

Патофизиология почек

(входящий контроль)

1. Нарушение фильтрационной способности почек оценивают по:

1. уровню секреции диодраста
2. состоянию ацидогенеза по +/- ВЕ
3. по уровню K^+ плазмы
4. содержанию цилиндров в моче
5. уровню креатинина

2. Для азотемии не характерно

1. повышение остаточного азота в крови
2. повышение миоглобина в крови
3. повышение креатинина в крови
4. повышение уровня мочевины в крови

3. Изостенурия - это:

1. удельный вес мочи 1,010-1,012 на протяжении суток
2. удельный вес мочи $< 1,018$
3. нормальный удельный вес мочи
4. повышенный удельный вес мочи
5. 1,002-1,035 в зависимости от водно-пищевоего режима

4. Патологическими показателями пробы Реберга (клиренс креатинина (мл/мин) являются все ниже перечисленные, кроме:

1. 50-70
2. 20-30
3. 80-120
4. 8-10
5. 1-7

5. При нарушении канальцевой реабсорбции не наблюдается.

1. ренальная глюкозурия
2. снижение выделения креатинина с мочой
3. гипоурикурия
4. фосфатный почечный диабет
5. аминокацидурия

6. Появление симптомов анемии при заболеваниях почек связано с:

1. нарушением инкреторной функции
2. анизоцитонурии
3. протеинурией
4. цилиндрурией
5. гипостенурией

7. Почечная протеинурия появляется при:

1. увеличением клубочковой фильтрации
2. снижением канальцевой реабсорбции
3. увеличением клубочковой фильтрации и снижением реабсорбции
4. снижением концентрационной функции
5. уменьшением реабсорбции и концентрационной функции

8. Третьей стадией ОПН является:

1. начальная
2. латентная
3. олиго-анурическая
4. клинического выздоровления
5. полиурическая

9. Основным проявлением нефротического синдрома является:

1. аминацидурия
2. гемолитическая анемия
3. алколоз (выделительный почечный)
4. протеинурия
5. поллакиурия

10. Клинические признаки ХПН начинают проявляться при гибели:

1. 50% нефронов
2. 70% нефронов
3. 30% нефронов
4. 85% нефронов
5. 60% нефронов