

ВСЕРОССИЙСКАЯ ОЛИМПИАДА  
«НЕФРОЛОГИЯ»

*Выберите один правильный ответ*

**1. При развитии эклампсии при остром гломерулонефрите ее исход как правило**

- 1) неблагоприятный;
- 2) благоприятный;
- 3) зависит от уровня протеинурии;
- 4) зависит от наличия сердечной недостаточности;
- 5) зависит от состояния белковых фракций крови.

**2. Уровень альбумина сыворотки крови при остром гломерулонефрите как правило**

- 1) понижен;
- 2) нормальный;
- 3) вначале понижен, затем высокий;
- 4) вначале повышен, затем снижен;
- 5) повышен.

**3. Мочевая кислота сыворотки крови составляет в норме**

- 1) 0,5-0,8 ммоль/л;
- 2) 0,15-0,48 ммоль/л;
- 3) 2,2-2,8 ммоль/л;
- 4) 1-2 ммоль/л;
- 5) 2,8-3,2 ммоль/л.

**4. О состоянии клубочковой фильтрации можно косвенно судить по величине в плазме**

- 1) мочевины;
- 2) остаточного азота;
- 3) азота мочевины;
- 4) креатинина.

**5. При исследовании мочи по нечипоренко количество лейкоцитов в норме составляет до**

- 1) 2000 в 1 мл;
- 2) 4000 в 1 мл;
- 3) 1000 в 1 мл;
- 4) 10 000 в 1 мл;
- 5) 8000 в 1 мл.

**6. При липоидном нефрозе протеинурия как правило**

- 1) неселективная;
- 2) смешанная;
- 3) высокоселективная.

**7. При исследовании мочи по Нечипоренко количество эритроцитов в норме составляет до**

- 1) 3000 в 1 мл;
- 2) 2000 в 1 мл;
- 3) 4000 в 1 мл;
- 4) 5000 в 1 мл;
- 5) 1000 в 1 мл.

**8. Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче**

- 1) свидетельствует о хроническом пиелонефрите;
- 2) выявляется при хроническом гломерулонефрите;
- 3) характерно для амилоидоза почек;
- 4) свидетельствует о патологии почек без дифференциации заболевания;
- 5) патологического значения не имеет.

**9. У больного с выявленной гиперазотемией исследование мочи по Зимницкому**

- 1) показано;
- 2) показано в зависимости от основного заболевания;
- 3) показано в зависимости от стадии недостаточности;
- 4) не показано;
- 5) показано в зависимости от уровня артериального давления.

**10. В раннюю олигурическую стадию ренальной острой почечной недостаточности больному показано введение**

- 1) фуросемида;
- 2) солевых растворов;
- 3) плазмы.

**11. Содержание сахара в моче, равное 1%, увеличивает удельный вес мочи на**

- 1) 4 ед;
- 2) 2 ед;
- 3) 1 ед
- 4) 5 ед;
- 5) 3 ед.

**12. При наличии у больного протеинурии 30 г/л удельного веса мочи 1020, истинный удельный вес мочи равен**

- 1) 1005
- 2) 1010
- 3) 1003
- 4) 1013
- 5) 1015

**13. Максимальный удельный вес мочи в условиях 18 часовой дегидратации должен быть не менее**

- 1) 1025
- 2) 1010
- 3) 1020
- 4) 1030
- 5) 1018

**14. Протеинурия 3 г/л увеличивает удельный вес мочи**

- 1) на 2 ед;
- 2) на 5 ед;
- 3) на 4 ед;
- 4) на 3 ед;
- 5) на 1 ед.

**15. Противопоказанием к пункционной биопсии почки является**

- 1) нарушение свертывающей системы;
- 2) туберкулез почки;
- 3) хроническая почечная недостаточность;
- 4) опухоль почки.

**16. При шоке причиной острой почечной недостаточности является**

- 1) падение артериального давления;
- 2) вегетативные нарушения;
- 3) влияние токсических веществ из поврежденных тканей;
- 4) сопутствующая инфекция;
- 5) образование комплексов антигенантитело.

**17. Критериями нефротического синдрома являются**

- 1) отеки, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия;
- 2) отеки, гематурия, артериальная гипертония;
- 3) протеинурия 1 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия;
- 4) протеинурия  $\geq 3.0$  г/сутки, гипоальбуминемия  $\leq 30$  г/л;
- 5) гипопропротеинемия, отеки, артериальная гипертония.

**18. Почки человека расположены следующим образом**

- 1) внутрибрюшинно;
- 2) верхние полюса внутрибрюшинно, нижние забрюшинно;
- 3) спереди от париетального листка брюшины;
- 4) нижние полюса внутрибрюшинно, верхние забрюшинно;
- 5) забрюшинно.

**19. Набухание шейных вен у больного с отеками и протеинурией наиболее характерно для**

- 1) заболевания щитовидной железы;
- 2) патологии сердечнососудистой системы;
- 3) заболевания почек;
- 4) пневмонии нетяжелого течения.

**20. Для получения адекватных результатов при исследовании мочи желательным условием является**

- 1) минимальное время хранения мочи;
- 2) максимальная плотность мочи;
- 3) максимально низкий pH мочи;
- 4) хранение мочи в холодильнике.

**21. При концентрации белка в суточной моче – 1,3 г/л, диурезе – 800 мл. Суточная протеинурия составляет**

- 1) 1040 мг;
- 2) 420 мг;
- 3) 1640 мг;
- 4) 920 мг;
- 5) 1600 мг.

**22. Ренальная острая почечная недостаточность развивается при**

- 1) травматическом шоке;
- 2) поражении сосудов почек;
- 3) действии нефротоксических веществ;
- 4) обструкции мочевых путей.

**23. Если у больного выражена лейкоцитурия, ему показано**

- 1) исследование по амбурже;
- 2) посев мочи;
- 3) исследование мочи по Аддису-Каковскому;
- 4) исследование мочи по Нечипоренко.

**24. Общий белок сыворотки крови составляет в норме**

- 1) 65-85 г/л;
- 2) 90-100 г/л;
- 3) 40-50 г/л;
- 4) 50-60 г/л;
- 5) 60-70 г/л.

**25. В пожилом возрасте происходит**

- 1) понижение клубочковой фильтрации только у мужчин;
- 2) сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне;
- 3) понижение клубочковой фильтрации;
- 4) повышение клубочковой фильтрации.

**26. У больного с выраженной макрогематурии наиболее целесообразно в первую очередь проведение**

- 1) ультразвукового исследования почек;
- 2) цистоскопии;
- 3) внутривенной урографии.

**27. Среди изотопных методов исследования почек наибольшей информативностью обладает**

- 1) радиоизотопная ренография;
- 2) ценность методов равнозначна;
- 3) динамическая сцинтиграфия;
- 4) статическая сцинтиграфия.

**28. Для лечения подагрической нефропатии используют**

- 1) курантил;
- 2) тиазидные мочегонные;
- 3) аллопуринол;
- 4) бенамид.

**29. Хронический пиелонефрит чаще вызывается**

- 1) протеем;
- 2) микоплазмой;
- 3) кишечной палочкой;
- 4) синегнойной палочкой;
- 5) L-формами бактерий.

**30. При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается**

- 1) гиперстенурия;
- 2) гипостенурия при низкой протеинурии;

- 3) изостенурия;
- 4) гипостенурия при высокой протеинурии;
- 5) гипостенурия.

**31. При хронической болезни почек III стадии ранним побочным действием верошпирона и триампура является**

- 1) гинекомастия;
- 2) резкое падение артериального давления;
- 3) развитие гиперкалиемии.

**32. Патогенетическая терапия при остром гломерулонефрите**

- 1) показана;
- 2) показана в зависимости от выраженности протеинурии;
- 3) не показана;
- 4) показана при повышении креатинина плазмы;
- 5) показана в зависимости от дебюта заболевания.

**33. В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанная форма» соответствует сочетание**

- 1) гематурии и отеков;
- 2) гипертонии и нефротического синдрома;
- 3) гематурии и артериальной гипертонии;
- 4) нефротического синдрома и гематурии.

**34. Больного острым пиелонефритом следует госпитализировать**

- 1) в урологическое отделение;
- 2) только при наличии уросепсиса;
- 3) в терапевтическое отделение;
- 4) в стационар любого профиля;
- 5) в нефрологическое отделение.

**35. Из перечисленных препаратов наиболее нефротоксичными являются**

- 1) тетрациклины;
- 2) аминогликозиды;
- 3) цефалоспорины;
- 4) полусинтетические пенициллины;
- 5) нитрофураны.

**36. Абсолютным показанием к проведению гемодиализа при остром интерстициальном нефрите является**

- 1) олигурия в течение 1 недели;
- 2) анурия в течение 1 суток;
- 3) повышение креатинина плазмы до 700 мкмоль/л;
- 4) повышение калия плазмы до 7 мэкв/л.

**37. Основой лечения больных с подагрической нефропатией является**

- 1) снижение уровня мочевой кислоты;
- 2) профилактика инфекции;
- 3) коррекция гипертонии.

**38. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря целесообразно проводить**

- 1) после завтрака;
- 2) после очистительной клизмы;
- 3) натощак;
- 4) при наполненном мочевом пузыре;
- 5) на фоне пустого мочевого пузыря.

**39. Аллопуринол при подагре назначается в дозе**

- 1) 0.3-0.5 г/сутки на 1-1.5 года;
- 2) 1 г/сутки на 5-6 месяцев;
- 3) 0.3-0.5 г/сутки на 1-2 месяца;
- 4) 0.1 г/сутки на 1 год.

**40. Причиной прerenальной острой почечной недостаточности является**

- 1) обструкция канальцев кристаллами;
- 2) острая урогенная инфекция;
- 3) влияние нефротоксических веществ;

4) внезапное падение почечного кровотока.

**41. Пострэнальная острая почечная недостаточность развивается при**

- 1) действии нефротоксических веществ;
- 2) обструкции мочевых путей;
- 3) поражении сосудов почек;
- 4) травматическом шоке.

**42. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает**

- 1) дегидратация;
- 2) гипокалиемия;
- 3) отек легких.

**43. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленной коррекции, является**

- 1) повышение концентрации мочевины крови;
- 2) повышение содержания креатинина в крови;
- 3) гиперурикемия;
- 4) гиперкалиемия;
- 5) гиперфосфатемия.

**44. Хроническая болезнь почек определяется как повреждение почек в течение**

- 1) 1 месяца;
- 2) менее 3 месяцев;
- 3) более 1 года;
- 4) более 3 месяцев.

**45. Стадия хронической болезни почек определяется по величине**

- 1) длительности заболевания;
- 2) артериальной гипертензии;
- 3) скорости клубочковой фильтрации (СКФ);
- 4) протеинурии.

**46. Заместительная почечная терапия проводится на следующих стадиях хронической болезни почек**

- 1) 4 стадия;
- 2) 3б стадия;
- 3) 5 стадия;
- 4) 3а стадия.

**47. Беременной с острым пиелонефритом наиболее целесообразно назначение**

- 1) фторхинолонов;
- 2) нитрофурановых препаратов;
- 3) аминогликозидов;
- 4) препаратов тетрациклинового ряда;
- 5) полусинтетических пенициллинов.

**48. Развитие острого постинфекционного гломерулонефрита наиболее характерно**

- 1) во время заболевания;
- 2) через 5-7 дней после начала заболевания;
- 3) через 10-14 дней после начала заболевания;
- 4) через 1-1.5 мес. после начала заболевания.

**49. При остром гломерулонефрите артериальная гипертензия и отеки наблюдаются**

- 1) всегда;
- 2) как правило;
- 3) редко;
- 4) никогда;
- 5) только в сочетании с низкой плотностью мочи.

**50. В пользу острого гломерулонефрита свидетельствуют**

- 1) отеки, нормальное артериальное давление, низкая плотность мочи;
- 2) отеки, эритроцитурия, повышение артериального давления, высокая плотность мочи;
- 3) поллакиурия, дизурия, лейкоцитурия, гипертермия;
- 4) артериальная гипертензия, односторонние изменения на урограммах;
- 5) отеки, массивная протеинурия, отсутствие гематурии, гиперлипидемия.

**51. Альбумин сыворотки крови составляет в норме**

- 1) 10-20 г/л;
- 2) 20-35 г/л;
- 3) 35-50 г/л;
- 4) 50-60 г/л;
- 5) 60-70 г/л;

**52. Поваренную соль в пище при остром гломерулонефрите целесообразно**

- 1) ограничивать до 5 г/сутки;
- 2) употреблять до 3 г/сутки;
- 3) полностью исключить;
- 4) рассчитывать в зависимости от креатинина плазмы;
- 5) рассчитывать в зависимости от выраженности протеинурии.

**53. Продолжительность действия фуросемида при внутривенном введении составляет**

- 1) не более 30 мин;
- 2) 1.5 - 2 ч;
- 3) 3-4 ч;
- 4) 5-6 ч;
- 5) 7-8 ч.

**54. Развитию отеков при нефротическом синдроме способствует**

- 1) повышение гидростатического давления;
- 2) понижение онкотического давления в сосудах;
- 3) повышение проницаемости сосудистой стенки.

**55. Ренин образуется**

- 1) в клетках мезангиума;
- 2) в гранулярных клетках юкстагломерулярного аппарата;
- 3) в клетках плотного пятна;
- 4) в клетках собирательного канальца;
- 5) по ходу всего нефрона.

**56. Прогноз при вторичном амилоидозе в основном определяет поражение**

- 1) почек;
- 2) надпочечников;
- 3) сердечнососудистой системы;
- 4) периферической нервной системы.

**57. В пожилом и старческом возрасте течение хронической почечной недостаточности**

- 1) замедленно;
- 2) ускорено;
- 3) не отличается от такового в других возрастных группах.

**58. Азотемия при хбп развивается с уменьшением количества функционирующих нефронов до**

- 1) 70%
- 2) 50%
- 3) 30%
- 4) 10%

**59. Возможная продолжительность олигурии при острой почечной недостаточности составляет**

- 1) 1-2 недели;
- 2) несколько часов;
- 3) от нескольких часов до нескольких недель;

**60. Для диагностики амилоидоза наиболее информативна биопсия**

- 1) слизистой десны;
- 2) подкожного жира;
- 3) слизистой прямой кишки;
- 4) почки.