

---

---

---

---

---

---

---

---

- 34 ל., מ עם острым началом болей в правом фланге иррадиирующих в пах. Он не фебрилен, но чувствует дискомфорт. Он корчится от боли. Физобследование без особенностей. Анализ мочи от 25 до 35 эритроцитов в поле зрения. Что из следующего является диагностикой выбора:
- А. Безконтрастная спиральная СТ.
- В. Контрастная СТ.
- С. В/в пиелография.
- Д. Прямая радиограмма живота и таза. (Обзорный снимок)
- Е. УЗИ

---

---

---

---

---

---

---

---

- 35 л. Мужчина представлен в приемном покое с историей гипертензии и лихорадкой, болями левосторонними, дизурия и гематурия. Он имеет эпизод кальций оксалатного нефролитиаза в прошлом. Семейная история: у матери СД, гипертензия и конечная стадия почечного заболевания. В остальном обследование нормальное. Культура мочи позитивна на грамм негативные бактерии. На УЗИ почек: увеличение почек и более 5 почечных кист билатеральных без гидронефроза и образования камней. Какой наиболее подходящий диагноз:
- А. Туберозный склероз
- В. Болезнь Вон Хиппля-Линдау
- С. Аутосомно-рецессивный поликистоз почек
- Д. Аутосомно-доминантный поликистоз почек 1
- Е. Аутосомно -доминантный поликистоз почек 2

---

---

---

---

---

---

---

---

Рекомендуемая терапия:

- А. Ципрофлоксацин
- В. Ампициллин
- С. Ванкомицин
- Д. Гентамицин
- Е. Клиндамицин.

---

---

---

---

---

---

---

---

пациент с поликистозом почек делает исследование в интернете. Она асимптоматична и не имеет отягощённой семейной истории. Она спрашивает вас о скрининге интракраниальных аневризм. Что из следующего вы ей рекомендуете:

- А. Безконтрастное СТ головы.
- В. Ангиограмма.
- С. Церебральная ангиограмма
- Д. Магнитнорезонансная ангиография.
- Е. Нет дальнейшего обследования

---

---

---

---

---

---

---

---

• 16 л. Ж. гимнастка поступает в офис с жалобами на усталость, общую слабость, мышечный спазм. Она не имеет предыдущей медицинской истории и исключает употребление табака, алкоголя и лекарств. Она не имеет семейной истории. Осмотр показывает худую девочку с нормальным кровяным давлением. Body mass index (BMI) индекс массы тела 18 kg/m<sup>2</sup>. Осмотр полости рта показывает слабый зубной ряд.

• Мышечный тонус нормальный и неврологический осмотр нормальный. Лаб-но: гематокрит 38,5%, креатинин 0.6 mg/dL. HCO<sub>3</sub> 30 meq/L, калий 2.7 meq/L. Дальнейшее развитие может включать что из следующего:

- А. ОАМ и мочевая культура.
- В. Ренин плазмы и уровень альдостерона.
- С. Скрининг мочи на опиаты.
- Д. Скрининг мочи на диуретики.
- Е. Уровень магнезии плазмы.

---

---

---

---

---

---

---

---

• Б., с историей С-ма Шагрена имеет следующие лаб.данные: натрий плазмы 139 meq/L, хлор 112 meq/L, HCO<sub>3</sub> 15 meq/L, калий 3.0 meq/L; в моче pH - 6.0, натрий 15 meq/L, калий 10 meq/L, хлор 12 meq/L. Наиболее вероятный Д-з:

- А. Почечно-тубулярный ацидоз тип 1
- В. Почечно-тубулярный ацидоз тип 2
- С. Почечно-тубулярный ацидоз тип 3
- Д. Почечно-тубулярный ацидоз тип 4
- Е. Хроническая диарея

---

---

---

---

---

---

---

---

• В палате интенсивной терапии М. обращается с жалобами на боль в правом фланге без иррадиации в течение мочеиспускания и интермитирующей полиурией с другими периодами снижения выделения мочи. Б., исключает наличие дизурии, гематурии и лихорадки. Он отрицает любую значительную прошлую медисторию и анализы всех других симптомов (-). Обследование оказывает нормальные жизненные ф-ции и нормальное абдоминальное обследование за исключением лёгкой болезненности в косто-вертебральном углу справа. Ректальное обследование демонстрирует безболезненности и нормальная простата, нет отёка на нижних конечностях. ОАМ не выразительный без пиурии, бактериурии, осадка. BUN и креатинин 50 mg/ dL и 2.0 mg/dL, соответственно. На УЗИ билатеральный гидронефроз. Наиболее подходящий Д-з:

- А. Острый цистит
- В. Генитоуринарный туберкулёз
- С. Нефролитиаз
- Д. Переходноклеточная карцинома мочевого пузыря
- Е. Везико-уретральный рефлюкс.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 35 л., Ж. с жалобами на билатеральный отёк нижних конечностей, полиурия и умеренную боль в левом фланге, которая началась приблизительно 2 нед., назад. Нет предыдущей медистории. Она отрицает табак, алкоголь и незаконное употребление лекарств. Обследование демонстрирует нормальные жизненные показатели и нормальное АД. Билатеральные отёки +2 на нижних конечностях. В 24 часовом анализе мочи 3,5 гр белка. ОАМ невыразительный исключая протеинурию. Креатинин плазмы 0.7 mg/dL.

• УЗИ демонстрирует размер левой почки 13 см и правой 11,5 см. Вы подозреваете тромбоз ренальных вен. Какой тест вы выберете для оценки:

- А. СТ ренальной вены
- В. Контрастная венография
- С. Магнитно-резонансная венография
- Д. DPTA (снимки с меченым технецием)
- Е. Ультразвук и доплер ренальной вены

---

---

---

---

---

---

---

---

• 62 л., Ж., с историей коронарного заболевания и предыдущим ИМ, гипертонией и СД поступает к вам в офис для обследования. Она асимптоматична, принимает терапию гидрохлортиазидом, метапрололом и лизиноприлом, её АД поднимается до 180/100. Обследование живота выявило мягкий шум в правом верхнем квадранте. Лабораторное исследование выявляет подъем электролитов, BUN 30 mg/dL, и креатинин 1.8 mg/dL. Что вы рекомендуете:

- А. Магнитно-резонансная ангиография живота с годолиниумом.
- В. Ренальная контрастная ангиография.
- С. УЗИ почек.
- Д. DPTA (снимки с меченым технецием)
- Е. Не обследовать

---

---

---

---

---

---

---

---

• 42 л., афро-американец с историей гипертонии, обращается в приёмный покой с жалобами на головную боль, затуманивание зрения. Его семья сообщает что Б., был немного сконфужен в течение 48 ч. Он принимает антигипертензивные препараты. При обследовании Б., афибрилен с давлением 220/130 и ЧСС 74/мин. Обследование глаза выявило папиллоэдему. Переверждён в отделение кардиореанимации. В течение следующих 36 часов под контролем АД он имел резкий подъем мочевины, азота мочевины и креатинина. ОАМ демонстрирует микрогематурию, протеинурию и красные и белые клетки в поле зрения. Он диагностирован со злокачественной гипертонией. Терапия удачно контролирует его АД и он выписывается с креатинином 2,0 мг/дл. Какой уровень 5-ти летней выживаемости:

- А. 10%
- В. 25%
- С. 50%
- Д. 75%
- Е. 90%

---

---

---

---

---

---

---

---

• Б., с Д-зом склеродермия, который имеет диффузные кожные вовлечения. Обращается со злокачественной гипертонией, олигурия, отёк, гемолитическая анемия и почечная недостаточность. Вы ставите д-з склеродермический почечный кризис. Рекомендуются терапия

- А. Каптоприл.
- В. Карведилол.
- С. Клонидин.
- Д. Диазепам
- Е. Нитропруссид

---

---

---

---

---

---

---

---

Под влияние какого стрессора вырабатывается АДГ гормон задней доли гипофиза:

- А. Гиперосмолярность.
- В. Гипернатриемия.
- С. Истощение объема.
- Д. А и В.
- Е. А и С.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 26 л., Ж., участвовавшая в марафоне днём ранее, обращается с симптомами гиповолемии включающие жажду и лёгкое головокружение при стоянии. Лаборисследование будет включать всё следующее, кроме:

- А. BUN/креатинин  $>20$
- В. Натрий мочи  $<20$  mmol/L.
- С. Осмолярность мочи  $<300$  mosmol/L
- Д. Плотность мочи  $> 1.015$
- Е. Подъём гематокрита вышеосновной линии.

---

---

---

---

---

---

---

---

### ОПН:

- для каждого из следующих вопросов выберете механизм восстановления уровня гломерулярной фильтрации:
- А. Острый тубулярный некроз.
- В. Сниженное разветвление афферентных артериол.
- С. Гломерулонефрит.
- Д. Гиповолемия.
- Е. Повышенное разветвление эфферентных артериол.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 55 ל., מ., с историей гипертонии и ИМ. Наблюдается в клинике по поводу высокого давления. Асимптоматичный. Текущий медицинский режим пациента включает амлодипин, гидрохлортиазид и атенолол. АД 165/83 на обеих руках. На физобследовании обнаружен абдоминальный шум. Добавлен лизиноприл. Неделю спустя в крови отмечен подъём креатинина с 1.3 mg/dL до 5.0 mg/dL.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 88 л., Ж., доставлена в больницу со снижением ментального статуса после обнаружения в её апартаментах, членами её семьи. Физобследование указывает на сухие слизистые, сниженный кожный тургор и делирий. BUN 63 mg/dL, креатинин 1.3 mg/dL.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 62 л., Ж., с гипертонией осмотрена в клинике с острым началом болей в правом большом пальце стопы. Она применяет клопидогрель и рамиприл. Врач диагностирует подагру и назначает индометацин.

• Рутинное лабораторное исследование показывает увеличение её креатинина с 0.7 mg/dL до 3.7 mg/dL.

---

---

---

---

---

---

---

---

- 35 л., Ж., направляется в отделение интенсивной терапии с пневмококковой пневмонией и гипотензией. Вопреки адекватному восполнению объёмов она демонстрирует гипотензию, назначены гипотензоры. Изначально креатинин 1.5 mg/dL, затем 5.1 mg/dL на 3-й день госпитализации. ОАМ показывает грязные, коричневые, гранулярные включения.

---

---

---

---

---

---

---

---

- 79 л., М., с дименцией доставлен в приёмное отделение с историей 8 часовой летаргии. За последние 2 дня он жалуется на нижнюю абдоминальную боль. Пациент не принимает лекарств. АД 150/90 mmHg, пульс 105/min, ЧЧД 20/min. Физобследование демонстрирует набухание шейных вен и боль в нижних отделах живота с нормальными кишечными звуками. Мочевой пузырь перкутируется в надпупочной области и увеличенная простата. Он летаргичный, но доступен ответу. Биохимия плазмы натрий 128 meq/L, калий 5.7 meq/L, BUN 100 mg/dL, creatinine 2.2 mg/dL. 2 месяца назад её лабанаализы нормальные. Поставлен катетер Фоллея и получено 1100 мочи. Что из следующего верно описывает его клиническое состояние:
- А. Его почечная функция скорее всего вернётся к норме через неделю.
- В. Он будет нуждаться в агрессивном восполнении объёма в течение следующих 24 ч.
- С. У него будет олигурия на протяжении следующих 24 ч.
- Д. Немедленное назначение диализа.
- Е. Общий анализ мочи выявит гипертоничную мочу.

---

---

---

---

---

---

---

---

- 33 л., М., доставлен для медобследования после окончания ультрамарафона. После финиширования он был дезориентирован и ощутил лёгкое головокружение. Его нормальный вес 60 kg, Об-но: температура 38.3°C (100.9°F), АД 85/60 mmHg, пульс 125/min. Шейные вены плоские и тургор кожи снижен. Натрий плазмы 175 meq/L. Как оценить дефицит воды у пациента:
- А. 0.75 L
- В. 1.5 L
- С. 7.5 L
- Д. 15 L
- Е. 22.5 L

---

---

---

---

---

---

---

---

• Что правильно об измерении уворня гломерулярной фильтрации:

- А. Мочевой клиренс сверж оценки GFR,потому что моча реабсорбируется в тубулях.
- В.Креатинин плазмы может повышаться после употребления варёного мяса.
- С. Для полных Ж.,среднего возраста,плазменный креатининовый клиренс будет 75%,от М.,уровня согласно уровнению Кокрофта гаулта.
- Д.Инулиновый клиренс это изъян измерения GFR вызывается ренальной секрецией в тубулях.
- Е.Симптоматичная уремия м.б.,определена GFR <20 mL/min.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 68 л.,М.,осматривается в клинике его онкологом,для лечения множественной миеломы.Лаб-но: креатинин5.6 mg/dL.Что из следующего возможный механизм его ренальной нед-ти:

- А.Истощение интраваскулявного объёма.
- В. Cast nephropathy
- С.Дерозиция лёгких цепей.
- Д.В и С.
- Е.А,В и С.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 25 л.,Ж.,с нефротическим С-мом из-за б-ни минимальных изменений осматривается в приёмном покое из-за набухания правой ноги.УЗИ ноги демонстрирует тромбоз п/к бедренной вены.Что из следующего не яв-ся механизм гиперкоагуляции в её б-ни:

- А. Повышение агрегации тромбоцитов.
- В Снижение в плазме уровней протеина С и протеина S.
- С. Хр.,ДВС С-м.
- Д. Гиперфибриногенемия.
- Е. Низкий уровень плазменного антитромбина III.

---

---

---

---

---

---

---

---



• 50 л., М., направляется в больницу с пневмонией. Он чувствует себя нормально после антибиотиков, но его натрий поднялся со 140 до 154 meq/L за 2 дня. Он отмечает жажду и его мочеиспускание приблизительно 5 л мочи в день. Что из следующего наиболее соответствует следующему шагу в развитии его расстройства:

- А. Измерение осмоляльности плазмы.
- В. Измерение плазменного вазопрессина.
- С. 24-х часовое измерение натрия в моче.
- Д. Проверка аргенин вазопрессина.
- Е. Тест с ограничением воды.

---

---

---

---

---

---

---

---

• Что из следующего не м.б., обнаружено у пациента с хроническим заболеванием почек:

- А. Повышение кол-ва к1,25-dihydroxyvitamin D в паращитовидной железе.
- В. Гипертрофия нормального нефрона.
- С. Изостенурия, когда GFR меньше чем 25 mL/min.
- Д. Снижение плазменного уровня 1,25-dihydroxyvitamin D.
- Е. Повышение уровня цельного плазменного паратиреоидного гормона.

---

---

---

---

---

---

---

---

• Что из следующего потенциально повышает гипоталамическую продукцию аргенин вазопрессина кроме:

- А. Гипертония (повышенное осмотическое давление жидкости тела).
- В. Гиперкалиемия
- С. Гипокалиемия.
- Д. Гипотония (пониженное осмотическое давление жидкости тела).
- Е. Истощение интраваскулярного объема.

---

---

---

---

---

---

---

---

• Всё следующее ассоциируется с подъёмом AVP секреции при нормальной плазменной осмоляльности, кроме:

- А. Этанол.
- В. Флюоксатин.
- С. ВИЧ-инфекция.
- Д. тошнота.
- Е. Инсульт.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 36 л., М., прошёл операцию на колене для восстановления связки. После операции он получает ацетаминофен для снятия боли. На следующий день он сообщает о сильной боли. Об-но: АД 120/75 mmHg, ЧСС 80/min, ЧДД 14/min, temperature 37°C (98.6°F). У него есть сильная боль в колене, но нет признаков инфекции. Лаб-но: натрий 128; калий 4,0; хлор 95; бикарбонат 25; BUN 12; креатинин 1. Какая наиболее подходящая терапия в это время:

- А. гипертонический р-р;
- Б. Фуросемид.
- С. Морфин
- Д физр-р
- Е. ванкомицин.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 20 л., студент на медомотре по поводу головокружения. Он только, что закончил игру в теннис-Ригора и ничего не пил. Об-но: АД лёжа на спине 110/70 mmHg, пульс 105/ min; стоя АД 95/60 mmHg ; пульс 125/min. Температура и ментальный статус в норме. Что из следующих лаб-хрезультатов наиболее подходит к этому пациенту:

- А. BUN/creatinine отношение <20
- В. натрий плазмы <140 meq/L
- С калий мочи <20 meq/L
- Д. натрий мочи <20 meq/L
- Е. эритроциты в моче.

---

---

---

---

---

---

---

---

• 74 л., Ж., обращается к своему врачу по поводу гипертензии. Неделю назад она начала лечение гипертензии п/о, она не использует др., пр-ты. Об-но: АД 125/80 mmHg; пульс 72/min.; натрий плазмы 132 meq/L. 2 недели назад биохимия крови была нормальной. Что из следующих пр-тов связано с предыдущей неделей:

- А. Аналапил.
- В. Фуросемид.
- С. Гидрохлортиазид.
- Д. Метопролол
- Е. Спинолактон.

---

---

---

---

---

---

---

• 63 л., М., доставлен в приемный покой после судорог. Он имеет историю не резектабельной массы в лёгких леченой полиативной радиотерапией. Известно, что у него натрий плазмы 128 хронически. Его жена рассказывает, что ночь ранее он был сонный. Этим утром пока она пыталась его будить, он развил тоникоклонические судороги, длящиеся примерно 1 мин. В приемном покое больной не контактен. Жизненные симптомы и физическая экзаменация в норме. Ла-но: натрий плазмы 111; Он лечен 3% р-ром и переведён в ПИТ. Один день спустя натрий плазмы 137. У него нет в дальнейшем судорог и он способен двигать своими конечностями и дизартричен. Что из следующего может наиболее точно выразить его текущее состояние:

- А. Артериограмма демонстрирующая тромбоз вертебральной артерии.
- В. СТ головы демонстрирующее метастазы.
- С. ЕЕГ димонстрирующая фокальные судороги.
- Д. MRI головы демонстрирующий демиелинизацию.
- Е. трансазофагальная ЭхоКГ демонстрирующая тромбоз левого предсердия.

---

---

---

---

---

---

---

• 28 летняя в\в наркоманка лечится оксациллином и гентамицином от эндокардита вызванного *Staphylococcus aureus*. Основные печеночные и почечные функции в норме. Она афебрильна в течении 5 дней после назначения антибиотиков. 10 дней после лечения она развивает макулярную незудящую сыпь на ногах, руках и туловище и лихорадку. Лаборатория выявила BUN 35 mg/dL и креатинин 2.2 mg/dL. ОАМ выявил +2 белка спозитивным на эритроциты и лейкоциты. УЗИ почек выявил билатеральное незначительное увеличение почек. Что из следующего наилучшим образом объясняет новую почечную нед-ть:

- А. Острый тубулярный некроз
- В. Аллергический интерстициальный нефрит
- С. Мембранозный гломерулонефрит
- Д. Нефролитоаз
- Е. Септический эмбол в почке

---

---

---

---

---

---

---

- Все следующее осложнение гемодиализа, кроме:
- А. Анафилактическая реакция
- В. Лихорадка
- С. Гипергликемия
- Д. Гипотензия
- Е. Мышечная судорога

---

---

---

---

---

---

---

---

- 63 летний мужчина с историей СД, выявлен узел в легком на грудной радиографии. Для выявления стадии он подвергся контрастной СТ груди. За неделю до СТ его BUN 26 mg/dL и его креатинин 1.8 mg/dL. 3 дня после обследования он жалуется на диспноэ, отек стоп, и снижения выделения мочи. Повторный BUN 86 mg/dL, креатинин 4.4 mg/dL. Наиболее подходящий механизм ОПН:
- А. Острый тубулярный некроз
- В. Аллергическая гиперсенситивность
- С. Холестероловые эмболы
- Д. Гломерулонефрит иммунными комплексами
- Е. Уретральная обструкция

---

---

---

---

---

---

---

---

- У пациента из предыдущего вопроса ОАМ выявит:
- А. Гранулярные включения
- В. Эритроцитарные включения
- С. Уринарные эритроциты
- Д. Уринарные нейтрофилы
- Е. Лейкоцитарные включения
- 

---

---

---

---

---

---

---

---

• Все следующие формы гломерулонефрита могут ассоциироваться с нормальным уровнем плазменного комплемента С4 кроме:

- А. Люпус нефрит, стадия 4
- В. Постстрептококковый ГН
- С. ГУС
- Д. Мембранопролиферативный ГН тип 2
- Е. Эндокардит ассоциированный ГН

---

---

---

---

---

---

---

---

• Все следующее является поводом к назначению гемодиализа, кроме:

- А. ОПН с уровнем Калия 8.0 mmol/L и ЭКГ аномальностями.
- В. ОПН, ануричная с подтверждением отека легких
- С. Хроническое заб-е почек, с оценкой клиренса креатинина 20 mL/min за 1.73 m2
- Д. Отравление салицилатами с нарушением ментального статуса
- Е. Хроническое заб-е почек с астериксисом и нарушением ментального статуса

---

---

---

---

---

---

---

---

• Пациент с лимфомой известный в выделении мочевого белка 1.5 g имеет негативный показатель Дипстик (полоски) на мочевой протеин. Что из следующего причина несовместимости:

- А. Нарушенная продукция 1,25-dihydroxyvitamin D3 [1,25(OH)2D3]
- В. Моча недостаточно концентрируется
- С. Только тяжелые цепи выявляются полоской
- Д. Tamm-Horsfall протеин, блокирует реакцию между протеином и тест полоской
- Е. Полоска выявляет альбуминовые компоненты с иммуноглобулином потому что альбумин негативно заряжен

---

---

---

---

---

---

---

---

• Лабораторные показатели 19 летнего парня, который рассматривается с полиурией и полидипсией, выявят: Электролиты плазмы (mmol/L): Na+ 144, K+ 4.0, СГ 107, HCCV 25 BUN: 6.4 mmol/L (18 mg/dL), глюкоза крови 5.7 mmol/L (102 mg/dL)

• Электролиты мочи (mmol/L): Na+ 28, K+ 32, осмоляльность мочи 195 mosmol/kg water

• После 12 часового лишения воды масса тела снизилась на 5%. Лаб. Тесты выявляют следующее:

• Электролиты плазмы (mmol/L): Na+ 150, K+ 4.1,

• СГ 109, HCO3- 25 BUN: 7.1 mmol/L (20 mg/dL), глюкоза Крови: 5.4 mmol/L (98 mg/dL) электролиты Мочи (mmol/L): Na + 24, K + 35 Мочи осмоляльность: 200 mosmol/kg

• Через час после назначения п/к 5 Ед аргинин вазопресина моча покажет: мочи electrolytes (mmol/L): Na+ 30, K+ 30

• Осмоляльность мочи 199 mosmol/kg water

• Подходящий диагноз:

- А. Нефрогенный несахарный диабет
- В. Осмотический диурезис
- С. Соль-теряющая нефропатия
- Д. Психогенная полидипсия
- Е. Ничего из указанного

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

• 45-летняя женщина, которая имела медленно прогрессирующую почечную недостаточность начала жаловаться на увеличение нечувствительности и ощущения покалывания в ногах. Обследование выявило снижение чувствительности при уколе булавкой и вибрационной чувствительности ниже колена, отсутствующий рефлекс щиколотки, изменение чувствительности в руках. Концентрация креатинина плазмы измеренная после всех визитов составила 790 /miol/ L (8.9 mg/dL). Врач должен рекомендовать:

- А. Терапевтическая пробная доза фенитоина
- В. Терапевтическая пробная доза пиридоксина (В6)
- С. Терапевтическая пробная доза цианокобаламина (В12)
- Д. Начало почечной восстановительной терапии
- Е. Неврологическое обследование для выявления патологии нервов

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

• У пациента с ХПН, что из следующих наиболее ценный участник отвечающий за почечную остеодистрофию:

- А. Нарушение ренальной продукции **1,25-dihydroxyvitamin D3** [1,25(OH)2D3]
- В. Гипокальцемиа
- С. Гипофосфатемия
- Д. Уменьшение витамина Д и Са через диализ
- Е. Использование кальцитриола

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 50 летний мужчина госпитализирован для лечения энтерококкового эндокардита. Он получает ампициллин и гентамицин в течение последних 2 недель, но остается фебрильным (персистирующая). Лаборатория следующая:
- Электролиты плазмы: (mmol/L): Na+ 145, K+ 5.0,
- СГ 110, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20 BUN: 14.2 mmol/L (40 mg/dL)  
Креатинин плазмы: 300 / $\mu$ mol/L (3.5 mg/dL) Натрий мочи: 20 mmol/L Креатинин мочи: 3000 mmol/L (35 mg/dL)
- Что из следующего наиболее подходит для его ОПН:
- А. Тубулярный некроз
- В. Нечувствительные кожные потери
- С. Эмболия почечной артерии
- Д. Сердечная недостаточность
- Е. Тошнота и рвота

---

---

---

---

---

---

---

---

- 10 летняя девочка жалуется на тяжелую слабость, тяжесть при ходьбе и полиурия. Она доставлена к педиатру. Ее мать уверена, что дочку не рвало. Девочка не принимает лекарств. Она нормотензивна и нет фокальной неврологической аномальности. Биохимия крови включает: Na+ 142 mmol/L, K+ 2.5 mmol/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 32 mmol/L, and СГ 100 mmol/L. А 24-h сбор мочи при нормальной диете выявил Na+ 200 mmol/d, K+ 50 mmol/d, and СГ 30 mmol/d.
- УЗИ почек демонстрирует симметричное увеличение почек без гидронефроза. Тест кала на фенолфтолеин и исследование мочи на диуретики, отрицательное. Обнаружен подъем ренина плазмы. Какое из следующих условий является наиболее совместимым с этими данными?
- А. С-м Кона
- В. Хронический прием лакрицы
- С. С-м Бартера
- Д. Опухоль Вильмса
- Е. Проксимальный ренальный тубулярный ацидоз

---

---

---

---

---

---

---

---

- 72-летний мужчина развивает ОПН после сердечного зондирования. Физическая экспертиза демонстрирует уменьшенный периферийный пульс, livedo reticularis, эпигастральная чувствительность и конфузия. Лабораторные исследования включают (mg/dL) BUN 131, креатинин 5.2, и-фосфат 9.5. Анализ мочи показывает 10 - 15 лейкоцитов, 5 - 10 эритроцитов, и один гиалиновый цилиндр высокой плотности. Наиболее вероятный диагноз:
- А. Острый интерстициальный нефрит вызванный лекарствами.
- В. Рабдомиолиз с острым тубулярным некрозом (ОТН)
- С. ОТН вторичный к радиоконтрастному исследованию
- Д. Холестероловая эмболизация
- Е. Ренальная артериальная диссекция с преренальной азотемией

---

---

---

---

---

---

---

---

- 45-летнего мужчину с диагнозом ESRD вторичный к сахарному диабету наблюдают с брюшинным диализом. Это выполняется как непрерывный передвижной брюшинный диализ (CAPD). Он подвергается четырем обменам 2 литров в день и делает так в течение приблизительно 4 лет. Осложнения брюшинного диализа включают который из следующего?
- А. Гипотензия после дренажа диализата
- В. Гипоальбуминемия
- С. Гиперхолестеролемия
- Д. Гипогликемия
- Е. Левосторонний плевральный выпот

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Человек, проходящий резидентуру по терапии, получает с пищей 300 mEq натрия ежедневно («fast-food freak» - буквально, наркоман быстрого питания). Каковой должна быть ожидаемая 24-часовая экскреция натрия?
  - 10 mEq/day
  - 100 mEq/day
  - 280 mEq/day
  - 450 mEq/day

---

---

---

---

---

---

---

---



- 52-летний мужчина с 20-летней историей курения сигарет, госпитализирован из-за кашля и слабости. При поступлении: натрий 112 mEq/L, калий 4.5 mEq/L, хлорид 80 mEq/L, HCO<sub>3</sub>-26 mEq/L. BUN 8 мг/дл, креатинин 0.8 мг/дл, мочевая кислота 3.0 мг/дл. Эти данные наиболее совместимы с чем из следующего?

- Болезнь Аддисона
- Застойная сердечная недостаточность
- Цирроз с асцитом
- SIADH

---

---

---

---

---

---

---

---

- Что из следующего наиболее характерно для патофизиологии пациентов с гипонатриемией?

- Неспособность концентрировать мочу
- Неспособность максимально разбавлять мочу
- Застойная сердечная недостаточность
- SIADH
- Сокращение объема циркулирующей крови (ECF)

---

---

---

---

---

---

---

---

- 47-летний мужчина поступает в отделение реанимации с серологической концентрацией натрия 115 mEq/L. АД в положении лежа на спине 120/80 мм рт.ст. и 90/60 мм рт.ст. стоя. Тургор кожи уменьшен. Что из следующего лучшее лечение гипонатриемии этого мужчины?

- Ограничение свободной воды
- Ограничение соли и воды
- Назначение нормального солевого раствора
- Лечение гипонатриемии demeclocycline

---

---

---

---

---

---

---

---

- 57-летнего мужчину с историей хронической застойной сердечной недостаточности и 20-летнего курения сигарет госпитализируют с серологической концентрацией натрия 120 mEq/L, серологическая осмоляльность 255 mOsm/kg (норма 280 - 300). Осмоляльность мочи - 460 mOsm/kg. С чем наиболее сопоставимы эти данные?
  - Застойная сердечная недостаточность
  - SIADH
  - Цирроз и асцит
  - Тяжелое солевое и водное истощение

---

---

---

---

---

---

---

---

- 28-летняя женщина с 18-летней историей сахарного диабета первобеременная в сроке 12 недель. Она получает 5 мг в день для артериальной гипертензии и диабетической нефропатии. Ее АД - 160/100. В остальном осмотр нормален. Лабораторное исследование показывает уровень Hg 12 g/dL; Hg A1C 10 %; Cr 0.8 мг/дл; BUN 10 мг/дл; U/A 1 + глюкоза, 3 + белок; и 24-часовая экскреция белка 1.2 грамма. Что из следующего вы бы посоветовали пациентке?
  - Эналаприл увеличения к 10 мг в день
  - Продолжить эналаприл, и добавить гипотиазид(дихлотиазид) 12.5mgрег день
  - Продолжить эналаприл, и добавить а-метилдопу 250 мг два раза в день.
  - Заменить эналаприл а-метилдопой 250 мг два раза в день
  - Продолжить эналаприл, и добавить amlodipine 5 мг в день

---

---

---

---

---

---

---

---

- 68-летняя женщина с 20-летней историей артериальной гипертензии осматривается вами для продолжения лечения после выписки из госпиталя. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации с головной болью и АД 200/70. Ее креатинин в течении 3 лет 1.6 мг/дл; ультрасонограмма почек показала почки 12 см в длину с обеих сторон. На ангиографии почечных артерий установлен 55% стеноз левой артерии и 35% стеноз правой, с заметно атероматозной аортой. Ее лабораторные данные: TSG 1.5mU/mL; ренин 0.5 mg/L/H; альдостерон 10ng/dL; белок мочи 1 +; креатинин мочи 0.6; натрий 140 mEq/L; калий 4.2 mEq/L; CO<sub>2</sub> 26 mEq/L; креатинин плазмы 1.6 мг/дл. Какова наиболее вероятная причина артериальной гипертензии этой пациентки?
  - Эссенциальная артериальная гипертензия
  - Первичный гиперальдостеронизм
  - Глюкокортикоидизлечимый гиперальдостеронизм
  - Почечный артериальный стеноз
  - Феохромоцитомы

---

---

---

---

---

---

---

---

- Выбрать правильное утверждение относительно фракционной экскреции натрия (FeNa):

- FeNa наиболее полезен при нормальном уровне гломерулярной фильтрации
- FeNa всегда больше 1 % при остром тубулярном некрозе
- Нормальный FeNa больше чем 1 %
- FeNa имеет большую диагностическую ценность, когда присутствует олигоурия

---

---

---

---

---

---

---

---

- 45-летний алкоголик поступает в отделение реанимации в коматозном состоянии. Его вес - 70 кг, диурез - 175mL/hr. Лабораторные данные: Na 168 mEq/dL; K 4 mEq/dL; Cl 130 mEq/dL; CO2 25 mEq/dL; осмоляльность плазмы 350 mOsm/L; осмоляльность мочи 80 mOsm/L. Каков приблизительный водный дефицит (в литрах)?

- 8
- 6
- 7
- 10

---

---

---

---

---

---

---

---

- 55-летняя женщина с 10-летней историей идиопатического легочного фиброза консультируются по поводу гипонатриемии. Пациентка поступает в отделение реанимации с отеком легких. 3 дня назад, она перенесла операцию на аортальном клапане из-за тяжелого аортального стеноза. Во время операции ее серологический натрий был 125 mEq/L. После операции она получила внутривенно фуросемид (Lasix) для купирования отеков ног. На третий послеоперационный день, натрий 118 mEq/L. Она бессимптомна. АД лежа 110/80, пульс 100; АД стоя 90/60, пульс 120. В легких чисто и нет отеков ног. Год назад ее серологический натрий был 130 mEq/L. Дополнительные лабораторные исследования: Азот мочевины 22 мг/дл; Креатинин 0.9 мг/дл; Натрий 118 mEq/L; Калий 3.9 mEq/L; Хлорид 96 mEq/L; Бикарбонат 28 mEq/L; Мочевая кислота 4 мг/дл; Осмоляльность мочи 280 mOsm. Что из следующего наиболее вероятно ответственно за гипонатриемию этого пациента?

- Уменьшение АДH вторично к гипосмоляльности
- Увеличение АДH вторично к дегидратации
- Увеличение АДH вторично к гипокалемии
- Уменьшение альдостерона вторично к гипонатриемии
- Увеличение альдостерона, вторично к свободно-водному задержанию

---

---

---

---

---

---

---

---

- 45-летняя женщина с язвенной болезнью сообщает о 6-дневной тошноте и рвоте. АД 100/60 без постуральных изменений, тургор кожи снижен, вены шеи спавшиеся. Ее лабораторные данные: Натрий 140 mEq/L; Калий 2.2 mEq/L; Хлориды 86 mEq/L; Бикарбонат 42 mEq/L; Азот мочевины 80 мг/дл; Креатинин 1.9 мг/дл; рН мочи 5.0; Натрий мочи 2 mEq/L; Калий мочи 21 mEq/L; Хлорид мочи 3 mEq/L; Артериальный рН 7.53; Артериальный рСО<sub>2</sub> 53 мм рт.ст. Адекватный терапевтический выбор
  - Орально аммоний хлорид
  - Орально ингибитор карбоангидразы
  - Внутривенно раствор соляной кислоты
  - Внутривенно 0.9 % NaCl раствор
  - Внутривенно D5W раствор

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 35-летняя пациентка поступает для оценки спонтанного перелома кости. Недавняя денситометрия кости показала нарушение остеогенеза. Женщина нормально росла и развивалась в детстве. Не имеет детей. У ее отца историю почечных камней, но она сама не имеет никакой истории указанного заболевания. Физикальный осмотр не примечателен. Лабораторно: Натрий 140 mEq/L ; Калий 3.2 mEq/L; Хлориды 114 mEq/L; Бикарбонат 16 mEq/L; Креатинин 0.7 мг/дл; Кальций 9.0 мг/дл; Натрий мочи 20 mmol/dL; рН мочи 7.0. Вы назначаете лечение цитратом калия и осматриваете пациентку 4 недели спустя. рН мочи 7.5, бикарбонат - 18 mEq/L. Наиболее вероятный диагноз?
  - Первичный гиперальдостеронизм
  - Вторичный гиперпаратиреозидизм
  - D-lactic ацидоз
  - Синдром Барттера
  - Почечный канальцевый ацидоз

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 75-летняя женщина на дооперационном осмотре. У нее хроническая почечная болезнь в течение 6 лет без диализа. Недавние анализы показали креатинин 3.0 мг/дл на протяжении более чем 6 месяцев. Она жаловалась на ощущение чувства усталости и зябкости. Она принимает ramipril 10 мг в день, карбонат кальция 1 300 мг с едой и аспирин 81 мг в день. АД 130/70, пульс 90, бледность слизистых и нет признаков перегрузки объемом. Hg 7.5 g/dL; Htc 23 мг/дл; MCV, 66; ретикулоциты 0.5. Следующий наиболее подходящий шаг в лечении?
  - Оральная терапия железом
  - Биопсия костного мозга
  - Начать диализ
  - Терапия эритропоэтином
  - Колоноскопия

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 30-летний мужчина жалуется на боль в правой ноге. Он имеет историю врожденного рефлюкса, и в 20 лет ему была трансплантирована почка от отца. Его лечение включает преднизон 7.5 мг в день, imigan 100 мг в день, и sudosproline 125 мг два раза в день. На осмотре у него выявлен эритематозный и чувствительный метатарзальный фаланговый сустав на правой ноге. Он имеет тофы на локте и руках. Уровень креатинина пациента был устойчив в 2.0 мг/дл. Артроцентез и кристаллический анализ показывают кристаллы мононатрия урата. Что из следующего было бы лучшей адекватной терапией для его подагры?

- Индометацин
- Аллопуринол
- Колхицин
- Ибупрофен
- Пробенцид

---

---

---

---

---

---

---

---

- У 45-летнего черного мужчины отмечается hilar аденопатия, легочные инфильтраты и нодозная эритема. На трансбронхиальной биопсии - неказеозная гранулема. При специф. окраске тканей - не обнаружено микроорганизмов. Потенциальная клиническая почечная манифестация у этого пациента может включать

- А. Гиперкальцемическую нефропатию
- В. Гипостенурию (пониженная плотность мочи)
- С. Гранулематозный инфильтрат почечного интерстиция
- Д. Иммуно-комплексный гломерулонефрит
- Е. Все названное
- F. Ничто из названного

---

---

---

---

---

---

---

---

### Гиперкальцемия при саркоидозе

- А. Отражает внепочечную 1-альфа-гидроксилацию 25-гидроксивитамина Д
- В. Редко продуцирует нефрокальциноз
- С. Хорошо отвечает на преднизон
- Д. А и С
- Е. А, В и С

---

---

---

---

---

---

---

---