМКАХ _____ИНФЕКЦИИ *А лептоспирозной Б стафилококковой В туберкулезной Г стрептококковой 204. ВАРИАНТОМ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА ПОЧКИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ *А узелковый полиартериит Б IgA-васкулит В эозинофильный гранулематоз с полиангиитом Г болезнь Такаясу 205. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЁКИ ОБЫЧНО *А распространённые, вплоть до анасарки Б скрытые В ограничиваются пастозностью век и голеней Г умеренные 206. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЫСТУПАЕТ *А кардиогенный шок при инфаркте миокарда Б обтурация мочеточников В острый гломерулонефрит Г острый интерстициальный нефрит 207. РАЗВИТИЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗМОЖНО ПРИ ТАКИХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ, КАК *А болезнь Такаясу Б IgA-васкулит В микроскопический полиангиит Г криоглобулинемический васкулит 208. РЕНАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНОВОЙ ЭМБОЛИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ЯВЛЯЕТСЯ *А быстропрогрессирующая почечная недостаточность Б острая кишечная непроходимость В преходящее нарушение мозгового кровообращения Г выпадение полей зрения

209. ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОЦЕНТА ГИПОХРОМНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ АНАЛИЗАТОРОМ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ВРАЧЕЙ
*А нефрологов
Б анестезиологов
В травматологов
Г гинекологов

210. У БОЛЬНОГО С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ АМИЛОИДОЗА
*А АА-типа
Б AL-типа
В наследственного
Г диализного

211. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ
*А протеинурии
Б гамма глутамилтранспептидазы
В с-реактивного белка
Г аланинаминотрансферазы

212. К КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ АЛКОГОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕМОЙ, ОТНОСЯТ
*А латентную
Б быстропрогрессирующую
В нефротическую
Г гипертоническую

213. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ IgA-ВАСКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ
*А кожи по типу пурпуры
Б кишечника по типу абдоминального синдрома
В суставов
Г почек по типу IgA-нефропатии

214. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ____ В МОЧЕ
*А белок
Б бактериурию
В эритроциты
Г лейкоциты

215. РАЗВИТИЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО

		*А антифосфолипидным синдромом Б гепарининдуцированной тромбоцитопенией В высоким титром антител к миелопероксидазе 3 Г высоким титром антител к нативной ДНК 216. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ *А наличие генерализованных отёков с развитием полостных отёков (асцита, гидроторакса, гидроперикада) Б артериальная гипертензия В быстропрогрессирующая почечная недостаточность Г наличие минимальных изменений в мочевом осадке (незначительная эритроцитурия, гиалиновые цилиндры 217. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ *А глюкозурию и урикозурию Б протеинурию свыше 0,3 г/сут В увеличение удельного веса мочи Г лейкоцитурию и бактериурию 218. ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ (А3) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ *А 300-1999 мг/г Б 30-299 мг/сут В > 2000 мг/г Г > 300 мг/сут 219. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ *А глюкозурию и урикозурию Б протеинурию свыше 0,3 г/сут В увеличение удельного веса мочи Г лейкоцитурию и бактериурию 220. ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ (А3) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ *А 300-1999 мг/г Б 30-299 мг/сут В > 2000 мг/г Г > 300 мг/сут 221. ДЛЯ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ *А низкой амплитуды желудочковых комплексов Б высокого зубца Т, расширения комплекса QRS В снижения сегмента ST, депрессии зубца Т Г увеличения амплитуды Р в отведениях II и III

222. ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
*А множественной миеломы
Б хронического гломерулонефрита
В хронического пиелонефрита
Г рака паренхимы почек

223. С ПОМОЩЬЮ РЕАКЦИИ ГРИССА В МОЧЕ ОБНАРУЖИВАЮТ
*А нитриты
Б лейкоциты
В бактерии
Г нитраты

224. ПРИЧИНОЙ ИСТИННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК МОЖЕТ БЫТЬ
*А персистирующая активность нефрита
Б массивная диуретическая терапия
В феномен «белого халата»
Г соблюдение малобелковой диеты

225. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ИСТОЧНИКА МАКРОГЕМАТУРИИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАЧИНАЮТ С
*А ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря
Б экскреторной урографии
В цистоскопии
Г нефросцинтиграфии

226. РАЗВИТИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК СВЯЗАНО С/СО
*А снижением синтеза эритропоэтина почками
Б снижением уровня трансферрина
В снижением уровня ферритина
Г нарушением всасывания железа в кишечнике

227. ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА С НОРМАЛЬНОЙ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННОЙ АЛЬБУМИНУРИЕЙ СЧИТАЮТ (В ММ РТ.СТ.)
*А <140/90
Б <160/90
В >150/100
Г <120/70

228. УЧАЩЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИЛИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
*А поллакиурии
Б полиурии

		В недержания мочи Г анишурии 229. УРАТНЫЕ КАМНИ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ К *А рентгенонегативным Б рентгенопозитивным В рентгеноиндифферентным Г рентгеноконтрастным 230. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВАСКУЛИТОВ ОСНОВАНА НА *А калибре поражённых сосудов Б клиническом проявлении В этиологии Г патогенезе 231. ДЛЯ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПОМИМО КИСТ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ *А камней почки Б амилоидных масс В ангиомиолипом Г инфарктов почки 232. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АНЕМИЯ *А микроангиопатическая гемолитическая Б кумбс-положительная гемолитическая В железодефицитная Г В12-дефицитная 233. У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПОЯВЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЦЕ ИЛИ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МАКРОГЕМАТУРИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА *А инфаркт почки Б гломерулонефрит В абсцессы почек Г лекарственную нефропатию 234. МОЧА «ВИДА МЯСНЫХ ПОМОЕВ»ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА В МОЧЕ *А эритроцитов и продуктов их распада Б белка В лейкоцитов и продуктов их распада Г билирубина 235. К КРИТЕРИЯМ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕМБРАНОЗНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ *А протеинурию менее 3 г/сутки

		Б увеличение сывороточного креатинина на 30% и более В отсутствие полулуний и фибриноидного некроза при морфологическом исследовании Г смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит 236. УРОВЕНЬ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ПРИ КОТОРОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ/МИН) *А < 15 Б 120-190 В 60-90 Г 15-30 237. ДЕБЮТ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ *А гиперурикозурией Б гиперурикемией В гипоурикозурией Г гипергликемией 238. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА У БОЛЬНЫХ С ПУРПУРОЙ ШЁНЛЯЙН – ГЕНОХА ЯВЛЯЕТСЯ *А Ig-A нефропатия Б фокально-сегментарный гломерулосклероз В минимальное изменение Г мембрано-пролиферативный гломерулонефрит 239. НЕФРОПАТИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ОБУСЛОВЛЕНА ПОДАВЛЕНИЕМ *А системы простагландинов Б предсердного натрий-уретического фактора В ренин-ангиотензин-альдостероновой системы Г эффектов антидиуретического гормона 240. ФАКТОРОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ *А формирование нефротического синдрома Б персистирующая безболевая микрогематурия В рецидивирующая макрогематурия Г рецидивирующая пиурия 241. ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ *А ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря

Б радиоизотопного исследования почек
В урографии
Г цистографии

242. СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ИМЕЮЩИХ
*А транзиторные ишемические атаки, инсульт
Б выраженные боли в области поясницы
В объёмные кисты в области синуса почек
Г экзофитный рост кист в почках и печени

243. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПУТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ ЯВЛЯЕТСЯ
*А гематогенный
Б контактный
В лимфогенный
Г восходящий

244. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЕТ
*А УЗИ почек с оценкой их размеров
Б клинический анализ крови с оценкой уровня гемоглобина крови
В исследование протеинурии
Г экскреторную урографию

245. ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИРОДЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
*А выполнение биопсии почки
Б исследование мочевого осадка в динамике
В ультразвуковое исследование
Г стернальная пункция/трепанобиопсия

246. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
*А наличие инфильтратов в легких, склонных к распаду
Б наличие серозитов
В отсутствие гематурии
Г коронариит

247. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К РАЗВИТИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИВОДИТ
*А оксалоз
Б гломерулонефрит
В дисплазия почек
Г пиелонефрит

248. ДЛИТЕЛЬНОЕ ХРАНЕНИЕ ПРОБЫ МОЧИ ПРИ

		КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ *А приводит к лизису клеточных элементов Б позволяет сохранить свойства мочи В способствует сохранению реакции мочи Г приводит к появлению кетоновых тел 249. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МПГН, С3-НЕФРОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТ _____ ВАРИАНТ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА *А иммуноглобулин-негативный С3-позитивный Б иммуноглобулин-позитивный С3-негативный В иммуноглобулин-позитивный С3-позитивный Г иммуноглобулин-негативный С3-негативный 250. ФАКТОРОМ РИСКА РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕНАЯ У *А молодых пациентов Б беременных во 2 триместре В лиц мужского пола Г пациентов с ожирением 251. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А кумбс-отрицательная гемолитическая анемия Б лейкоцитоз В кумбс-положительная гемолитическая анемия Г лейкопения 252. ЕСЛИ У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДАЮТ ТЕМПЕРАТУРУ 39,5 °С, ИНТОКСИКАЦИЮ, ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ И НАЛИЧИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ С БАКТЕРИУРИЕЙ, А ТАКЖЕ ЛЕЙКОЦИТОЗ И ВЫСОКУЮ СОЭ В КРОВИ, ТО МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ *А острый пиелонефрит Б острый цистит В острый гломерулонефрит Г реакцию на прорезывание зубов
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

81 ПРИ ОСТРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ, ИНДУЦИРОВАННОМ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЯЮТ
*А монотерапию малыми дозами преднизолона
Б высокие дозы салуретиков
В плазмаферез
Г комбинацию метилпреднизолона с циклофосфамидом внутривенно

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

83 В ДИЕТЕ С ОГРАНИЧЕНИЕМ БЕЛКА БЕЛОК ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)
*А 60
Б 10
В 40
Г 30

84 К КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ
*А гипостенурию

Б остронефритический синдром
В макрогематурию
Г нефротический синдром

85 У ЖЕНЩИНЫ 45-ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ХЛОРОХИН (ПЛАКВЕНИЛ) ПО ПОВОДУ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ВОЗМОЖНОЕ РАЗВИТИЕ ПОРАЖЕНИЯ_____КАК ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА
*А сетчатки
Б легких
В почек
Г печени

86 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА СЛЕДУЕТ
*А исключить нестероидные противовоспалительные препараты
Б усилить терапию петлевыми диуретиками
В назначить нестероидные противовоспалительные препараты
Г назначить ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

87 ВЕДУЩИМ В ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАСТВОР
А глюкозы
Б альбумина
*В реополиглюкина
Г плазмы

88 ПАЦИЕНТАМ С КЛАССОМ II ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА И ПРОТЕИНУРИЕЙ >3Г/СУТКИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
*А кортикостероиды или ингибиторы кальцинейрина
Б только ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента с нефропротективной целью
В циклофосфамид внутривенно в сочетании с кортикостероидами
Г циклофосфамид внутривенно в дозе 500 мг каждые 2 недели в течение 3 мес (суммарная доза 3г)

89 К ПЕРВИЧНЫМ ФОРМАМ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ
*А тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру
Б злокачественную артериальную гипертензию
В С3-нефропатию
Г катастрофический антифосфолипидный синдром

90 ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НАЗНАЧЕНИЕ _____ ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ ФУНКЦИИ ПОЧЕК
*А ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
Б ингибиторозащищенных бета-лактамов
В неселективных бета-адреноблокаторов
Г прямого ингибитора Ха-фактора

91 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА КЕТОСТЕРИЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ _____ ТАБЛЕТКА/ТАБЛЕТКИ НА 5 КГ МАССЫ ТЕЛА/СУТКИ
*А 1
Б 1,5
В 2,5
Г 2

92 БОЛЬШУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ В МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ ИМЕЕТ_____ БЕЛОК
*А Животный
Б растительный
В соевый
Г молочный

93 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РЕЖЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ
*А ангионевротический отек
Б гиперурикемия
В аритмия
Г гипотония

94 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 4-5 СТАДИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
*А антагонистов альдостерона
Б β-адреноблокаторов
В α β-адреноблокаторов
Г петлевых диуретиков

95 ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ГИПОПЕРФУЗИЯ ПОЧЕК И ИШЕМИЗАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
*А блокаторов ангиотензиновых рецепторов
Б ингибиторов ГМК-КоА-редуктазы
В ингибиторов протонной помпы
Г ингибиторов моноаминоксидазы

96 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА СЛЕДУЕТ
*А избегать назначения больших доз салуретиков

Б назначить высокобелковую диету
В назначить нефропротективную терапию
Г проводить частые парацентезы

97 ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПОКАЗАН РЕБЁНКУ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
*А преднизолон
Б бенфотиамин
В хлорохин
Г индометацин

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

99 ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ
*А розувастатина
Б моноприла
В аллопуринола
Г метформина

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

101 ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СВЕРХВЫСОКИХ ДОЗ ПРЕДНИЗОЛОНА («ПУЛЬС" ТЕРАПИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ
*А сахарный диабет
Б гиперкальциемия
В анурия
Г нарушение обмена фосфора

102 МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ИНГИБИРОВАНИИ
*А циклооксигеназы
Б ацетальдегиддегидрогеназы
В моноаминооксидазы
Г карбоангидразы

103 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ КИСТ(Ы)

		ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ *А фторхинолоны, триметоприм, клиндамицин Б растительные уросептики В защищенные пенициллины, нитрофураны Г хлоргексидин, мирамистин 104 ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЦИТОСТАТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ *А агранулоцитоз Б сахарный диабет В проявление когнитивных расстройств Г язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки 105 К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ *А индометацином Б курантилом В цитостатиками Г Преднизолоном 106 НАЗНАЧЕНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА ТРЕБУЕТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ *А ограничении водного режима Б метаболическом синдроме В дистанционной литотрипсии Г длительной иммобилизации 107 ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НЕОБХОДИМО *А перед оперативным вмешательством на мочевыделительной системе Б пациентам с заболеванием спинного мозга В в старческом возрасте Г всем пациентам 108 НАЗНАЧЕНИЕ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С 4-5 НЕ ПОКАЗАНО ИЗ-ЗА РИСКА *А уратного криза Б гипокоагуляции В сухого кашля Г гиперкалиемиии 109 ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ *А двустороннем стенозе почечных артерий Б одностороннем стенозе почечных артерий В комбинации ингибиторов АПФ с блокаторами рецепторов к ангиотензину у лиц старческого возраста Г комбинации ингибиторов АПФ с салуретиками у лиц

		старческого возраста 110 К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ *А комплемент-блокирующую терапию Б глюкокортикостероиды В циклоспорин А Г свежезамороженную плазму 111 НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИТИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ *А хронический тубулоинтерстициальный нефрит Б хронический гломерулонефрит В рак мочевого пузыря Г вторичный амилоидоз 112 К ЦИТОТОКСИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТСЯ *А циклофосфамид, азатиоприн Б минералокортикоиды В гидроксихлорохин, мелоксикам Г глюкокортикостероиды 113 ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А подавление продукции белка-предшественника SAA Б уменьшение продукции легких цепей иммуноглобулинов В уменьшение выработки антител к цитоплазме нейтрофилов Г уменьшение образования мембраноатакующего комплекса 114. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ С АЛКОГОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ *А тиазидных диуретиков Б ингибиторов АПФ В блокаторов кальциевых каналов Г препаратов центрального действия 115. ЛЕЧЕНИЕ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ *А комбинацией противовирусных препаратов, преднизолона и ритуксимаба Б преднизолоном в комбинации с циклофосфамидом В противовирусными препаратами Г преднизолоном 116. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ

НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИОЛЫ
*А расширение выносящей
Б сужение выносящей
В расширение приносящей
Г сужение приносящей

117. ОПТИМАЛЬНОЙ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ СТРАТЕГИЕЙ ПРИ IGA-НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*А длительный прием иАПФ/БРА при протеинурии > 1 г/сут с повышением дозы препаратов в зависимости от АД
Б проведение тонзилэктомии
В назначение дезагрегантов
Г 6-месячный курс терапии глюкокортикостероидами при протеинурии > 1 г/сут и СКФ более 50 мл/мин/1,73 м2

118. ПАЦИЕНТУ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВТОРИЧНЫМ СИСТЕМНЫМ АА-АМИЛОИДОЗОМ ПОКАЗАНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧЕНИЕ
*А постоянной базисной терапии ревматоидного артрита
Б монотерапии глюкокортикостероидами в высоких дозах
В высоких доз цитостатиков и введение стволовых клеток
Г клон-ориентированной цитостатической терапии дискразии

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

120. 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

121. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК, ОБУСЛОВЛЕННОМ СИНДРОМОМ ГУДПАСЧЕРА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
*А глюкокортикоидов
Б интерферонов
В муколитиков

Г антибиотиков

122. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ
*А анемии
Б атеросклероза
В нефролитиаза
Г гипогликемии

123. НАЗНАЧЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
*А истинной склеродермической почке
Б поражении почек при гранулематозе Вегенера
В болезни минимальных изменений
Г активном волчаночном нефрите

124. ФАКТОРОМ РИСКА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
*А пожилой и старческий возраст
Б детский возраст
В мужской пол
Г беременность

125. СИСТЕМА МАГИСТРАЛЕЙ SLEEP-SAFE SET PAED
*А подходит для терапии маленьких детей
Б подходит для терапии взрослых
В в настоящий момент не используется
Г позволяет отключиться от аппарата один раз в течение процедуры

126. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ
*А гидратацию физиологическим раствором хлорида натрия
Б допамин
В аспирин
Г теофиллин

127. У РЯДА БОЛЬНЫХ AL-АМИЛОИДОЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ИЗ-ЗА ВЫСОКОГО РИСКА ТАХИАРИТМИЙ
*А показана установка кардиовертеров-дефибрилляторов
Б показан постоянный прием антикоагулянтов
В показан постоянный прием антиагрегантов
Г показан постоянный прием бета-блокаторов

128. АНТИПРОТЕИНУРИЧЕСКОЕ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ УСИЛИВАЕТСЯ В

		1,5-2 РАЗА ПРИ *А снижении потребления натрия хлорида Б повышении потребления натрия хлорида В снижении физической активности пациента Г увеличении потребления животного белка 129. ПРИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ *А почечного кровотечения, нагноения Б множества мелких медуллярных кист В кисты нижнего полюса диаметром 3 см Г множества мелких кортикальных кист 130. 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 131. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ УРИКЕМИИ ИМЕЕТ ЦЕЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ МЕНЕЕ _____ МКМОЛЬ/Л ИЛИ _____ МГ/ДЛ *А 360; 6 Б 100; 3 В 150; 4 Г 50; 2 132. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА *А ингибиторы АПФ Б бета-адреноблокаторы В блокаторы медленных кальциевых каналов Г диуретики 133. СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН/1,73М2 ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ *А тиазидных диуретиков Б α-адреноблокаторов В петлевых диуретиков Г αβ-адреноблокаторов 134. ПАЦИЕНТАМ С КЛАССОМ III ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА (ОЧАГОВЫЙ ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ) ПРИ УХУДШЕНИИ ЕГО ТЕЧЕНИЯ (ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА, НАРАСТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ) В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ

		ЛЕЧЕНИЯ, *А показана смена режима инициальной терапии на альтернативный рекомендованный Б рекомендовано продолжить проводимую терапию еще в течение двух месяцев В рекомендовано продление проводимого режима терапии на более длительное время (до 12 мес.) Г показана отмена иммуносупрессивной терапии и проведение только нефропротективного лечения 135. ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ ГЕПСИДИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В *А блокаде выхода железа из депо Б повышении прочности клеточной мембраны эритроцитов В понижении продукции эритропоэтина Г токсическом воздействии на красный кровяной росток
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 21. СОСТАВ ONLINE СУБСТИТУАТА (ЗАМЕЩАЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ) ДЛЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ *А идентичен диализирующей жидкости (диализату) Б идентичен диализату только при постдилюционном способе замещения В содержит меньшие концентрации натрия и бикарбоната в сравнении с диализатом Г содержит большие концентрации натрия и бикарбоната в сравнении с диализатом 22. МАРКЕРОМ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРАКТИКЕ ГЕМОДИАЛИЗА СЧИТАЕТСЯ *А бета2-микроглобулин Б трансферрин В креатинин Г витамин В12 23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ *А диализный перитонит Б инфекционный эндокардит В панкреатит

		Г сочетание пневмонии и панкреатита 24. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛИЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА С АЙКОДЕКСТРИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ *А увеличение ультрафильтрации Б уменьшение ультрафильтрации В повышение транспортных свойств брюшины Г повышение проницаемости брюшины 25. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПОАЗАНА НА _____ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК *А 5 Б 3б В 4 Г 3а 26. ВОДА, ПОДАЮЩАЯСЯ К АППАРАТУ ДЛЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ONLINE ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К *А воде для гемодиализа Б муниципальной воде В ультрачистой воде Г стерильной воде для инъекций 27. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАЛИЗ-АССОЦИИРОВАННОГО АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ *А длительность диализа более 5 лет, возраст старше 50 лет, использование низкопроницаемых диализных мембран Б длительность диализа менее 5 лет, молодой возраст, использование высокопроницаемых диализных мембран В избыточная масса тела, потребление большого количества мяса, дегидратация, выраженная гиперурикемия Г избыточная масса тела, потребление большого количества углеводов, гиподинамия, инсулинорезистентность 28. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СКОРОСТЬ ФИЛЬТРАЦИИ (ЗАМЕЩЕНИЯ) ПРИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ *А скорость кровотока Б рециркуляция в доступе В концентрация бикарбоната в диализате Г давление в венозной магистрали (воздушной ловушке) 29. ДИАГНОЗ ДИАЛИЗНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАЛИЗАТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ _____ В 1 МКЛ, БОЛЕЕ 50% *А 100; нейтрофилов

		Б 100; эозинофилов В 50; эозинофилов Г 50; нейтрофилов 30. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСЛОКАЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА У БОЛЬНЫХ НА ПОСТОЯННОМ АМБУЛАТОРНОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ *А рентгеноскопия брюшной полости Б УЗИ брюшной полости В компьютерная рентгенотомография брюшной полости Г магнитно-резонансная томография 31. ИНФИЦИРОВАННЫЙ СОСУДИСТЫЙ ПРОТЕЗ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ПОДЛЕЖИТ *А удалению Б лигированию В противовоспалительной терапии Г антибактериальной терапии 32. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАЛИЗНОГО ПЕРИТОНИТА, ВЫЗВАННОГО ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ, СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ (В ДНЯХ) *А 14 Б 5-7 В 10 Г 3 33. ПОД ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИАЛИЗНОЙ МЕМБРАНОЙ ПОНИМАЮТ *А комплекс: слой мезотелия, базальная мембрана, субмезотелиальная интерстициальная ткань, эндотелий перитонеальных капилляров Б эндотелий и базальную мембрану перитонеальных капилляров В базальную мембрану и субмезотелиальную интерстициальную ткань Г слой мезотелия и базальную мембрану 34. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРЕДИКТОРОМ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ *А истощение Б артериальная гипертензия В гиперхолестеринемия Г ожирение 35. ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА URR ПРИ АДЕКВАТНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ≥ *А 65 Б 60

		В 70 Г 75 36. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ *А панкреонекрозе Б отсутствии сосудистого доступа у пациента с острым инфарктом миокарда В скорости клубочковой фильтрации 11 мл/мин у пациента с сахарным диабетом I типа Г отсутствии возможности сформировать у пациента сосудистый доступ
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

		11. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ *А врачебной комиссии медицинской организации Б главного врача медицинской организации В главного внештатного специалиста Минздрава России Г эксперта бюро медико-социальной экспертизы 12. ПРИ ОЧЕВИДНОМ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕ ПОЗДНЕЕ___МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ *А 12 Б 11 В 10 Г 9 13. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ *А бюро медико-социальной экспертизы Б врачебной комиссии медицинской организации Б Федеральное медико-биологическое агенство В территориальный фонд ОМС Г министерство здравоохранения 14. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОЗДАЕТСЯ И РАБОТАЕТ НА ОСНОВАНИИ *А приказа руководителя медицинской организации Б наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности В распоряжения органа исполнительной власти субьекта Федерации Г постановления органов местного самоуправления 15. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ *А определение сроков и степени нетрудоспособности пациента Б оценка состояния здоровья пациента В перевод на облегченные условия труда Г установление возможности осуществелия трудовой деятельности (трудовой прогноз) 16. ПРИЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИНВАЛИДОМ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ *А медико-социальной Б трудоспособности В военно-врачебной Г судебно-медицинской

		17. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ *А лечащего врача Б главного врача медицинской организации В главного внештатного специалиста Минздрава России Г эксперта бюро медико-социальной экспертизы 18. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕ ПОЗДНЕЕ___МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ *А 4 Б 5 В 6 Г 7 19. ПРИ ОЧЕВИДНОМ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕ ПОЗДНЕЕ___МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ *А 10 Б 7 В 8 Г 9 20. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ *А непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы Б регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы В закрытия листка нетрудоспособности Г открытия листка нетрудоспособности 21. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ, ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИИ ЛИЦЕНЗИИ НА *А проведение экспертизы временной нетрудоспособности Б оборот наркотических средств В образовательную деятельность Г медицинскую деятельность 22. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА

		ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА *А ежегодного оплачиваемого Б без сохранения заработной платы В по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет Г по беременности и родам
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 11.ВОПРОСАМИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНИМАЮТСЯ *А лечебно-профилактические учреждения Б учреждения образования В органы управления здравоохранением

		Г санэпидемслужба 12.СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В *А предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации Б разделении населения на группы в зависимости от возраста В своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции Г формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
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 11.ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ *А образ жизни Б здравоохранение В наследственность Г внешняя среда

		12.ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ *А формирование здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий Б своевременное выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции В предупреждение прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации Г разделение населения на группы в зависимости от возраста
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) 11.ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ *А риск наступления страхового случая Б здоровье В пациент Г болезнь 12.МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ *А количеством коек Б численностью обслуживаемого населения В объемом оказываемых медицинских услуг Г количеством работающих врачей 13.СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ *А Министерством здравоохранения РФ Б Правительством РФ В руководством медицинской организации Г Российской академией наук 14.ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ *А конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний Б конкретного заболевания и среднегодовой численности населения В всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы Г заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр 15.ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ *А базовую программу ОМС Б протоколы ведения пациентов В стандарт медицинской помощи Г порядок оказания медицинской помощи

		16.ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ *А страховой медицинский полис Б справка о том, что он застрахован В расписка страховой компании о возмещении расходов на лечение Г договор обязательного медицинского страхования 17.ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ *А специализированной помощи Б скорой помощи В паллиативной помощи Г первичной медико-санитарной помощи 18.ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО *А степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах Б улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий В степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи Г строгое соблюдение стандартов медицинской помощи 19.ОТНОШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, К СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ВЫРАЖЕННОЕ В ПРОМИЛЛЕ, НАЗЫВАЕТСЯ *А общая заболеваемость Б первичная заболеваемость В патологическая поражённость Г исчерпанная заболеваемость 20.К КАТЕГОРИИ ОТДЕЛЬНЫХ «СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ», ПОДЛЕЖАЩИХ СПЕЦИАЛЬНОМУ УЧЕТУ, ОТНОСИТСЯ *А наркомания Б гипотиреоз В описторхоз Г муковисцидоз 21.КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИМЕЕТ ТРИ УРОВНЯ *А государственный, ведомственный и внутренний Б индивидуальный, групповой, видовой В первичный, вторичный, третичный Г оперативный, тактический, стратегический
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. Чек-листы оценки практических навыков к Государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.43 Нефрология

Название практического навыка
Измерение артериального давления

С	31.05.43 Нефрология
К	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)
Ф	А/01.8 Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза
ТД	Проводить осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек (их законных

	представителей) Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек.		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Поздоровался с пациентом. Представился пациенту.	1 балл	-1 балл
2.	Спросил имя, отчество, фамилию, возраст. Обратился к пациенту по имени и отчеству	1 балл	-1 балл
3.	Предложил (помочь) пациенту занять удобное положение (сидя или лежа на кушетке на спине) нижние конечности не скрещены, руки разогнуты	1 балл	-1 балл
4.	Обнажил руку пациента выше локтевого сгиба	1 балл	-1 балл
5.	Расположил руку пациента на уровне сердца ладонью вверх	1 балл	-1 балл
6.	Обработал руки кожным антисептиком.	1 балл	-1 балл
7.	Наложил манжету прибора для измерения АД на плечо пациента.	1 балл	-1 балл
8.	Проверил, что между манжетой и плечом пациента помещается 2 пальца.	1 балл	-1 балл
9.	Убедился, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки.	1 балл	-1 балл
10.	Поставил два пальца левой руки на предплечье в области лучезапястного сустава в месте определения пульса, другой рукой закрыл вентиль груши прибора для измерения артериального давления (тонометра).	1 балл	-1 балл
11.	Произвел нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления (тонометра) до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава. Зафиксировал показания прибора для измерения артериального давления (тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава.	1 балл	-1 балл
12.	Спустил воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления (тонометра)	1 балл	-1 балл
13.	Поместил мембрану стетофонендоскопа у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела	1 балл	-1 балл
14.	Повторно накачал манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм. рт.ст.	1 балл	-1 балл
15.	Спустил воздух из манжеты медленно, сохраняя положение стетофонендоскопа, фиксируя по шкале	1 балл	-1 балл

	прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) появление первого тона – это значение систолического давления и прекращение громкого последнего тона – это значение диастолического давления. Для контроля полного исчезновения тонов продолжает выслушивание до снижения давления в манжете до 15-20 мм.рт. ст.		
16.	Выпустил воздух из манжеты	1 балл	-1 балл
17.	Снял манжету прибора для измерения артериального давления (механического тонометра) с руки пациента	1 балл	-1 балл
18.	Сообщил пациенту результат измерения артериального давления	1 балл	-1 балл
19.	Уточнил у пациента его самочувствие	1 балл	-1 балл
20.	Обработал мембрану и оливы стетофонендоскопа антисептическим (дезинфицирующим) средством	1 балл	-1 балл
21.	Обработал руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	1 балл	-1 балл
	Итого	21 балл	

Общая оценка: зачтено (14 и более баллов) / не зачтено (менее 14 баллов)

Название практического навыка
Комплексная оценка доступа для заместительной почечной терапии

С	31.05.43 Нефрология		
К	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6)		
Ф	А/01.8 Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза		
ТД	Проводить осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек.		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Поздоровался с пациентом. Представился пациенту	1 балл	-1 балл
2.	Спросил имя, отчество, фамилию, возраст. Обратился к пациенту по имени и отчеству	1 балл	- 1 балл
3.	Предложил (помочь) пациенту занять удобное положение (сидя или лежа)	1 балл	- 1 балл
4.	Попросил пациента обнажить место нахождения сосудистого доступа (АВ-	1 балл	- 1 балл

	фистулы)		
5.	Обработал руки кожным антисептиком.	1 балл	- 1 балл
6.	Назвал методы оценки сосудистого доступа (АВ-фистулы): осмотр, пальпация, аускультация.	1 балла	- 1 балл
7.	Обработал руки кожным антисептиком.	1 балл	- 1 балл
8.	Провел осмотр АВ-фистулы: кожные покровы на наличие отека, покраснения, опухоли, синяка, сыпи, повреждения кожи, геморрагическое, серозное или гнойное отделяемое, аневризмы/псевдо-аневризмы.	1 балл	- 1 балл
9.	Провел пальпацию: характер пульсации, изменение температуры, болезненность, напряжение, наполнение АВ-фистулы.	1 балл	- 1 балл
10.	Провел аускультацию АВ- фистулы: сила и непрерывность шума.	1 балл	- 1 балл
11.	Сделал заключение о полученных результатах	1 балл	- 1 балл
12	Обработал мембрану и оливы стетофонендоскопа антисептическим (дезинфицирующим) средством	1 балл	- 1 балл
13	Обработал руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	1 балл	- 1 балл
	Итого	13 баллов	

Общая оценка: зачтено (9 и более баллов) / не зачтено (менее 9 баллов)

Название практического навыка
Проведение обследования пациента с нефрологической патологией

С	31.05.43 Нефрология		
Ф	А/01.8 Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза		
ТД	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек (их законных представителей) Проводить осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек (их законных представителей) Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи Оценивать анатомо-функциональное состояние почек и мочевыводящих путей в норме, при заболеваниях и (или) нарушениях функции почек Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций почек. Применять алгоритм постановки предварительного диагноза, клинического диагноза и заключительного диагноза		
	Действие	Проведено	Не

			проведено
1.	Поздоровался с пациентом. Представился пациенту.	1 балл	-1 балл
2.	Спросил имя, отчество, фамилию, возраст. Обратился к пациенту по имени и отчеству	1 балл	-1 балл
3.	Выяснил жалобы пациента	1 балл	-1 балл
4.	Собрал анамнез заболевания	1 балл	-1 балл
5.	Собрал анамнез жизни	1 балл	-1 балл
6.	Определил основные симптомы и синдромы больного, выделил ведущий синдром (письменно)	1 балл	-1 балл
7.	Интерпретировал данные лабораторного и инструментального обследования (устно)	1 балл	-1 балл
8.	Определил круг заболеваний для дифференциального диагноза (письменно)	1 балл	-1 балл
9.	Сформулировал предварительный диагноз (письменно)	1 балл	-1 балл
10.	Обосновал предварительный диагноз (устно)	1 балл	-1 балл
	Итого	10 баллов	

Общая оценка: зачтено (7 и более баллов) / не зачтено (менее 7 баллов)

3.3. Перечень контрольных вопросов для подготовки к итоговому собеседованию Государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.43 Нефрология.

1. Доминантный и рецессивный тип наследования патологии. Поликистоз почек аутосомнорецессивный и аутосомно-доминантный. Клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые признаки поликистоза.
2. Простые кисты. Дифференциальная диагностика поликистоза и простых кист почек.
3. Понятие о тубулопатиях. Рахитоподобные тубулопатии. Витамин Д –зависимый и резистентный рахит, фосфат-диабет.
4. 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.
5. Понятие о гломерулярных заболеваниях почек. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.
6. Иммунные механизмы развития различных морфологических форм гломерулонефритов.
7. Понятие о врожденном нефротическом синдроме. Классификация врожденного нефротического синдрома. Тактика ведения.
8. Понятие о наследственном нефрите. Классификация наследственного нефрита. Понятие о коллагенопатиях. Генетическая диагностика наследственного нефрита. Морфологическая диагностика. Диф. Диагностика с-ма Альпорта и ТБМ.
9. Понятие о пролиферативных и не пролиферативных гломерулонефритах, Иммунные и неиммунные механизмы их развития.
10. Болезнь минимальных изменений. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.

11. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.
12. Мембранозная нефропатия. Патогенез, иммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения. Прогноз.
13. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит, его клинические формы и иммуногистохимические формы. IgA-нефропатия. Гистологическая классификация. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.
14. IgM-нефропатия. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.
15. Мембрано-пролиферативный гломерулонефрит. Морфологическая классификация. Понятие о С3-гломерулопатиях. Патогенетические особенности.
16. Болезнь плотных депозитов как вариант С3-гломерулопатии. Иммунные и неиммунные механизмы, лежащие в основе патогенеза болезни плотных депозитов. Тактика ведения. Прогноз.
17. 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.
18. Лекарственные и экстракорпоральные методы лечения быстро прогрессирующих гломерулонефритов. Показания для диализной терапии при злокачественных гломерулонефритах.
19. Острый постинфекционный гломерулонефрит, этиология, патогенез, диагностика и лечение. Определение клинико-морфологических особенностей острого постинфекционного ГН.
20. Современных сведений 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.
21. Поражение почек при васкулитах крупных и средних артерий: артериит Такаясу, б-нь Кавасаки, узелковый полиартериит. Определение клинико-морфологических и лабораторных и инструментальных признаков васкулитов. Симптоматическое и патогенетического лечения системных васкулитов при развитии нефропатии.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Диабетическая нефропатия. Эпидемиология. Основные механизмы морфологических и структурных изменений в почках при гипергликемии. Роль генетических,

метаболических, гемодинамических факторов. Классификация диабетической нефропатии по C.Mogensen.

26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. β2-микроглобулиновый амилоидоз. Природа β2-микроглобулина и особенности его метаболизма при хронической болезни почек. Депозиция β2-микроглобулина в тканях организма и клинико-лабораторная симптоматика. Синдром карпального канала, его клиника, диагностика и лечение. Возможности диализной терапии при β2-микроглобулиновой интоксикации. Оценка эффективности режимов гемодиализа, симптоматической терапии и хирургической тактики. Метод локального введения кортикостероидов в синовиальное влагалище лучезапястного сустава.
32. 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.
33. Поражение почек при геморрагической лихорадке. Этиология. Патогенез. Морфологические особенности поражения почек. Особенности клинической картины геморрагической лихорадки. Лечение. Исход.
34. Поражение почек при малярии, лептоспирозе, шистосомозе, лептоспирозе. Этиопатогенез этих заболеваний. Клинические особенности заболеваний. Этиотерапия.

35. Интерстициальный нефрит. Эпидемиологические данные, методы ранней диагностики, особенности оценки парциальных тубулярных дисфункций. Этиология. Классификация необструктивных тубулоинтерстициальных заболеваний почек. Роль морфологических исследований.
36. Острый и хронический первичный пиелонефрит как тубулоинтерстициальное бактериальное воспаление. Этиология, патогенез, диагностика, комплексное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.
37. Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Понятие об острой аллергической реакции в почках. Роль лекарственных препаратов. Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
38. Особенности острой почечной недостаточности при остром интерстициальном нефрите. Показания к диализной терапии.
39. 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.
40. Профилактика, лечение и диспансеризация лиц с хроническим интерстициальным нефритом.
41. Особенности острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности при тубулоинтерстициальном нефрите. Показания и противопоказания к почечно-заместительной терапии и трансплантации почек при интерстициальных заболеваниях.
42. Определение понятие о бактериальном воспалении почечной ткани. Частота, этиология и патогенез необструктивного пиелонефрита. Пути проникновения инфекции в органы мочевыводящей системы.
43. Методы диагностики и дифференциальной диагностики бактериального и неспецифического интерстициального нефрита.
44. Лекарственные средства для патогенетической терапии пиелонефрита при различном функциональном состоянии почек.
45. Современные сведения о тубулоинтерстициальных заболеваниях почек и их роли в развитии почечной недостаточности. Особенности острого и хронического бактериального воспалении почек как формы тубулоинтерстициального поражения, особенно с развитием острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности.
46. 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.
47. Клиническая, лабораторная, ультразвуковая, рентгенологическая и радиоизотопная диагностика пузырно-мочеточникового и пузырно-почечного рефлюкса, стриктур мочеточников, мочеиспускательного канала.
48. Рефлюксная нефропатия. Значение замыкательного аппарата соустий мочеточников в развитии нефропатии. Классификация рефлюксной нефропатии. Механизмы нефросклероза при повышении гидростатического давления в полостной системе почек.
49. Болезнь Ормонда и гидронефротическая трансформация. Врожденный и приобретенный уретерогидронефроз. Нейромышечная дисплазия (ахалазия) мочеточника, забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда).
50. 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.

51. Изменения почек при нормальной беременности: физиология уродинамики и почечной гемодинамики при нормальной беременности. Гормональные и физические факторы нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей.
52. Осложнения у беременных, связанные с ухудшением уродинамики. Методы диагностики, профилактики и лечения гидронефротической трансформации и других осложнений при беременности.
53. Беременность при болезнях почек: влияние гломерулярных и тубуло-интерстициальных заболеваний почек на течение беременности. Причины осложненного течения беременности при гломерулонефрите, диабетической и гипертонической нефропатии.
54. 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.
55. Перечень лекарственных препаратов, противопоказанных при беременности. Методы профилактики и лечения нефропатии беременных. Диспансеризация женщин, перенесших гестоз. Перспективы выздоровления после перенесенной нефропатии беременных.
56. 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.
57. Роль нервной и гормональных систем в регуляции артериального давления. Почки, натрий и вода в подъеме артериального давления. Натрийурез и его роль в подъеме артериального давления.
58. 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.
59. Группы лекарственных препаратов для лечения эссенциальной артериальной гипертензии и их фармакодинамика. Немедикаментозная регуляция повышенного артериального давления. Фармакокинетика антигипертензивных лекарственных средств.
60. 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.
61. Гормональные механизмы поддержания артериального давления. Заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и половых желез, сопровождающиеся подъемом артериального давления.
62. Методы лабораторной и клинической диагностики эндокринных причин артериальной гипертензии. Медикаментозное и хирургическое лечение эндокринных болезней с синдромом артериальной гипертензии.
63. Вазоренальная артериальная гипертензия. Заболевания сосудов, приводящих к нарушению почечного кровотока. Классификация системных васкулитов и атеросклеротического поражения почечных сосудов.

64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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
68. 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.
69. 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 ЗПТ. Лабораторные показатели. Функциональное состояние почек. Специальные методы обследования. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение и профилактика.
70. Поражение почек при инфекционном эндокардите. Профилактика поражения почек при подостром септическом эндокардите. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Показания к хирургическому лечению. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
71. 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. Клиниколабораторные изменения. Гипертензия. Изменения в анализах мочи. Функциональное состояние почек. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.
72. Атипичный ГУС. Патогенетические механизмы развития. Роль генетических факторов в патогенезе аГУС. Аутоиммунные механизмы как причина развития аГУС. Современные методы лечения. Таргентная терапия.
73. Тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП). Патогенез, классификация. Клинико-лабораторные изменения. Особенности поражение почек при ТТП. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.

74. 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.
75. Поражение почек при хронической сердечной недостаточности. Патогенез. Морфология Клиника и течение. Лечение, профилактика.
76. 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.
77. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит, формирование «полулуний» в боуменовой 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.
78. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Пульс-терапия кортикостероидами и цитостатиками. Показания к плазмаферезу и острому гемодиализу. Период реконвалесценции и диспансеризация лиц, перенесших острую почечную недостаточность. Коррекция водноэлектролитных и метаболических сдвигов при острой почечной недостаточности. Диспансеризация больных, перенесших токсическую острую почечную недостаточность.
79. 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.
80. 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 диализной терапии. Диспансеризация лиц после острого тубулоинтерстициального нефрита.
81. 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.
82. 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.
83. Факторы, предрасполагающие к развитию острой почечной недостаточности при хирургических вмешательствах, применении рентгеноконтрастных веществ и нефротоксичных лекарственных препаратах. Методы профилактики развития острой почечной недостаточности при наличии факторов риска. Контроль за функциональным состоянием почек при действии факторов риска.

84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Преимущества и недостатки прерывистых и непрерывных методов очищения крови, допустимые режимы. Принцип опережающего диализа при острых отравлениях. Использование антикоагулянтов и антиагрегантов при диализной терапии, сосудистые и брюшные доступы для гемои перитонеального диализа. Лечение осложнений во время диализной терапии.
88. 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.
89. 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».
90. Новые направления воздействия на патогенетические механизмы прогрессирования заболеваний почек. Понятие о нефропротекторных лекарственных средствах.
91. Классификация ХПН. Доклинические стадии ХПН, оценка лабораторных признаков нарушения парциальных функций. Расчет скорости клубочковой фильтрации по различным формулам. Определение концентрационной способности почек.
92. 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.
93. Изучение лекарственных форм эритропоэтина (Epo) и особенностей их фармакологического действия. Показания для начала терапии Epo, дозы и достижение целевого уровня. Препараты железа, предпочтительнее для коррекции нефрогенной анемии. Контроль достаточности дозы Epo при длительном лечении.
94. 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.

95. Участие паращитовидных желез в тяжелом проявлении нарушений обмена кальция и фосфора. Клинические проявления вторичного гиперпаратиреоза при болезнях почек. Профилактика, консервативное и хирургическое лечение гиперпаратиреоидизма. 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.
96. Поздние проявления ХПН: изменения сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, дыхания, костной системы.
97. Особенности лечения основного заболевания при снижении азотовыделительной функции почек. Основные принципы консервативного лечения ХБП. Ренопротекторные средства. Особенности диетического питания в зависимости от стадии ХБП. Ингибиция эндогенного протеолиза. Гипотензивная и липолитическая терапия. Противоазотемические препараты. Средства, стимулирующие функции викарных органов выделения. Показания и границы применения инфузионной детоксикационной терапии.
98. 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.
99. 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.
100. Ренопротекция при артериальной гипертензии. Механизмы развития первичного нефроангиосклероза при стойкой артериальной гипертензии. Современные ангтигипертензивные 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.

Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)
Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:
Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;
Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;
Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;
Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.
Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.
Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.
Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «*отлично*» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «*хорошо*» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей 96 в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «*удовлетворительно*» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «*неудовлетворительно*» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.