**ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**Патология почек**

Для каждого вопроса выберите один или несколько правильных ответов

**1. Как называется резкое уменьшение мочеотделения?**

1. анурия

2. полиурия

3. дизурия

4. олигурия

5. оллакизурия

**2. Как называется нарушение концентрационной способности почек?**

1. никтурия

2. дизурия

3. гипостенурия

4. поллакиурия

5. оллакизурия

**3. Как называется появление эритроцитов в моче?**

1. дизурия
2. никтурия
3. протеинурия
4. гематурия
5. цилиндрурия

**4. Как называется повышение суточного диуреза?**

1. анурия

2. дизурия

3. полиурия

4. олигурия

5. поллакиурия

**5. Как называется преобладание, по сравнению с нормой, ночного диуреза над дневным?**

1. анурия

2. полиурия

3. никтурия

4. дизурия

5. поллакиурия

**6. Какназывается нарушение концентрирования и разведения мочи?**

1. гиперстенурия

2. поллакиурия

3. изостенурия

4. гипостенурия

5. оллакизурия

**7. Как называется выделение лейкоцитов с мочой?**

1. протеинурия

2. лейкоцитурия

3. гематурия

4. дизурия

5. никтурия

**8. Как называется появление белка в моче?**

1. пиурия

2. цилиндрурия

3. протеинурия

4. гематурия

5. лейкоцитурия

**9. Как называется полное прекращение выделения мочи?**

1. Анурия

2. Полиурия

3. Дизурия

4. Олигурия

**10. Как называется учащение мочеиспускания?**

1. Никтурия

2. Полиурия

3. Олигурия

4. Поллакиурия

**11. Избыточная секреция каких гормонов может привести к олигурии (анурии) (3)?**

1. АДГ

2. Адреналин

3. Тироксин

4. Альдостерон

5. Кортизол

**12. Укажите механизмы, участвующие в возникновении полиурии (4):**

1. Повышение фильтрационного давления

2. Снижение онкотического давления

3. Венозный застой

4. Нарушение образования АДГ при несахарном диабете

5. Повреждение канальцевого аппарата

**13. Назовите причины гематурии (2):**

1. Повышение проницаемости капилляров клубочков

2. Гемолиз эритроцитов

3. Почечнокаменная болезнь

4. Увеличение фильтрации

5. Нарушение процессов реабсорбции в канальцах

**14. Какие показатели характеризуют недостаточность функции печек (4)?**

1. Снижение клиренса

2. Олигурия

3. Гипоизостенурия

4. Азотемия

5. Кислая реакция мочи

6. Оксалаты

**15. Недостаточность каких гормонов может вызвать полиурию (4)?**

1. AДГ

2. Альдостерон

3. Адреналин

4. Вазопрессин

5. СТГ

6. Инсулин

**16. Факторы, способствующие увеличению объема клубочковой фильтрации (2):**

1. увеличение гидростатического давления в капиллярах
2. уменьшение гидростатического давления в капиллярах
3. увеличение онкотического давления в капиллярах
4. снижении онкотического давления плазмы крови
5. увеличение внутрипочечного давления

**17. Факторы, обусловливающие снижение объема клубочковой фильтрации (3):**

1. снижение тонуса выносящей артериолы
2. снижение онкотического давления в капиллярах
3. повышение онкотического давления в капиллярах
4. снижение внутрипочечного давления
5. повышение внутрипочечного давления

**18. Вещества, подвергающиеся реабсорбции в проксимальных отделах почечных канальцев (2):**

1. глюкоза
2. аминокислоты
3. Nа
4. инсулин

**19. Реабсорбция воды в дистальном отделе почечных канальцев регулируется:**

1. вазопрессином
2. альдостероном
3. натрийуретическим фактором
4. инсулином

**20. Гипостенурия – это:**

1. снижение суточного колебания плотности мочи
2. понижение дневного диуреза
3. урежение частоты мочеиспусканий
4. уменьшение частоты мочеиспусканий
5. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л

**21. Гиперстенурия – это:**

1. повышение частоты мочеиспусканий
2. повышение плотности мочи
3. преобладание ночного диуреза над дневным диурезом
4. повышение частоты мочеиспусканий
5. болезненное мочеиспускание и позывы на него

**22. Полиурия – это увеличение:**

1. суточного количества мочи более 2 л
2. частоты мочеиспускания
3. порции мочи
4. плотности мочи
5. ночного диуреза над дневным диурезом

**23. Олигурия – это:**

1. уменьшение гематокритного показателя
2. уменьшение суточного количества мочи менее 0,8 л
3. уменьшение объема циркулирующей крови
4. урежение частоты мочеиспусканий
5. болезненное мочеиспускание
6. преобладание ночного диуреза над дневным

**24. Анурия – это:**

1. увеличение суточного количества мочи (больше 2 л)
2. уменьшение суточного количества мочи (до 0,5-0,2 л)
3. уменьшение суточного количества мочи (менее 0,2 л)

**25. Ведущим в развитии отеков при нефротическом синдроме является:**

1. повышение проницаемости сосудов
2. увеличение продукции альдостерона
3. гипопротеинемия
4. увеличение продукции вазопрессина

**26. Основное звено патогенеза острой почечной недостаточности:**

1. снижение клубочковой фильтрации
2. повышение клубочковой фильтрации
3. понижение канальцевой реабсорбции

**27. Основное звено патогенеза хронической почечной недостаточности:**

1. понижение концентрационной способности почек
2. повышение концентрационной способности почек
3. повышение канальцевой реабсорбции
4. увеличение клубочковой фильтрации

**28. Механизм азотемии при почечной недостаточности:**

1. снижение клубочковой фильтрации
2. уменьшение канальцевой реабсорбции
3. уменьшение канальцевой секреции

**29. Механизм анемии при хронической почечной недостаточности:**

1. нарушение выведения продуктов обмена
2. интоксикация организма
3. недостаток эритропоэтина
4. гемолиз эритроцитов в почечных канальцах

**30. Укажите стадии ОПН:**

1. латентная, продромальная, урогенного сепсиса, уремическая
2. начальная, олиго-анурическая, полиурическая, реконвалистенция
3. азотемия, олигоанурия, мочевой синдром, гипостенурия
4. латентная, азотемическая, уремическая
5. олигоанурия, падение артериального давления

**31. Для какой стадии ОПН характерно развитие синдрома уремии?**

1. начальной
2. реконвалесцентной
3. олиго-анурической
4. продромальной
5. восстановления диуреза и полиурии

**32. Для уремии характерно:**

1. анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипокальциемия
2. полицитемия, лейкопения, увеличение тромбоцитов в единице объема крови, гиперкальциемия

**33. Как изменяется кислотно-щелочное равновесие при ОПН?**

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз
3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз
5. все перечисленное

**34. Как изменяется количество белка в крови при нефротическом синдроме?**

1. не изменяется
2. увеличивается
3. незначительно уменьшается
4. значительно снижается
5. незначительно увеличивается

**35. Какой вероятный механизм способствует ренальной гипертензии?**

1. активация ренин-ангиотензиновой системы
2. снижение синтеза ренина
3. активация калликреин-кининовой системы
4. задержка калия (К+) в организме
5. снижение образования альдостерона

**36. Какое проявление не характерно для нефротического синдрома?**

1. массивная протеинурия
2. артериальная гипотензия
3. гипопротеинурия
4. диспротеинемия
5. гиперлипидемия
6. отеки серозных полостей

**37. Какой процесс в почках, при котором с окончательной мочой может выделяться максимальное количество белка?**

1. острая почечная недостаточность
2. хроническая почечная недостаточность
3. нефротический синдром
4. мочевой синдром
5. нефритический синдром

**38. Гормоны, недостаток которых может вызвать полиурию (2)?**

1. соматотропный
2. адреналин
3. окситоцин
4. антидиуретического гормона
5. вазопрессин
6. альдостерон

**39. Показатели, характеризующие нарушения функций канальцев почек**

1. аминоацидурия, изостенурия, неселективная протеинурия, понижение секреции ионов Н+ и аммония
2. наличие в моче выщелоченных эритроцитов, снижение клиренса креатинина

**40. Механизмы почечной глюкозурии – это**

1. блокирование ферментов фосфорилирования в эпителии, структурные повреждения проксимальных канальцев, снижение способности канальцев реабсорбировать глюкозу в результате их повреждения
2. увеличение фильтрационного давления в клубочках почек, повышение проницаемости капилляров клубочков почек

**41. В клиническом течении ХПН выделяют стадии (разместить в порядке их**

**следования) (3):**

1. начальная
2. латентная
3. азотемическая
4. олиго-анурическая
5. уремическая
6. выздоровление

**42. В клиническом течении ОПН выделяют стадии (разместить в порядке их**

**следования) (4):**

1. реконвалистенция
2. полиурическая
3. начальная
4. олиго-анурическая
5. терминальная

**43. Патологии, связанные с нарушением обмена мочевой кислоты (2):**

1. желчекаменная болезнь
2. анемия
3. подагра
4. ацидоз
5. мочекаменная болезнь

**44. Иммунные нефропатии (2):**

1. гломерулонефриты
2. мочекаменная болезнь
3. поликистозная дегенерация почки
4. при аутоиммунных заболеваниях
5. пиелонефриты

**45. Механизмы глюкозурии (3):**

1. увеличение фильтрационного давления в клубочках почек
2. блокирование ферментов фосфорилирования в эпителии
3. структурные повреждения проксимальных канальцев
4. избыточное содержание глюкозы в крови (> 10 ммоль/л)
5. повышение проницаемости капилляров клубочков почек

**46. Инфекционно-воспалительные заболевания (3):**

1. пиелонефриты
2. нефропатия беременных
3. гломерулонефриты
4. туберкулез почек
5. мочекаменная болезнь

**47. Формированию ренальной артериальной гипертензии способствуют (3):**

1. активация симпато-адреналовой системы
2. активация ренин-ангиотензивной системы
3. активация калликреин-кининовой системы
4. снижение синтеза ренина
5. задержка ионов натрия в организме
6. усиление синтеза почечных простагландинов

**48. Изменения в моче, характерные для гломерулонефрита (3):**

1. гематурия
2. уробилинурия
3. протеинурия
4. кетонурия
5. глюкозурия
6. цилиндрурия

**49. Основные клинико-лабораторные синдромы при заболеваниях почек (3):**

1. мочевой
2. синдром гипотиреоза
3. нефротический
4. синдром Иценко-Кушинга
5. нефритический
6. гиперпластический

**50. Остеопороз при хронической почечной недостаточности связан с:**

1. избытком тирокальцитонина
2. нарушением синтеза кальцитриола
3. поражением канальцев нефрона
4. накоплением в крови токсичных продуктов
5. склерозированием нефронов

**51. Главным звеном в патогенезе пиелонефрита является:**

1. иммунное повреждение клубочков почек с возможным распространением повреждения на все отделы нефронов
2. иммунное повреждение канальцев почек
3. инфекционное воспаление мочевыводящих путей и паренхимы почек
4. некроз канальцев и собирательных трубок
5. нарушение оттока мочи

**52. Для какой стадии ОПН характерно развитие синдрома уремии?**

1. начальной
2. реконвалесцентной
3. олиго-анурической
4. продромальной
5. восстановления диуреза и полиурии

**53. Для уремии характерно:**

1. анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипокальциемия
2. полицитемия, лейкопения, увеличение тромбоцитов в единице объема крови, гиперкальциемия

**54. Наиболее частыми причинами острого диффузного гломерулонефрита являются (3):**

1. гемолитический стрептококк группы А
2. вирусы
3. переохлаждение
4. вакцинация
5. грибы

**55. Факторы, способствующие повышению клубочковой фильтрации (2):**

1. увеличение гидростатического давления в капиллярах
2. уменьшение гидростатического давления в капиллярах
3. увеличение онкотического давления в капиллярах
4. уменьшение онкотического давления в капиллярах
5. увеличение внутрипочечного давления

**56. Факторы, обусловливающие снижение клубочковой фильтрации (2)?**

1. повышение тонуса выносящей артериолы
2. снижение онкотического давления
3. повышение онкотического давления
4. снижение внутрипочечного давления
5. повышение внутрипочечного давления

**57. Гипостенурия – это:**

1. понижение удельного веса мочи
2. понижение дневного диуреза
3. урежение частоты мочеиспусканий
4. учащение мочеиспусканий
5. увеличение дневного диуреза

**58. Гиперстенурия – это:**

1. повышение частоты мочеиспусканий
2. повышение удельного веса мочи
3. преобладание ночного диуреза над дневным
4. увеличение дневного диуреза
5. уменьшение дневного диуреза

**59. Полиурия – это увеличение:**

1. суточного количества мочи более 2 л
2. частоты мочеиспускания
3. порции мочи
4. выделения солей
5. удельного веса мочи

**60. Олигурия – это:**

1. уменьшение гематокритного показателя
2. уменьшение суточного количества мочи менее 0,5 л
3. уменьшение объема циркулирующей крови
4. урежение частоты мочеиспусканий
5. уменьшение сердечного выброса

**61. Анурия – это:**

1. увеличение суточного количества мочи (больше 1,5 л)
2. уменьшение суточного количества мочи (менее 0,5 л)
3. прекращения мочеотделения (менее 100 мл)
4. уменьшение частоты мочеиспусканий
5. увеличение частоты мочеиспусканий

**62. Почечный клиренс – это:**

1. объем плазмы, который очищается от данного вещества почками в одну минуту
2. минутный диурез
3. объем мочи, образующийся в одну минуту
4. наличие белка в моче
5. наличие глюкозы в моче

**63. Механизм анемии при хронической почечной недостаточности:**

1. нарушение выведения продуктов обмена
2. интоксикация организма
3. недостаток эритропоэтина
4. гемолиз эритроцитов в почечных канальцах
5. повышенное разрушение эритроцитов в селезенке

**64. К преренальным причинам острой почесной недостаточности можно отнести:**

1. шок, коллапс
2. недостаточность функции печени
3. нарушения мозгового кровообращения
4. стенокардию
5. венозную недостаточность

**65. К ренальным причинам острой почечной недостаточности можно отнести:**

1. шок, коллапс
2. недостаточность функции печени
3. нарушения мозгового кровообращения
4. венозную недостаточность
5. острый тубулонекроз

**66. К постренальным причинам острой почечной недостаточности можно отнести:**

1. стенокардию
2. нарушения мозгового кровообращения
3. острое нарушение оттока мочи
4. острый тубулонекроз
5. шок, коллапс

**67. Оллакизурия – это:**

1. учащение мочеиспусканий
2. урежение мочеиспусканий
3. увеличение дневного диуреза
4. уменьшение дневного диуреза
5. уменьшение порции мочи

**68. Поллакиурия – это:**

1. учащение мочеиспусканий
2. урежение мочеиспусканий
3. увеличение дневного диуреза
4. уменьшение дневного диуреза
5. увеличение порции мочи

**69. Одной из причин острой почечной недостаточности является:**

1. тромбоз или эмболия почечной артерии
2. уменьшение количества прокоагулянтов в плазме крови
3. брадикардия
4. тахикардия
5. нарушение мозгового кровотока

**70. Стоматологические проявления при недостаточности функции почек связаны с:**

1. нарушением образования кальцитриола
2. уменьшением выработки эритропоэтина
3. уменьшением выработки ренина
4. нарушением реабсорбции в канальцах почек
5. нарушением клубочковой фильтрации

**71. К причинам хронической почечной недостаточности можно отнести:**

1. инфаркт миокарда
2. острый тубулонекроз
3. поликистоз почек
4. нарушения мозгового кровообращения
5. венозную недостаточность

**72. К причинам хронической почечной недостаточности можно отнести:**

1. атеросклероз почечной артерии
2. венозную недостаточность
3. инфаркт миокарда
4. нарушения мозгового кровообращения
5. кишечную непроходимость

**73. При острой почечной недостаточности развивается:**

1. венозная недостаточность
2. стенокардия
3. уремический синдром
4. гипоксический синдром
5. бронхоспазм

**74. Конечная стадия хронической почечной недостаточности характеризуется:**

1. лейкоцитозом
2. лейкопенией
3. эритроцитозом
4. уремией
5. тромбоцитозом

**75. При физиологическом стрессе развивается:**

1. полиурия
2. анурия
3. олигоурия
4. оллакизурия
5. никтурия

**76. При шоках развивается:**

1. полиурия
2. анурия
3. поллакиурия
4. никтурия
5. протеинурия

**77. При острой почечной недостаточности может развиваться синдром:**

1. гемолиза
2. венозной недостаточности
3. энцефалопатии
4. гипоксический
5. диссеминированного внутрисосудистого свертывания

**78. К развитию хронической почечной недостаточности может привести:**

1. гипертоническая болезнь
2. бронхиальная астма
3. цирроз печени
4. венозный застой в малом круге кровообращения
5. гастрит

**79. Острый внутрисосудистый гемолиз может вызвать:**

1. инфаркт миокарда
2. стенокардию
3. острую почечную недостаточность
4. цирроз печени
5. гастрит

**80. К иммунной нефропатии относится:**

1. пиелонефрит
2. гломерулонефрит
3. нефротический синдром
4. тубулонекроз
5. атеросклероз

**81. К неиммунной нефропатии относится:**

1. пиелонефрит
2. гломерулонефрит
3. нефротический синдром
4. тубулонекроз
5. атеросклероз

**82. Глюкоза в моче может появиться вследствие:**

1. нарушения функции ферментов, участвующих в реабсорбции
2. нарушения ацидогенеза
3. нарушения аммониогенеза
4. увеличения фильтрации
5. уменьшения фильтрации

**83. Белок в моче может появиться вследствие:**

1. повышения проницаемости почечного фильтра
2. нарушения ацидогенеза
3. нарушения аммониогенеза
4. стресса
5. шока

**84. Макрогематурия развивается при:**

1. остром гломерулонефрите
2. шоке
3. ДВС-синдроме
4. нефротическом синдроме
5. хроническом пиелонефрите

**85. Почки участвуют в регуляции артериального давления за счет:**

1. синтеза кининов, простагландинов
2. реабсорбции натрия в канальцах
3. синтеза эритропоэтина
4. ацидогенеза
5. аммониогенеза

**86. Почки участвуют в регуляции артериального давления за счет:**

1. реабсорбции натрия в канальцах
2. синтеза эритропоэтина
3. ацидогенеза
4. аммониогенеза
5. синтеза ренина

**87. Почки участвуют в регуляции эритропоэза за счет:**

1. ацидогенеза
2. аммониогенеза
3. синтеза эритропоэтина
4. реабсорбции натрия
5. реабсорбции глюкозы

**88. Почки участвуют в регуляции обмена кальция за счет:**

1. образования кальцитриола
2. ацидогенеза
3. аммониогенеза
4. синтеза эритропоэтина
5. синтеза ренина

**89. К проявлениям хронической почечной недостаточности относится:**

1. остеопороз
2. тромбоцитоз
3. эритроцитоз
4. лейкоцитоз
5. лейкопения

**90. В механизме нефротических отеков играет роль:**

1. повышение проницаемости почечного фильтра
2. потеря белков с мочой
3. нарушение реабсорбции натрия
4. нарушение реабсорбции глюкозы
5. спазм отводящих артериол клубочков

**91. Почки участвуют в поддержании кислотно-щелочного баланса за счет:**

1. реабсорбции глюкозы
2. синтеза ренина
3. синтеза эритропоэтина
4. ацидогенеза
5. синтеза кининов

**92. Пиурия — это …**

1. появление эритроцитов в моче
2. появление значительного количества белка в моче
3. снижение относительной плотности мочи
4. массовое выделение лейкоцитов (гноя) с мочой
5. появление большого количества цилиндров в моче

**93. Снижение относительной плотности мочи называется:**

1. изостенурией
2. гиперстенурией
3. гипостенурией
4. цилиндрурией
5. никтурией
6. **Преренальной причиной ОПН является:**
7. острое поражение паренхимы почек
8. обструкция мочевыводящих путей
9. шок
10. тромбоз и эмболия почечных артерий
11. удаление почек
12. **Постреанальной причиной ОПН является:**
13. обезвоживание организма
14. шок
15. опухоль почки
16. острый гломерулонефрит
17. камни в мочеточниках
18. **Ренальной причиной ОПН является:**
19. острое обезвоживание организма
20. острое поражение паренхимы почек
21. почечнокаменная болезнь
22. стриктура мочеточников
23. шок
24. **Ретенционная уремия обусловлена:**
25. нарушением синтеза мочевины в печени
26. нарушением выведения мочевины почками
27. гиподинамией
28. тяжелой физической нагрузкой
29. гиполипидемией
30. **Для поллакиурии характерно:**
31. монотонный диурез с низкой плотностью мочи
32. монотонный диурез с высокой плотностью мочи
33. увеличение суточного количества мочи
34. учащенное (свыше 6 раз в сутки) мочеиспускание
35. уменьшение суточного количества мочи
36. **К группе иммунных нефропатий относится:**
37. гломерулонефрит
38. поликистозная дегенерация почки
39. мочекаменная болезнь
40. пиелонефриты
41. цистит
42. **Наиболее частой причиной острого диффузного гломерулонефрита являются:**
43. микобактерии туберкулеза
44. стрептококки
45. грибы
46. паразиты
47. простейшие
48. **Для нефротического синдрома характерно:**
49. обезвоживание
50. высокая протеинурия более 3,5 г в сутки
51. гиполипидемия
52. артериальная гипотензия
53. кетонурия
54. **Для нефритического синдрома характерно:**
55. глюкозурия
56. кетонурия
57. микрогематурия
58. артериальная гипотензия
59. кетонурия
60. **НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЕКРЕЦИИ В ПОЧКАХ СВЯЗАНО С ПОРАЖЕНИЕМ**
61. клубочков
62. проксимальных канальцев
63. петли Генле
64. ЮГА почек
65. дистальных канальцев
66. **НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ФИЛЬТРАЦИИ В ПОЧКАХ СВЯЗАНО С ПОРАЖЕНИЕМ**
67. клубочков
68. проксимальных канальцев
69. петли Генле
70. ЮГА почек
71. дистальных канальцев
72. **УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**
73. олигурия
74. полиурия
75. оллакизурия
76. поллакиурия
77. никтурия
78. **УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**
79. олигурия
80. полиурия
81. оллакизурия
82. поллакиурия
83. никтурия
84. **РАЗВИТИЕ ГИПОСТЕНУРИИ ВЫЗВАНО НАРУШЕНИЕМ**
85. фильтрационной функции
86. функции реабсорбции
87. функции секреции
88. концентрационной функции
89. эндокринной функции
90. **ПРЕРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
91. гломерулонефрите
92. пиелонефрите
93. амилоидозе
94. болезни Бенс-Джонса
95. тубулопатиях
96. **РЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
97. гломерулонефрите
98. миеломной болезни
99. рабдомиолизе
100. моноцитарном лейкозе
101. внутрисосудистом гемолизе
102. **ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
103. гломерулонефрите
104. цистите
105. пиелонефрите
106. тубулопатиях
107. миеломной болезни
108. **ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**
109. амилоидозе почек
110. гломерулонефрите
111. пиелонефрите
112. нефротическом синдроме
113. остром некрозе почек
114. **ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**
115. амилоидозе почек
116. гломерулонефрите
117. пиелонефрите
118. нефротическом синдроме
119. остром некрозе почек
120. **ПРЕРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
121. резко выраженный гемолиз
122. мочекаменная болезнь
123. рак мочевого пузыря
124. шок
125. рак простаты
126. **РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
127. резко выраженный гемолиз
128. мочекаменная болезнь
129. рак мочевого пузыря
130. шок
131. рак простаты
132. **ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
133. резко выраженный гемолиз
134. мочекаменная болезнь
135. гломерулонефрит
136. шок
137. сепсис
138. **ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ СДВИГ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ ПО ТИПУ**
139. газового ацидоза
140. газового алколоза
141. метаболического ацидоза
142. метаболического алколоза
143. отсутствия сдвига
144. **ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**
145. уремия
146. гипергидратация
147. гипокальциемия
148. гиперкалиемия
149. гиперфосфатемия
150. **РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ ТОКСИНОВ ПРИ УРЕМИИ ИГРАЕТ**
151. мочевина
152. креатинин
153. фенол
154. гипернатриемия
155. гипермагниемия
156. **РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ ТОКСИНОВ ПРИ УРЕМИИ ИГРАЕТ**
157. мочевина
158. креатинин
159. избыток паратгормона
160. гипернатриемия
161. гипертриацилглицеролемия
162. **ПРИ ИЗОСТЕНУРИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ РАВНА**

1) 1002

2) 1010

3) 1035

4) от 1008 до 1020

5) от 1002 до 1035

1. **ПРИ ГИПОСТЕНУРИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ РАВНА**

1) 1002

2) 1010

3) 1035

4) от 1008 до 1020

5) от 1002 до 1035

1. **СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ**
2. мочевины
3. креатинина
4. фенолрота
5. аммиака
6. паратгормона
7. **УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ФИЛЬРАЦИИ В КЛУБОЧКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
8. снижении онкотического давления плазмы крови
9. снижении проницаемости фильтрующей мембраны
10. снижении системного уровня артериального давления
11. повышении внутрипочечного давления
12. уменьшении числа клубочков
13. **УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ФИЛЬТРАЦИИ В КЛУБОЧКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
14. повышении проницаемости фильтрующей мембраны
15. снижении проницаемости фильтрующей мембраны
16. снижении системного уровня артериального давления
17. повышении внутрипочечного давления
18. уменьшении числа клубочков
19. **УМЕНЬШЕНИЕ ОБЪЕМА ФИЛЬТРАЦИИ В КЛУБОЧКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
20. склеротических изменения приносящей артериолы
21. при повышении проницаемости почечного фильтра
22. снижении внутрипочечного давления
23. увеличении содержания креатинина в плазме крови
24. снижении онкотического давления плазмы крови
25. **ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ НАЗЫВАЕТСЯ**
26. тубулопатия
27. гломерулонефрит
28. уролитиаз
29. уремия
30. цистолитиаз
31. **СЛЕДСТВИЕМ ТУБУЛОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
32. нарушения реабсорбции и секреции в почечных канальцах
33. снижение объема фильтрации в почечном клубочке
34. повышение проницаемости почечного фильтра
35. повышение объема фильтрации в почечном клубочке
36. снижение скорости фильтрации в почечном клубочке
37. **КЛИРЕНС КРЕАТИНИНА ОПРЕДЕЛЯЕТ**
38. объем плазмы крови, который полностью очистился от креатинина за одну минуту
39. объем плазмы крови, который подвергся фильтрации в почечном клубочке за одну минуту
40. содержание креатинина в плазме крови
41. содержание креатинина во вторичной моче
42. объем секреции креатинина почечными канальцами за одну минуту
43. **АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ**
44. определения количества белка, эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в 1 мл мочи
45. определения цвета и прозрачности мочи
46. определения суточных колебаний относительной плотности мочи
47. выявления причины макрогематурии
48. определения клиренса креатинина
49. **АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ**
50. определения суточных колебаний относительной плотности мочи
51. определения цвета и прозрачности мочи
52. определения количества белка, эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в 1 мл мочи
53. выявления причины макрогематурии
54. определения клиренса креатинина
55. **К РЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
56. нарушения объема и ритма диуреза
57. артериальная гипертензия
58. анемия
59. остеопороз
60. метаболический ацидоз
61. **К РЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
62. протеинурия
63. азотемия
64. анемия
65. остеопороз
66. метаболический ацидоз
67. **К РЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
68. гематурия
69. азотемия
70. анемия
71. остеопороз
72. отеки
73. **К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
74. артериальная гипертензия
75. полиурия
76. протеинурия
77. оллакизурия
78. гематурия
79. **К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
80. анемия
81. лейкоцитурия
82. бактериурия
83. никтурия
84. гематурия
85. **К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
86. азотемия
87. протеинурия
88. нарушения объема диуреза
89. никтурия
90. гематурия
91. **К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ У ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ**
92. остеопороз
93. протеинурия
94. нарушения ритма диуреза
95. полиурия
96. гематурия
97. **МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОПАТИЯМИ СВЯЗАН С**
98. устойчивой активацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон
99. повышенным синтезом эритропоэтина
100. недостаточным синтезом кальцитриола
101. развитием азотемии
102. недостаточным синтезом альдостерона
103. **РАЗВИТИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОПАТИЯМИ СВЯЗАНО С**
104. нарушением синтеза эритропоэтина
105. гипергидратацией
106. гематурией
107. полиурией
108. активацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон
109. **РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОПАТИЯМИ СВЯЗАНО С**
110. снижением синтеза кальцитриола
111. полиурией
112. активацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон
113. нарушением синтеза эритропоэтина
114. развитием азотемии
115. **ПОЛИУРИЯ – ЭТО**
116. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
117. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
118. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
119. повышение частоты мочеиспусканий
120. снижение частоты мочеиспусканий
121. **ОЛИГУРИЯ – ЭТО**
122. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
123. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
124. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
125. повышение частоты мочеиспусканий
126. снижение частоты мочеиспусканий
127. **АНУРИЯ – ЭТО**
128. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
129. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
130. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
131. повышение частоты мочеиспусканий
132. снижение частоты мочеиспусканий
133. **ПОЛЛАКИУРИЯ – ЭТО**
134. повышение частоты мочеиспусканий
135. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
136. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
137. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
138. снижение частоты мочеиспусканий
139. **ОЛЛАКИЗУРИЯ – ЭТО**
140. снижение частоты мочеиспусканий
141. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
142. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
143. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
144. повышение частоты мочеиспусканий
145. **НИКТУРИЯ – ЭТО**
146. преобладание у пациента ночного диуреза
147. увеличение объема суточного диуреза более 2,0 л.
148. снижение объема суточного диуреза до 0,5-0,2 л.
149. снижение объема суточного диуреза менее 0,2 л.
150. повышение частоты мочеиспусканий
151. **ДИЗУРИЯ – ЭТО**
152. болезненное мочеиспускание и позывы на него
153. нарушение объема суточного диуреза
154. нарушения ритма диуреза
155. преобладание ночного диуреза
156. сочетание у пациента протеинурии, гематурии и лейкоцитурии
157. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЛИУРИИ У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ**
158. повышенное содержание в моче осмотически активных веществ
159. повышенное содержание в плазме крови осмотически активных веществ
160. снижение площади фильтрации
161. снижение эффективного фильтрационного давления
162. снижение артериального давления
163. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЛИУРИИ У ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**
164. снижение чувствительности почечных канальцев к антидиуретическому гормону
165. повышенное содержание в плазме крови осмотически активных веществ
166. снижение площади фильтрации
167. снижение эффективного фильтрационного давления
168. снижение артериального давления
169. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОЛИГУРИИ У ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**
170. снижение площади фильтрации
171. снижение чувствительности почечных канальцев к антидиуретическому гормону
172. повышенное содержание в моче осмотически активных веществ
173. прием диуретиков
174. повышение проницаемости фильтрующей мембраны
175. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОЛИГУРИИ У ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**
176. снижение эффективного фильтрационного давления
177. снижение чувствительности почечных канальцев к антидиуретическому гормону
178. повышенное содержание в моче осмотически активных веществ
179. прием диуретиков
180. повышение проницаемости фильтрующей мембраны
181. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ**
182. снижение системного артериального давления при шоке
183. снижение объема фильтрации при поражении гломерул
184. обтурация почечных канальцев
185. увеличение объема реабсорбции в почечных канальцах
186. увеличение системного артериального давления
187. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ**
188. снижение объема фильтрации при поражении гломерул
189. снижение системного артериального давления при шоке
190. увеличение объема реабсорбции в почечных канальцах
191. увеличение системного артериального давления
192. сильные болевые ощущения у пациента
193. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ**
194. нарушение проходимости почечных канальцев
195. снижение системного артериального давления при шоке
196. увеличение объема реабсорбции в почечных канальцах
197. увеличение системного артериального давления
198. сильные болевые ощущения у пациента
199. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ**
200. нарушение проходимости мочевыводящих путей
201. снижение объема фильтрации при поражении гломерул
202. снижение системного артериального давления при шоке
203. увеличение системного артериального давления
204. болезненное мочеиспускание
205. **ИЗОСТЕНУРИЯ – ЭТО**
206. состояние, при котором относительная плотность мочи равна плотности плазмы крови (1010)
207. повышение относительной плотности мочи более 1032
208. снижение плотности мочи менее 1002
209. присутствие в моче пациента белков более 150 мг/сутки
210. отсутствие белков в моче пациента
211. **ПРОТЕИНУРИЯ – ЭТО**
212. повышение содержания белка в моче более 150 мг/сутки
213. содержание белка в моче около 50 мг/сутки
214. отсутствие белка в моче
215. повышение содержания белка в плазме крови
216. содержание белка более 50 мг в 1мл мочи
217. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
218. лейкоз
219. повреждение фильтрующей мембраны клубочка
220. повреждение почечных канальцев
221. психоэмоциональное напряжение
222. воспаления мочевых путей
223. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
224. повреждения нефрона
225. лейкоз
226. воспалительные заболевания мочевыводящих путей
227. переохлаждение
228. повышенная секреция в мочу белка почечными канальцами
229. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
230. воспалительные заболевания мочевыводящих путей
231. повреждения нефрона
232. лейкоз, особенно миеломная болезнь
233. длительная инсоляция
234. тубулорексис
235. **ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
236. маршевая протеинурия
237. протеинурия при повреждении нефрона
238. протеинурия при лейкозе
239. протеинурия при воспалениях мочевыводящих путей
240. протеинурия при длительном переохлаждении
241. **ПИУРИЯ – ЭТО**
242. выраженная лейкоцитурия («гной в моче»)
243. содержание бактерий в моче около 10000 в поле зрения
244. повышение содержания белка в моче более 150 мг/сутки
245. содержание лейкоцитов в моче 4-5 в поле зрения
246. полное отсутствие лейкоцитов в моче
247. **МОЧЕВОЙ СИНДРОМ – ЭТО СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА**
248. протеинурии, лейкоцитурии, гематурии и цилиндрурии
249. протеинурии и макрогематурии
250. поллакиурии, лейкоцитурии и гематурии
251. массивной протеинурии, гипопротеинемии, гиперлипидемии и отеков
252. протеинурии, гематурии, артериальной гипертензии и отеков
253. **НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТО СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА**
254. массивной протеинурии, гипопротеинемии, гиперлипидемии и отеков преимущественно серозных полостей
255. протеинурии, гематурии, артериальной гипертензии и отеков периферических тканей
256. протеинурии, лейкоцитурии, гематурии и цилиндрурии
257. протенурии, анемии и артериальной гипертензии
258. протеинурии, отеков и остеопороза
259. **НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТО СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА**
260. протеинурии, гематурии, артериальной гипертензии и отеков периферических тканей
261. массивной протеинурии, гипопротеинемии, гиперлипидемии и отеков преимущественно серозных полостей
262. протеинурии, лейкоцитурии, гематурии и цилиндрурии
263. протеинурии и макрогематурии
264. протенурии, анемии и артериальной гипертензии
265. **ПРИМЕРОМ ПЕРВИЧНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
266. врожденные аномалии анатомической структуры почек
267. гломерулонефрит
268. пиелонефрит
269. диабетическая нефропатия
270. опухоли почек
271. **ПРИМЕРОМ НЕФРОПАТИИ С ИММУННЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**
272. гломерулонефрит
273. пиелонефрит
274. опухоли почек
275. диабетическая нефропатия
276. сосудистая нефропатия
277. **В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЛЕЖИТ**
278. повреждение гломерул по II или III типу иммунного воспаления
279. бактериальное повреждение почечной паренхимы
280. неспецифическое воспаление
281. повреждение гломерул по I типу иммунного воспаления
282. повреждение гломерул по IV типу иммунного воспаления
283. **ЧАЩЕ ВСЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ОРГАНИЗМА**
284. стрептококками и стафилококками
285. кишечной палочкой
286. клебсиеллой
287. энтерококком
288. вирусом Коксаки
289. **МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
290. протеинурию, макрогематурию и лейкоцитурию
291. протеинурию, микрогематурию и лейкоцитурию
292. протеинурию и лейкоцитурию
293. протеинурию, гематурию, лейкоцитурию и бактериурию
294. протеинурию, лейкоцититурию и артериальную гипертензию
295. **В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**
296. не характерен нейтрофильный лейкоцитоз
297. отмечается нейтрофильный лейкоцитоз с гиперрегенераторным сдвигом влево
298. отмечается нейтрофильный лейкоцитоз с дегенераторным сдвигом влево
299. отмечается эритроцитоз
300. отсутствуют антитела к стрептококку
301. **РАЗВИТИЕ ОЛИГОАНУРИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СВЯЗАНО**
302. со снижением площади клубочковой фильтрации
303. с обтурацией почечных канальцев
304. со снижением артериального давления
305. с повышением осмоляльности плазмы крови
306. с обтурацией мочеточников
307. **АЗОТЕМИЯ ПРИ ГЛОМЕРУДЛОНЕФРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПО ПРИЧИНЕ**
308. снижения объема фильтрации в гломерулах
309. снижения объема реабсорбции в почечных канальцах
310. повышения секреции продуктов азотистого обмена в почечных канальцах
311. олигоанурии
312. повышения осмотически активных веществ в плазме крови
313. **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ИМЕЮТ ПРИРОДУ**
314. бактериальную
315. вирусную
316. грибковую
317. паразитарную
318. неспецифическую
319. **МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
320. протеинурию, микрогематурию, лейкоцитурию, цилиндрурию и бактериурию
321. протеинурию, макрогематурию, лейкоцитурию и цилиндрурию
322. протеинурию и лейкоцитурию
323. микрогематурию и пиурию
324. протеинурию, гематурию, лейкоцитурию и артериальную гипертензию
325. **ПОЛЛАКИУРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
326. полиурию, поллакиурию, дизурию и никтурию
327. олигоурию, поллакиурию и дизурию
328. анурию, никтурию и дизурию
329. никтурию и олигоурию
330. поллакиурию и азтемию
331. **В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**
332. характерен нейтрофильный лейкоцитоз
333. присутствуют специфические антитела
334. характерна нейтропения
335. характерен эритроцитоз
336. характерен лимфоцитоз
337. **НЕФРОЛИТИАЗ – ЭТО РАЗНОВИДНОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЕЙ В**
338. почках
339. мочеточниках
340. мочевом пузыре
341. мочеиспускательном канале
342. приносящих почечных артериолах
343. **УРЕТЕРОЛИТИАЗ - ЭТО РАЗНОВИДНОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЕЙ В**
344. мочеточниках
345. почках
346. мочевом пузыре
347. мочеиспускательном канале
348. приносящих почечных артериолах
349. **ЦИСТОЛИТИАЗ - ЭТО РАЗНОВИДНОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЕЙ В**
350. мочевом пузыре
351. почках
352. мочеточниках
353. мочеиспускательном канале
354. приносящих почечных артериолах
355. **МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ СВЯЗАН С**
356. нарушением почечного кровотока на фоне обтурации мочевыводящих путей мочевыми камнями
357. обтурацией мочевыми камнями приносящих почечных артериол
358. сильными болевыми ощущениями при почечной колике
359. обтурацией мочевыми камнями отводящих почечных артериол
360. повышением фильтрации в почечных клубочках
361. **ПРЕРЕНАЛЬНАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
362. шоке, коллапсе
363. инфицировании паренхимы почек бактериальными или вирусными агентами
364. непроходимости почечных канальцев
365. нарушениях оттока мочи
366. аутоиммунных заболеваниях
367. **РЕНАЛЬНАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
368. общей интоксикации, отравлениях
369. снижении артериального давления при острой сердечной недостаточности
370. непроходимости почечных канальцев
371. нарушениях оттока мочи
372. аутоиммунных заболеваниях
373. **ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**
374. нарушениях оттока мочи
375. снижении артериального давления при острой сердечной недостаточности
376. непроходимости почечных канальцев
377. тяжелой гиповолемии
378. аутоиммунных заболеваниях
379. **НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**
380. симптомами причины, вызвавшей ее развитие
381. олигоанурией
382. полиурией
383. снижением клиренса креатинина, азотемией, артериальной гипертензией и отеками
384. мочевым синдромом и метаболическим ацидозом
385. **ОЛИГОАНУРИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**
386. прогрессирующей азотемией, снижением клиренса креатинина, олигоанурией , мочевым синдромом, гипостенурией
387. олигоанурией и падением артериального давления
388. мочевым синдромом, гиперстенурией и артериальной гипертензией
389. повышением клиренса креатинина и относительной плотности мочи
390. только мочевым синдромом

**ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Для каждого вопроса выберите один или несколько правильных ответов

1. Действие тиреоидных гормонов на углеводный обмен заключается в:

А) усилении распада гликогена

Б) уменьшении распада гликогена

В) увеличении реабсорбции глюкозы в почках

Г) снижении реабсорбции глюкозы в почках

Д) увеличении поступления глюкозы в клетки

1. Действие тиреоидных гормонов на жировой обмен заключается в:

А) увеличении всасывания жирных кислот в кишечнике

Б) торможении липолиза

В) торможения всасывания жирных кислот в кишечнике

Г) активации липолиза

Д) торможении синтеза холестерина

1. Действие тиреоидных гормонов на белковый обмен заключается в:

А) угнетении катаболизма белков

Б) стимуляции катаболизма белков

В) стимуляции синтеза белков

Г) усилении всасывания аминокислот в кишечнике

Д) угнетении всасывания аминокислот в кишечнике

1. К признакам гипертиреоза относится:

А) тахикардия

Б) брадикардия

В) аритмия

Г) бледность

Д) гиперемия

1. К признакам гипертиреоза относится:

А) ожирение

Б) потеря массы тела

В) снижение аппетита

Г) отеки на лице

Д) отеки на нижних конечностях

1. К стоматологическим проявлениям гипертиреоза относится:

А) геморрагии на слизистой полости рта

Б) лакированный язык

В) генерализованный кариес

Г) пародонтит

Д) ангулярный хейлит

1. К стоматологическим проявлениям гипертиреоза относится:

А) остеопороз челюстей

Б) пародонтит

В) ангулярный хейлит

Г) лакированный язык

Д) геморрагии на слизистой оболочке

1. К проявлениям гипотиреоза относится:

А) раздражительность

Б) сонливость

В) тахикардия

Г) аритмия

Д) снижение массы тела

1. К проявлениям гипотиреоза относится:

А) слизистые отека

Б) снижение массы тела

В) аритмия

Г) тахикардия

Д) раздражительность

1. К стоматологическим проявлениям гипотиреоза относится:

А) лакированный язык

Б) геморрагии на слизистой оболочке

В) гипоплазия эмали

Г) ангулярный хейлит

Д) глоссит

1. К стоматологическим проявлениям гипотиреоза относится:

А) глоссит

Б) ангулярный хейлит

В) лакированный язык

Г) геморрагии

Д) клиновидные дефекты

1. К стоматологическим проявлениям гипотиреоза относится:

А) геморрагии

Б) лакированный язык

В) ангулярный хейлит

Г) увеличение языка

Д) пародонтит

1. Эффекты тиреокальцитонина заключаются в:

А) блокаде эффектов паратгормона

Б) усилении эффектов паратгормона

В) увеличении реабсорбции кальция в почках

Г) уменьшении отложения кальция в костной ткани

Д) стимуляции распада гликогена

1. Эффекты тиреокальцитонина заключаются в:

А) торможении пролифераии остеокластов

Б) усилении эффектов паратгормона

В) стимуляции распада гликогена

Г) стимуляции распада коллагена

Д) увеличении реабсорбции кальция в почках

1. К эффектам паратгормона относится:

А) стимуляция активности остеокластов

Б) активация катаболизма белков

В) активация катаболизма углеводов

Г) активация катаболизма жиров

Д) активация синтеза гликогена

1. К эффектам паратгормона относится:

А) уменьшение реабсорбции кальция в почках

Б) увеличение реабсорбции кальция в почках

В) активация синтеза белков

Г) активация синтеза жиров

Д) активация синтеза углеводов

1. К эффектам паратгормона относится:

А) активация катаболизма белков

Б) активация катаболизма жиров

В) активация катаболизма углеводов

Г) активация синтеза гликогена

Д) увеличение всасывания кальция в кишечнике

1. К проявлениям гиперпаратиреоза относится:

А) остеопороз

Б) гипергликемия

В) ожирение

Г) кахексия

Д) воспаление щитовидной железы

1. К проявлениям гиперпаратиреоза относится:

А) гипергликемия

Б) ожирение

В) кахексия

Г) нефрокальциноз

Д) воспаление щитовидной железы

1. К стоматологическим проявлениям гиперпаратиреоза относятся:

А) деформация лицевого скелета

Б) геморрагии на слизистой оболочке

В) лакированный язык

Г) глоссит

Д) пародонтит

1. К проявлениям гипопаратиреоза относится:

А) гипергликемия

Б) гипогликемия

В) гипокальциемия

Г) гиперлипидемия

Д) гиперкетонемия

1. К проявлениям гипопаратиреоза относится:

А) повышенная мышечная возбудимость

Б) кахексия

В) ожирение

Г) аритмия

Д0 инфаркт миокарда

1. К проявлениям гипотиреоза относится:

А) кахексия

Б) ожирение

В) судороги

Г) сонливость

Д) отеки

24. К гормонам коры надпочечников относятся:

А) инсулин

Б) глюкагон

В) альдостерон

Г) адреналин

Д) соматостатин

25. К гормонам мозгового вещества надпочечников относится:

А) инсулин

Б) глюкагон

В) альдостерон

Г) адреналин

Д) соматостатин

26. Первичный гиперальдостеронизм развивается при:

А) опухоли клубочковой зоны коры надпочечников

Б) сердечной недостаточности

В) печеночной недостаточности

Г) дыхательной недостаточности

Д) диабете

27. Вторичный гиперальдостеронизи развивается при:

А) опухоли коры надпочечников

Б) сердечной недостаточности

В) дыхательной недостаточности

Г) диабете

Д) ишемии коры надпочеников

28. Гиперальдостеронизм проявляется:

А) понижением артериального давления

Б) артериальной гипертензией

В) кахексией

Г) ожирением

Д) сонливостью

29. Гиперальдостеронизм проявляется:

А) ожирением

Б) кахексией

В) сонливостью

Г) увеличением диуреза

Д) отёками

30. Гиперпродукция глюкокортикоидов проявляется:

А) понижением артериального давления

Б) остеопорозом

В) сонливостью

Г) кахексией

Д) увеличением диуреза

31. К причинам гиперпродукции глюкокортикоидов относится:

А) базофильная аденома гипофиза

Б) сахарный диабет

В) нарушения мозгового кровообращения

Г) инфекционные поражения головного мозга

Д) черепно-мозговые травмы

32. К причинам гиперкортицизма относится:

А) аденома пучковой зоны коры надпочечников

Б) сахарный диабет

В) нарушения мозгового кровообращения

Г) черепномозговые травмы

Д) ишемия надпочечников

33. К проявлениям гиперпродукции глюкокортикоидов относится:

А) похудение

Б) гиперлипидемия

В) гипергликемия

Г) артериальная гипертензия

Д) отеки на нижних конечностях

34. К проявлениям гиперпродукции глюкокортикоидов относится:

А) остеопороз

Б) кахексия

В) отеки на нижних конечнстях

Г) гиперлипидемия

Д) гипергликемия

35. При гиперпродукции глюкокортикоидов наблюдается:

А) кахексия

Б) отеки на нижних конечностях

В) асцит

Г) артериальная гипотензия

Д) диспластическое ожирение

36. Вторичный альдостеронизм налюдается при:

А) опухоли коры надпочечников

Б) почечной недостаточности

В) ишемии головного мозге

Г) черепномозговых травмах

Д) диабете

37. Физиологический эффект инсулина – это:

А) уменьшение содержания глюкозы в крови

Б) увеличение содержания глюкозы в крови

В) стимуляция катаболизма белков

Г) стимуляция катаболизма жиров

Д) стимуляция катаболизма углкводов

38. Физиологическая функция глюкагона состоит в:

А) уиеньшении содержания глшюкозы в крови

Б) увеличении содержания глюкозы в крови

В) стимуляции синтеза белков

Г) стимуляции синтеза жиров

Д) стимуляции синтеза углеводов

39. Действие инсулина на жировую ткань заключается в:

А) стимуляции липолиза

Б) стимуляции липогенеза

В) торможении глюконеогенеза

Г) торможении синтеза гликогена

Д) торможении синтеза белков

40. Причиной диабета 1 типа является:

А) повышение секреции инсулина

Б) опухоль гипофиза

В) повреждение островкового аппарата поджелудочной железы

Г) опухоль поджелудочной железы

Д) опухоль надпочечника

41. К этиологическим факторам диабета 2 типа относится:

А) дефицит рецепторов к инсулину

Б) опухоль надпочечников

В) опухоль поджелудочной железы

Г) повреждение островкового аппарата поджелудочной железы

Д) опухоль гипофиза

42. Нарушения обмена веществ при сахарном диабете характеризуются:

А) усилением гликогенолиза

Б) торможением гликогенолиза

В) торможением липолиза

Г) торможением протеолиза

Д) торможением глюконеогенеза

43. Полиурия при сахарном диабете возникает вследствие:

А) дефицита ферментов реабсорбции в почках

Б) активацией осмотического диуреза

В) снижением концентрирующей функции почек

Г) спазмом отводящих артериол клубочков

Д) расширением отводящих артериол клубочков

44. К стоматологическим проявлениям сахарного диабета относится:

А) лакированный язык

Б) глоссит

В) ангулярный хейлит

Г) сухость полости рта

Д) кариес

45. К стоматологическим проявлениям сахарного диабета относится:

А) уменьшение выделения слюны

Б) увеличение выделения слюны

В) глоссит

Г) лакированный язык

Д) кариес

46. Обезвоживание при диабете связано с:

А) рвотой

Б) диареей

В) полиурией

Г) накоплением жидковти в клетках

Д) уменьшением диурезак

47. В механизме диабетической микроангиопатии участвует:

А) гликозилировани е белков базальной мембраны сосудистой стенки

Б) спазм микрососудов

В) расширение микрососудов

Г) уменьшение сосудистого тонуса

Д) увеличение сосудистого тонуса

48. В механизме диабетической макроангиопатии участвует:

А) атеросклероз

Б) расширение микрососудов

В) спазм микрососудов

Г) увеличение сосудистого тонуса

Д) уменьшение тонуса сосудов

49. Диабетическая кома может быть связана с:

А) ишемией головного мозга

Б) ацидозом

В) ишемией поджелудочной железы

Г) ишемией почек

Д) отеками

50. Гипогликемическая кома развивается при:

А) избыточном введении инсулина

Б) обезвоживании

В) недостатке инсулина

Г) сердечной недостаточности

Д) почечной недостаточности

51. Гиперпродукция глюкокортикоидов вызывает:

а) гипогликемию

б) положительный азотистый баланс

в) повышение АД

г) развитие микседемы

д) снижение тембра голоса

52. Изменение секреции окситоцина играет роль в патогенезе:

а) нарушений родовой деятельности

б) развития микседемы

в) диффузного токсического зоба

г) акромегалии

д) кретинизма

53. Гипопаратиреоз возникает при патологии:

а) половых желез

б) щитовидной железы

в) паращитовидных желез

г) вилочковой железы

д) поджелудочной железы

54. В тяжелых случаях гипотиреоза у взрослых людей возникает:

а) кретинизм

б) микседема

в) евнухоидизм

г) нанизм

д) гипергонадизм

55. Избыток гормонов щитовидной железы встречается при:

а) диффузном токсическом зобе

б) эндемическом кретинизме

в) акромегалии

г) инсулиноме

д) микседеме

56. Гиперкортизолизм составляет патогенетическую основу:

а) болезни Аддисона

б) синдрома Иценко-Кушинга

в) пангипопитуитаризма

г) синдрома Кона

д) микседемы

57. Укажите, как изменяется выработка гормонов при гигантизме

и акромегалии:

а) синтез СТГ повышен

б) синтез СТГ снижен

в) синтез ГТГ снижен

г) синтез АКТГ снижен

д) синтез АКТГ повышен

58. Острая надпочечниковая недостаточность характеризуется:

а) снижением секреции кортикостерона

б) увеличением образования соматомединов

в) снижением секреции ТТГ

г) повышением секреции эстрогенов

д) абсолютной инсулиновой недостаточностью

59. Чрезмерная продукция АКТГ ведет к усилению продукции:

а) андрогенных кортикостероидов, кортикостерона, кортизола, альдостерона

б) норадреналина, адреналина

в) тироксина и трийодтиронина

г) СТГ

д) прогестерона

60. Проявлениями гипотиреоза являются:

а) снижение умственной способности

б) похудание

в) гиперактивность

г) тахикардия

д) повышение температуры

61. Экзофтальм является характерным признаком:

а) гипотиреоза

б) гипогонадизма

в) несахарного диабета

г) гиперкортизолизма

д) гипертиреоза

62. Гипогонадизм у мужчин проявляется:

а) ожирением

б) уменьшением длины конечностей

в) тахикардией

г) снижением тембра голоса

д) гипертермией

63. Дефицит соматотропина ведет к развитию:

а) гипофизарного нанизма

б) недостаточности надпочечников

в) гипофункции щитовидной железы

г) гигантизма

д) акромегалии

64. Больной, 30 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение пальцев рук, носа, губ. За последний год дважды менял размер обуви на больший.

Эти изменения наиболее вероятно обусловлены избыточной продукцией:

а) кортиколиберина

б) АКТГ

в) тиреотропного гормона

г) соматотропного гормона

д) гонадотропного гормона

65. В основе какого заболевания может лежать гипофункция щитовидной железы?

а) акромегалия

б) микседема

в) болезнь Иценко-Кушинга

г) болезнь Аддисона

д) евнухоидизм

66. Экзофтальм является характерным признаком:

а) гипотиреоза

б) гипертиреоза

в) несахарного диабета

г) гиперкортизолизма

д) гипогонадизма

67. Какой из признаков характерен для гипертиреоза (б-ни Базедова-Грейвса)

а) снижение температуры тела

б) снижение основного обмена

в) брадикардия

г) повышение основного обмена

д) снижение артериального давления

68. Какой из признаков характерен для гипотиреоза:

а) повышение температуры тела

б) понижение основного обмена

в) повышение основного обмена

г) тахикардия

д) экзофтальм

69. Чрезмерная продукция какого гормона приводит к развитию болезни Иценко-Кушинга?

а) тиреотропного

б) адренокортикотропного

в) гонадотропного

г) соматотропного

д) пролактина

70. Для какого заболевания характерны следующие проявления: ожирение по верхнему типу, артериальная гипертензия, стрии на коже, гиперпигментация, склонность к гипергликемии?

а) болезни Аддисона

б) болезни Базедова-Грейвса

в) болезни Иценко-Кушинга

г) болезни Симмондса

д) микседемы

71. Какая патология развивается при аденоме клубочковой зоны коры надпочечников?

а) синдром Конна (первичный альдостеронизм)

б) синдром Иценко-Кушинга

в) вторичный альдостеронизм

г) феохромоцитома

д) кретинизм

72. Метаболизм гормонов нарушается при заболеваниях:

а) печени

б) селезенки

в) сердца

г) легких

д) нервной системы

73. Уменьшение продукции адренокортикотропного гормона приводит к:

а) уменьшению синтеза инсулина

б) уменьшению синтеза гормонов коры надпочечников

в) уменьшению синтеза гормонов мозгового слоя надпочечников

г) увеличению синтеза тиреоидных гормонов

д) увеличению синтеза половых гормонов

74. Чрезмерная продукция адренокортикотропного гормона ведет к усилению секреции:

а) инсулина

б) паратгормона

в) тироксина;

г) кортизола

д) адреналина

75. Внезапная отмена длительной терапии кортикостероидами приводит к недостаточности:

а) паратиреоидного гормона

б) оматотропного гормона

в) адреналина

г) кортизола

д) инсулина

76. Внезапная отмена длительной терапии кортикостероидами приводит к недостаточности:

а) паратиреоидного гормона

б) соматотропного гормона

в) адреналина

г) АКТГ

д) инсулина

77. Гиперпродукция СТГ может привести к развитию:

а) гигантизма

б) гипофизарного нанизма

в) несахарного диабета

г) гиперкортизолизма

д) гипогонадизма

78. Гипопродукция соматотропина в молодом возрасте проявляется в форме:

а) акромегалии

б) гипофизарной кахексии

в) адипозогенитальной дистрофии

г) гипофизарного гигантизма

д) гипофизарного нанизма

79. Развитие несахарного диабета обусловлено:

а) гиперсекрецией вазопрессина

б) гипосекрецией вазопрессина

в) гиперсекрецией альдостерона

г) гипосекрецией альдостерона

д) наличием в крови антагонистов инсулина

80. Повреждение нейрогипофиза сопровождается нарушениями секреции:

а) тиреотропного гормона

б) соматотропного гормона

в) адренокортикотропного гормона

г) пролактина

д) вазопрессина

81. Для дефицита антидиуретического гормона характерно:

а) полиурия, гипостенурия, полидипсия

б) полиурия, гиперстенурия, полидипсия

в) олигурия, отеки

г) глюкозурия, полиурия, полидипсия

д) олигурия, протеинурия, гематурия

82. Изменение секреции окситоцина играет роль в патогенезе:

а) нарушений родовой деятельности

б) нарушений углеводного обмена при сахарном диабете

в) нарушений циркадных ритмов «бодрствование – сон»

г) развития микседемы

д) диффузного токсического зоба

83. Гиперпродукция глюкокортикоидов вызывает:

а) гипогликемию

б) положительный азотистый баланс

в) повышение артериального давления

г) повышенную оссификацию костей

д) понижение возбудимости нервной системы

84. Возбуждение центральной нервной системы, повышение артериального давления, гипергликемия, остеопороз, лимфоцитолиз наблюдаются при гиперпродукции:

а) меланостимулирующих гормонов

б) паратиреоидных гормонов

в) половых гормонов

г) глюкокортикостероидов

д) катехоламинов

85. Причиной Аддисоновой болезни наиболее часто бывает:

а) гипертрофия нарпочечников

б) атрофия надпочечников

в) опухоль гипофиза

г) аутоиммунный тиреоидит

д) гиперплазия эпифиза

86. Синдром Конна (первичный альдостеронизм) проявляется:

а) потерей натрия и задержкой калия

б) задержкой натрия и потерей калия

в) олигурией

г) гипотонией

д) накоплением ионов водорода

87. При недостаточном количестве йода в пище развивается:

а) аутоиммунный тиреоидит

б) гипертиреоз

в) гипопаратиреоз

г) эндемический зоб

д) диффузный токсический зоб

88. В тяжелых случаях гипотиреоза у взрослых людей возникает:

а) кретинизм;

б) микседема;

в) евнухоидизм;

г) карликовый нанизм;

д) гипергонадизм

89. Гипофункция щитовидной железы лежит в основе:

а) микседемы

б) эндемического зоба

в) евнухоидизма

г) карликового нанизма

д) гипергонадизма

90. Избыток гормонов щитовидной железы встречается при:

а) микседеме

б) диффузном токсическом зобе

в) эндемическом кретинизме

г) акромегалии

д) инсулиноме

91. Укажите возможные причины гипертиреоза:

а) избыток тиреотропина

б) избыток инсулина

в) избыток гонадотропного

г) избыток соматотропного

д) избыток пролактина

92. Увеличение щитовидной железы, пучеглазие, повышение основного обмена и теплопродукции, тахикардия, повышенная психическая возбудимость характерны для:

а) сахарного диабета

б) гипотиреоза

в) болезни Аддисона

г) базедовой болезни

д) болезни Иценко-Кушинга

93. Увеличение концентрации тиреотропного гормона в крови при гипотиреозе свидетельствует о локализации патологического процесса в:

а) гипофизе

б) щитовидной железе

в) паращитовидных железах

г) гипоталамусе

д) тимусе

94. Гипопаратиреоз возникает при патологии:

а) половых желез

б) щитовидной железы

в) паращитовидных желез

г) вилочковой железы

д) поджелудочной железы

95. С нарушением образования каких гормонов возникает вторичный гипергонадизм?

a) гонадотропина

б) соматотропина

в) меланоцитостимулирующего гормона

г) кортикотропина (АКТГ)

д) вазопрессина

96. С нарушением образования какого гормона отмечается увеличение пигментации кожи?

a) гонадотропинов

б) соматотропина

в) пролактина

г) меланоцитостимулирующего гормона

д) вазопрессина

97. Для гипотиреоза характерно (2):

a) увеличение основного обмена

б) повышение липолиза

в) снижение основного обмена

г) снижение липолиза

98. Для гипертиреоза характерно (3):

a) увеличение основного обмена

б) усиление катаболизма белков

в) повышение липолиза

г) снижение основного обмена

99. Какой механизм играет роль в снижении активности иммунной системы при болезни Иценко-Кушинга?

a) усиление катаболизма белков

б) увеличение интенсивности синтеза белков

в) увеличение липогенеза

г) интенсификация липолиза

100. При каком изменении эндокринной функции возникает несахарный диабет?

a) увеличении вазопрессина

б) уменьшении вазопрессина

в) увеличении альдостерона

г) недостатке инсулина

101. Какое изменение наблюдается при несахарном диабете?

a) увеличение реабсорбции воды

б) уменьшение реабсорбции воды

в) увеличение клубочковой фильтрации

г) уменьшение клубочковой фильтрации

1. **К «ЖЕЛЕЗИСТЫМ» ЭНДОКРИННЫМ НАРУШЕНИЯМ ОТНОСЯТ**
2. нарушение транспорта гормонов
3. изменения в активном центре или конформации молекулы гормона
4. нарушение взаимодействия гормона с рецептором в результате нарушений в клетках мишенях
5. нарушение метаболизма гормонов
6. генетические дефекты биосинтеза гормонов
7. **К «ВНЕЖЕЛЕЗИСТЫМ» ЭНДОКРИННЫМ НАРУШЕНИЯМ ОТНОСЯТ**
8. опухоли железы внутренней секреции
9. изменения в активном центре или конформации молекулы гормона
10. интоксикации железы внутренней секреции
11. инфекции железы внутренней секреции
12. генетические дефекты биосинтеза гормонов
13. **ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМИ РЕГУЛЯТОРАМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ЯВЛЯЮТСЯ ГОРМОНЫ**
14. инсулин
15. глюкагон
16. катехоламины
17. соматотропин
18. глюкокортикоиды
19. **ЛИПОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЖИРОВОЙ ОБМЕН ОБЛАДАЮТ ГОРМОНЫ**
20. инсулин
21. глюкагон
22. катехоламины
23. соматотропин
24. адренокортикотропный гормон
25. **КАТАБОЛИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН ОБЛАДАЮТ В ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ДОЗАХ ГОРМОНЫ**
26. инсулин
27. андрогены
28. эстрогены
29. соматотропин
30. глюкокортикоиды
31. **МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЭКЗОГЕННОМУ ИНСУЛИНУ ПРИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ**
32. аутоантитела блокируют место узнавания на рецепторе
33. аутоантитела связываются с активным местом рецептора и активируют его
34. образование комплекса «аутоантитело + рецептор» в зависимости от вида антител может приводить к активации комплемента и повреждению рецепторов к инсулину
35. образовавшиеся комплексы «антитело + рецептор» собираются в одном месте на поверхности клетки (кэппинг - образование шапки), после чего происходит впячивание мембраны внутрь клетки с образованием фагосомы, где происходит деградация комплексов
36. антитела образуют иммунный комплекс с инсулином
37. **МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ГИПЕРТИРЕОЗА ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ**

**(БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ)**

1. аутоантитела блокируют место узнавания на рецепторе
2. аутоантитела связываются с активным местом рецептора и активируют его
3. образование комплекса «аутоантитело + рецептор» в зависимости от вида антител может приводить к активации комплемента и повреждению рецепторов
4. образовавшиеся комплексы «антитело + рецептор» собираются в одном месте на поверхности клетки (кэппинг - образование шапки), после чего происходит впячивание мембраны внутрь клетки с образованием фагосомы, где происходит деградация комплексов
5. антитела образуют иммунный комплекс с гормоном
6. **МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИМПОТЕНЦИИ У ЛИЦ РЕГУЛЯРНО УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ В БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВАХ**
7. инактивация тестостерона алкоголем
8. инактивация тестостерона антителами
9. изменения в активном центре тестостерона в связи с мутацией
10. снижение инактивации эстрадиола в печени
11. нарушение взаимодействия тестостерона с рецептором в результате патологии клеток-мишеней
12. **В МЕХАНИЗМЕ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОД ДЕЙСТВИЕМ ИЗБЫТКА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРОИСХОДИТ**
13. активация остеокластов в костях
14. угнетается гидроксилирование витамина D в печени
15. угнетается гидроксилирование 25-гидроксивитамина D в почках
16. избыточное депонирование кальция в митохондриях
17. избыточное выведение кальция с мочой
18. **В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОЖИРЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЛЕЖИТ ДЕЙСТВИЕ**
19. инсулина
20. глюкагона
21. катехоламинов
22. соматотропина
23. адренокортикотропного гормона
24. **ГИПЕРПИГЕНТЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА СВЯЗАНА С ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ**
25. катехоламинов
26. глюкокортикоидов
27. адренокортикотропного гормона
28. тиреотропного гормона
29. ацетилхолина
30. **В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИЧИНОЙ АКРОМЕГАЛИИ И ГИГАНТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**
31. базофильная аденома гипофиза
32. эозинофильная аденома гипофиза
33. хромофобная аденома гипофиза
34. кровоизлияние в гипофиз
35. некроз гипофиза
36. **КАРЛИКОВОСТЬ ЛАРОНА ЭТО**
37. недостаточность соматотропина вследствие семейного пангипопитуитаризма I типа
38. недостаточность соматотропина вследствие семейного пангипопитуитаризма II типа
39. недостаточность соматотропина вследствие изолированной недостаточности СТГ I типа
40. недостаточность соматотропина вследствие изолированной недостаточности СТГ II типа
41. снижение секреции соматомедина С (ИФР-1)
42. **ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА СИММОНДСА-ШИЕНА МОЖЕТ БЫТЬ**
43. опухоль клубочковой зоны коры надпочечников
44. опухоль сетчатой зоны коры надпочечников
45. послеродовые кровотечения
46. гиперсекреция АДГ в гипоталямусе
47. недостаточность рецепторов к СТГ в печени
48. **ПРИ ДЕФИЦИТЕ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА В КЛЕТКАХ ДИСТАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОЧЕК ПРОИСХОДИТ УГНЕТЕНИЕ**
49. экспрессии белка-переносчика воды
50. образования межэпителиальных щелей
51. экспрессии белка трансакварина-1
52. экспрессии белка аквапорина-2
53. экспрессии белка акватазы-3
54. **В ПОЛОВИНЕ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**
55. сифилиса
56. туберкулеза
57. гриппа
58. гепатита хронического
59. нефрозо-нефрита
60. **ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

**(БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

1. гиперсекреции АКТГ
2. снижения секреции минералокортикоидов
3. снижения секреции половых гормонов
4. действия антител на меланоциты
5. нарушения синтеза меланина
6. **ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА УОТЕРХАУЗА-ФРИДРИХСЕНА МОЖЕЬ БЫТЬ**
7. сифилиса
8. туберкулеза
9. сепсиса
10. лепры
11. бруцеллеза
12. **ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА КОННА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ**
13. клубочковой зоны коры надпочечников
14. пучковой зоны коры надпочечников
15. сетчатой зоны коры надпочечников
16. мозгового вещества надпочечников
17. мозгового вещества почек
18. **ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ОПУХОЛЬ**
19. клубочковой зоны коры надпочечников
20. пучковой зоны коры надпочечников
21. сетчатой зоны коры надпочечников
22. мозгового вещества надпочечников
23. мозгового вещества почек
24. **ПРИЧИНОЙ ВИРИЛИЗМА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ОПУХОЛЬ**
25. клубочковой зоны коры надпочечников
26. пучковой зоны коры надпочечников
27. сетчатой зоны коры надпочечников
28. мозгового вещества надпочечников
29. мозгового вещества почек
30. **ПРИЧИНОЙ АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ ВРОЖДЕННОЕ**
31. снижение активности тестостерона в результате дефицита фермента 5α-редуктазы
32. нарушение биосинтеза кортизола в результате недостатка 21-гидроксилазы
33. снижение чувствительности тканей к тестостерону в результате дефицита тканевой 5α-

редуктазы

1. нарушение образования дигидротестостерона
2. нарушение конверсии эстрадиола из тестостерона в результате дефицита фермента P450-

ароматазы

1. **СИНДРОМ ГИПЕРТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАК**
2. зоб Хашимото
3. зоб де Кервена
4. Базедов зоб
5. зоб Риделя
6. эндемический зоб
7. **АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ИМЕЕТ НАЗВАНИЕ**
8. зоб Хашимото
9. зоб де Кервена
10. Базедов зоб
11. зоб Риделя
12. эндемический зоб
13. **В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕЖИТ**
14. образование аутоантител к тироксину
15. образование аутоантител к трийодтиронину
16. образование аутоантител к рецептору трийодтиронина
17. образование аутоантител к ТТГ
18. образование аутоантител к рецептору ТТГ
19. **ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ**
20. гипопитуитаризм
21. изолированное нарушение секреции ТТГ
22. секреция аномального (неактивного) ТТГ
23. дефекты ферментов, синтезирующих Т3 и Т4
24. сосудистые поражения гипоталямуса
25. **ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ**
26. гипопитуитаризм
27. эндемический зоб
28. болезнь Хашимото
29. дефекты ферментов, синтезирующих Т3 и Т4
30. опухоли гипоталямуса
31. **ПРИЧИНОЙ ТРЕТИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ**
32. гипопитуитаризм
33. изолированное нарушение секреции ТТГ
34. секреция аномального (неактивного) ТТГ
35. дефекты ферментов, синтезирующих Т3 и Т4
36. сосудистые поражения гипоталямуса

**СТРЕСС**

Для каждого вопроса выберите один или несколько правильных ответов

**1. Наиболее характерные последствия длительного патологического стресса?**

1. анемии, гипертрофия аденогипофиза, аллергические реакции
2. гипо- и дистрофии коркового слоя надпочечников, подавление гуморального и клеточного звеньев иммунитета, эрозии слизистой желудка и кишечника, артериальная гипертензия
3. различные виды кислородного голодания
4. функциональными нарушениями в организме вследствие образования иммунного комплекса
5. нарушения мозгового кровообращения
6. **Для I стадии общего адаптационного синдрома характерно:**
7. увеличение размеров тимуса и лимфатических узлов, истощение функции коры надпочечников
8. гиперсекреция гормонов коры надпочечников, уменьшение размеров тимуса и лимфатических узлов
9. **Правильная посследовательность стадий стресс-реакции:**
10. ст. резистентности — ст. истощения — реакция тревоги
11. реакция тревоги — ст. резистентности — ст. истощения
12. ст. резистентности — реакция тревоги — ст. истощения
13. реакция тревоги — ст. истощения — ст. резистентности
14. ст. резистентности — реакция тревоги — ст. истощения
15. **Гипертрофия коры надпочечников при стрессе развивается:**
16. в стадию тревоги
17. в стадию резистентности
18. в стадию истощения
19. **Стрессоры по природе делятся на три основные группы (3):**
20. первичные
21. средовые (физические, биологические, химические)
22. лекарственные
23. психические
24. социальные
25. **Стрессоры при действии на организм они вызывают два вида реакций (2):**
26. специфические, связанные с качеством действующего фактора
27. защитные
28. приспособительные
29. неспецифические, общие при действии различных стрессоров
30. местные и генерализованные
31. **В настоящее время больше внимания уделяется:**
32. физиологическому стрессу
33. коммуникативному стрессу
34. психоэмоциональному стрессу (отрицательные и положительные эмоции)
35. информационному стрессу
36. управленческому стрессу
37. **Какую триаду симптомов описал Ганс Селье в своих экспериментах на крысах, подвергавшихся стрессу (3)?**
38. инволюция тимуса и лимфоузлов
39. остеопороз
40. дыхательная недостаточность
41. гиперплазия и гипертрофия коры надпочечников
42. появление язв по ходу ЖКТ
43. **Исход взаимодействия стрессора и организма человека зависит от (2):**
44. избирательного отношения человеческого организма к действию различных факторов
45. интенсивности, продолжительности и периодичности воздействия фактора
46. нарушения нормальной жизнедеятельности организма под влиянием вредных для него факторов
47. функциональных нарушений в организме вследствие образования иммунного комплекса
48. способности организма адаптироваться за счет включения защитных физиологических реакций
49. **При взаимодействии со стрессорными факторами в организме формируются (2):**
50. различные виды кислородного голодания
51. адаптивный тип поведенческой реакции
52. пассивный тип поведенческой реакции
53. избирательное отношение человеческого организма к действию различных факторов
54. нарушение нормальной жизнедеятельности организма под влиянием вредных для него факторов
55. **Недостаток адаптивного типа поведенческой реакции при стрессе:**
56. возбуждение двигательных функций
57. расход энергии на бегство в среду, где экстремальный фактор отсутствует
58. расход энергии на патогенный фактор
59. быстрое истощение энергетических ресурсов
60. реакция замирания
61. **Недостаток пассивного типа поведенческой реакции при стрессе:**
62. реакция замирания
63. беззащитность организма перед патогенным фактором
64. возбуждение двигательных функций
65. сохранение энергии, если организм выживает
66. быстрое истощение энергетических ресурсов
67. **Выберите значения для организма эустресса (3):**
68. положительное влияние на организм, мобилизует его
69. отрицательное влияние на организм, психическую деятельность
70. улучшает внимание, реакцию, психическую деятельность
71. отрицательное влияние на психическую деятельность человека
72. повышает адаптационные возможности организма
73. **Выберите значения для организма дистресса (3):**
74. положительное влияние на организм, мобилизует его
75. отрицательное влияние на организм
76. улучшает внимание, реакцию, психическую деятельность
77. отрицательное влияние на психическую деятельность человека
78. может привести к повреждению любых органов и систем
79. **Факторы, от которых зависит возникновение эустресса и дистресса:**
80. физическое и психическое здоровье
81. особенности личности
82. системы индивидуальной психологической защиты
83. социальная поддержка в стрессовой ситуации
84. всё вышеперечисленное
85. **Стадии эустресса (2):**
86. острая
87. восприятие угрозы
88. подострая
89. хроническая
90. исход угрозы
91. резистентности
92. **Стадия восприятия угрозы эустресса включает в себя (3):**
93. воздействие стрессоров на рецепторы организма без их повреждения
94. активацию системы комплемента
95. активацию центра теплопродукции
96. сопоставление в гипоталамусе и коре головного мозга поступившей информации с банком накопленной
97. активацию стресс-системы
98. **К стресс-лимитирующим системам относятся:**
99. опиатная
100. серотонинергическая
101. ГАМК-ергическая
102. антиоксидантная в тканях
103. всё вышеперечисленное
104. **Выделяют три стадии общего адаптационного синдрома (разместить в порядке их следования) (3):**
105. начальная стадия
106. стадия резистентности
107. стадия реконвалесценции
108. стадия тревоги
109. стадия истощения
110. **При развившемся стрессе происходит преимущественная гипертрофия:**
111. клубочковой зоны коры надпочечников
112. сетчатой зоны коры надпочечников
113. пучковой зоны коры надпочечников
114. мозгового слоя надпочечников
115. щитовидной железы
116. **При общем адаптационном синдроме гипертрофия коры надпочечников развивается в стадию:**
117. тревоги
118. резистентности
119. истощения
120. альтерации
121. экссудации
122. **В механизмах развития эмоционального стресса и формирования памяти не имеет значение:**
123. активация адренергической системы
124. активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
125. активация серотонинергической системы
126. активация дофаминергической системы
127. **Типовые реакции на раздражители средней и малой интенсивности, разработанные Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б. и Уколовой М.А.:**
128. реакции тревоги
129. реакции активации
130. реакции истощения
131. реакция альтерации
132. реакции тренировки
133. **При повторении тех же раздражителей примерно той же силы в отличие от реакций тренировки и активации для стресса принципиально характерно:**
134. начинаются немедленно при действии раздражителя с изменений в ЦНС
135. истощение и повреждение функций и систем организма
136. захватывают эндокринную систему, прежде всего надпочечники, половые, щитовидные железы и наиболее видимым образом тимус
137. кратковременное повышение сопротивляемости ко многим факторам внешней среды
138. длительное и устойчивое повышение сопротивления к факторам внешней среды
139. **При повторении тех же раздражителей примерно той же силы в отличие от реакций стресса и тренировки для реакции активации принципиально характерно:**
140. начинаются немедленно при действии раздражителя с изменений в ЦНС
141. истощение и повреждение функций и систем организма
142. захватывают эндокринную систему, прежде всего надпочечники, половые, щитовидные железы и наиболее видимым образом тимус
143. кратковременное повышение сопротивляемости ко многим факторам внешней среды
144. длительное и устойчивое повышение сопротивления к факторам внешней среды
145. **При повторении тех же раздражителей примерно той же силы в отличие от реакций стресса и активации для реакции тренировки принципиально характерно:**
146. начинаются немедленно при действии раздражителя с изменений в ЦНС
147. истощение и повреждение функций и систем организма
148. захватывают эндокринную систему, прежде всего надпочечники, половые, щитовидные железы и наиболее видимым образом тимус
149. кратковременное повышение сопротивляемости ко многим факторам внешней среды
150. длительное и устойчивое повышение сопротивления к факторам внешней среды
151. **Для реакции стресса характерно всё перечисленное, кроме:**
152. нейтрофилез
153. лимфопения
154. эозинопения
155. снижение веса тимуса у животных
156. увеличение веса тимуса у животных
157. **Для реакции тренировки характерно всё перечисленное, кроме:**
158. нейтрофилез
159. лимфопения
160. эозинопения
161. снижение веса тимуса у животных
162. увеличение веса тимуса у животных
163. **Для реакции активации характерно всё перечисленное, кроме:**
164. эозинофилия
165. нейтропения
166. выраженный лимфоцитоз
167. снижение веса тимуса у животных
168. выраженное увеличение веса тимуса у животных в 2-2,5 раза
169. **ПОНЯТИЕ «СТРЕСС» ВПЕРВЫЕ ВВЕЛ**
170. И.П. Павлов
171. Уолтер Б. Кеннон
172. Л.А. Орбели
173. Ганс Селье
174. А.А. Богомолец
175. **«ТРИАДА СЕЛЬЕ» ЭТО**
176. гипертрофия коры надпочечников и инволюция тимуса, селезенки, лимфоузлов; образование геморрагических язв в ЖКТ; нарушение обмена веществ и нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения
177. атрофия коры надпочечников и гипертрофия тимуса, селезенки, лимфоузлов; образование геморрагических язв в ЖКТ; нарушение обмена веществ и нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения
178. гипертрофия коры надпочечников и инволюция тимуса, селезенки, лимфоузлов; образование геморрагических язв в ЖКТ; нейтрофильная лейкопения и лимфоцитоз
179. гипертрофия коры надпочечников и инволюция тимуса, селезенки, лимфоузлов
180. обмена веществ и нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения
181. **СЕКРЕЦИЯГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ СТРЕССЕ ПОВЫЩАЕТСЯ В СТАДИЮ**
182. только раннюю
183. только резистентности
184. только истощения
185. раннюю и резистентности
186. раннюю, резистентности и истощения
187. **ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩАЯ СИСТЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
188. лейкотриены Д
189. простогландины ЕиА
190. интерлейкины 1и2
191. С-реактивный протеин
192. амилоидные белки
193. **ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩАЯ СИСТЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
194. лейкотриены Д
195. интерлейкины 1и2
196. С-реактивный протеин
197. белки теплового шока
198. амилоидные белки
199. **ЦЕНТРАЛЬНАЯ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩАЯ СИСТЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
200. лейкотриены Д
201. интерлейкины 1и2
202. γ-аминомасляную кислоту
203. белки теплового шока
204. амилоидные белки
205. **УСИЛЕННАЯ СЕКРЕЦИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ СТРЕССЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СТАДИЮ**
206. только раннюю
207. только резистентности
208. только истощения
209. раннюю и резистентности
210. раннюю, резистентности и истощения
211. **ЦЕНТРАЛЬНАЯ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩАЯ СИСТЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
212. лейкотриены Д
213. интерлейкины 1и2
214. белки теплового шока
215. амилоидные белки
216. энкефалины, эндорфины
217. **РЕНИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ ПОЧКАМИ ПРИ СТРЕССЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ**
218. катехоламинов
219. глюкокортикоидов
220. СТГ
221. тиреоидных гормонов
222. энкефалинов, эндорфинов
223. **ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ ПРИ СТРЕССЕ**
224. нейтрофилы, лимфоциты и эозинофилы снижаются
225. нейтрофилы увеличиваются, лимфоциты и эозинофилы снижаются
226. нейтрофилы и лимфоциты увеличиваются, эозинофилы снижаются
227. нейтрофилы и эозинофилы увеличиваются, лимфоциты снижаются
228. нейтрофилы, лимфоциты и эозинофилы увеличиваются

**ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ И ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

Для каждого вопроса выберите один или несколько правильных ответов

**1. Состояния, которые относят к экстремальным (4):**

1. уремическая кома
2. гипергидратация
3. диабетическая кома
4. травматический шок
5. коллапс
6. **Для нейроэндокринной фазы шока характер­ны (3):**
7. гипогликемия
8. гипергликемия
9. гиповолемия
10. гиперволемия
11. артериальная гипертензия
12. артериальная гипотензия
13. **Для гемодинамической фазы шока характерны (3):**
14. артериальная гипертензия
15. артериальная гипотензия
16. гиповолемия
17. гиперволемия
18. уменьшение сердечного выброса
19. увеличение венозного возврата к сердцу
20. **Для метаболической фазы шока характерны (4):**
21. гиперволемия
22. гиповолемия
23. артериальная гипотензия
24. артериальная гипертензия
25. снижение активности гипоталамо-гипофизарной и симпатоадреналовой систем
26. **Нарушения гемодинамики в I фазу шока характеризуются (3):**
27. депонированием крови
28. редепонированием крови
29. артериальной гипотензией
30. артериальной гипертензией
31. тахикардией
32. **Нарушения гемодинамики во II фазу шока характеризуются:**
33. депонированием крови
34. гиповолемией
35. артериальной гипотензией
36. тахикардией
37. всё вышеперечисленное
38. **Назовите состояния, относящиеся к терминальным:**
39. воспаление, лихорадка, гипоксия
40. шок, кома, коллапс, обморок
41. преагония, терминальная пауза, агония, клиническая смерть
42. анемия, лейкоз, гемофилии
43. невроз, паралич, парез
44. **При наступлении клинической смерти прежде всего выключаются функции:**
45. желез внутренней секреции
46. иммунной системы
47. ЦНС (коры головного мозга)
48. репродуктивной системы
49. органов пищеварения
50. **Необратимым этапом умирания является:**
51. апреагония
52. агония
53. терминальная пауза
54. клиническая смерть
55. биологическая смерть
56. **Назовите состояния, относящиеся к экстремальным:**
57. воспаление, лихорадка, гипоксия
58. шок, кома, коллапс, обморок
59. преагония, терминальная пауза, агония, клиническая смерть
60. анемия, лейкоз, гемофилии
61. невроз, паралич, парез
62. **Ведущим звеном патогенеза при кардиогенном шоке является:**
63. ослабление нагнетательной функции сердца
64. уменьшение ОЦК
65. падение сосудистого тонуса
66. повышение проницаемости стенки сосудов
67. болевое раздражение
68. **Стадия компенсации при шоке характеризуется:**
69. снижением активности САС и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
70. активацией САС, двигательным и речевым возбуждением, гипервентиляцией легких, гиперрефлексией
71. заторможенностью пациента
72. расслаблением физиологических сфинктеров
73. параличами и парезами
74. **Стадия декомпенсации при шоке характеризуется:**
75. ослаблением эффектов САС, уменьшением сердечного выброса, депонированием крови, олигурией
76. активацией САС
77. двигательным и речевым возбуждением
78. гипервентиляцией легких
79. гиперрефлексией
80. **Ведущим звеном патогенеза при септическом шоке является:**
81. ослабление нагнетательной функции сердца
82. уменьшение ОЦК
83. падение сосудистого тонуса
84. болевое раздражение
85. речевое и двигательное возбуждение
86. **Ведущим звеном патогенеза при постгеморрагическом шоке является:**
87. ослабление нагнетательной функции сердца
88. уменьшение ОЦК
89. падение сосудистого тонуса
90. болевое раздражение
91. повышение проницаемости стенки сосудов
92. **Кардиогенный шок характеризуется:**
93. нарушением кровообращения сердца и снижением АД
94. повышением АД и улучшением кровообращения сердца
95. отсутствием изменений АД и кровообращения
96. развитием сепсиса
97. изменением мышечного тонуса
98. **Ортостатический коллапс развивается вследствие:**
99. недостаточности венозного тонуса
100. кровоизлияния в правый желудочек
101. сепсиса
102. повышения проницаемости стенок микрососудов
103. повышения уровня глюкозы в крови
104. **Патохимической основой любого вида комы является:**
105. изменение тонуса и проницаемости микрососудов
106. глубокая тканевая гипоксия и угнетение возбуждения нейронов
107. изменение тонуса мышц
108. активация лейкопоэза
109. депонирование гликогена
110. **Уремическая кома развивается вследствие:**
111. абсолютной недостаточности инсулина
112. нарушения образования мочевины печенью
113. нарушения удаления токсических веществ почками
114. накопления в организме молочной кислоты
115. падения сосудистого тонуса
116. **Артериальная гипотензия может возникнуть при:**
117. доброкачественной кортикостероме
118. поликистозе почек
119. гипертиреозе
120. травматическом шоке
121. ишемии мозга
122. **Ортостатический коллапс возникает при:**
123. массивной кровопотере
124. травмах поджелудочной железы
125. быстром снижении кислорода во вдыхаемом воздухе
126. кишечных инфекциях
127. резком переходе из горизонтального положения в вертикальное
128. **Назовите острую сосудистую недостаточность, проявляющуюся кратковременной потерей сознания:**
129. обморок
130. коллапс
131. шок
132. кома
133. инсульт
134. **Для печеночной комы характерно:**
135. снижение содержания ионов аммония и аммиака в крови
136. снижение содержания аминокислот в крови
137. снижение содержания мочевины в крови и в моче
138. повышение содержания мочевины в крови и в моче
139. понижение содержания свободного (непрямого) билирубина в крови
140. **Главным патогенетическим звеном гипогликемической комы является:**
141. углеводное и энергетическое «голодание» нейронов головного мозга
142. углеводное «голодание» миокарда
143. гипоосмия крови
144. некомпенсированный кетоацидоз
145. лактоацидоз
146. **К общим реакциям организма на повреждение относят:**
147. ответ острой фазы, шок, коллапс, кому
148. апоптоз, некроз
149. дистрофию, дисплазию
150. гипертрофию, гиперплазию
151. регенерацию
152. **Быстрое падение температуры в III стадию лихорадки может привести к:**
153. развитию острой сосудистой недостаточности (коллапсу)
154. резкому повышению АД
155. нарушению функций иммунной системы
156. активации фагоцитоза
157. развитию анемии
158. **Какой из перечисленных факторов является главным звеном в патогенезе травматического шока?**
159. травма
160. шок
161. боль
162. спазм
163. двигательное и речевое возбуждение
164. **Ведущие звенья патогенеза шока (4):**
165. снижение объема циркулирующей крови
166. снижение выброса катехоламинов
167. повышение проницаемости стенки сосудов
168. гипоксия периферических тканей
169. выделение биологически активных веществ ишемизированной тканью в кровь
170. **Коллапс представляет собой (3):**
171. острую сосудистую недостаточность
172. две стадии развития: возбуждения и угнетения
173. резкое снижение артериального и венозного давления
174. уменьшение массы циркулирующей крови
175. активацию симпатоадреналовой системы с резко выраженной вазоконстрикцией
176. **Выберите проявления, характеризующие эректильную стадию травматического шока (3):**
177. ослабление эффектов симпатико-адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем
178. артериальная гипотензия
179. двигательное и речевое возбуждение
180. бледность кожных покровов
181. тахикардия
182. **Выберите проявления, характеризующие торпидную стадию травматического шока (3):**
183. депонирование крови
184. тахикардия, артериальная гипертензия
185. двигательное и речевое возбуждение
186. артериальная гипоксемия
187. олигурия
188. **При шоке, благодаря централизации кровообращения, в первую очередь поддерживается кровоснабжение:**
189. мозга и сердца
190. кишечника и легких
191. почек и печени
192. поджелудочной железы и желудка
193. мышц и костей
194. **Осложнение, не характеризующее течение геморрагического шока:**
195. недостаточность печени и почек
196. надпочечниковая недостаточность
197. лейкемоидная реакция
198. гипоксическая кома
199. ДВС-синдром
200. **Ведущие звенья патогенеза геморрагического шока (3):**
201. гиповолемия
202. снижение выброса катехоламинов
203. нарушение сократительной функции и ритма сердца
204. гипоксия
205. болевое раздражение
206. **Ведущие патогенетические факторы ожогового шока (3):**
207. гиповолемия
208. снижение выброса катехоламинов
209. болевое раздражение
210. нарушение сократительной функции и ритма сердца
211. повышение проницаемости сосудов
212. **Ведущие патогенетические факторы кардиогенного шока (2):**
213. снижение выброса катехоламинов
214. болевое раздражение
215. повышение проницаемости сосудов
216. нарушение сократительной функции и ритма сердца
217. гиповолемия
218. **К шоку может привести:**
219. падение насосной функции сердца
220. эндокринные расстройства
221. повреждение внутренних органов
222. травма
223. все перечисленное
224. **Вследствие неспособности сердца обеспечить адекватное кровоснабжение тканей из-за первичного нарушения насосной функции левого желудочка развивается:**
225. ожоговый шок
226. септический шок
227. травматический шок
228. кардиогенный шок
229. геморрагический
230. **Чаще всего кардиогенный шок возникает у больных с:**
231. инфарктом миокарда
232. стенокардией
233. аритмией
234. кардиомиопатией
235. миокардитом
236. **Клиническими проявлениями кардиогенного шока являются:**
237. бледность и цианоз кожи, холодные конечности
238. олигурия
239. снижение АД, нитевидный пульс
240. изменения со стороны ЦНС
241. все перечисленные
242. **На фоне кардиогенного шока происходит (2):**
243. падение ударного объема сердца
244. повышение ударного объема
245. возрастает ОПСС
246. падает ОПСС
247. повышение проницаемости сосудов
248. **Какой вид шока развивается в связи с кровопотерей?**
249. ожоговый
250. септический
251. геморрагический
252. травматический шок
253. кардиогенный
254. **Какой вид шока развивается в связи с местным воздействием высокой температуры?**
255. ожоговый
256. септический
257. геморрагический
258. травматический шок
259. кардиогенный
260. **Какой вид шока обусловлен системным действием микробных токсинов?**
261. ожоговый
262. септический
263. геморрагический
264. травматический шок
265. кардиогенный
266. **Какой вид шока развивается в связи с повторным попаданием в организм аллергена?**
267. анафилактический
268. септический
269. геморрагический
270. травматический шок
271. кардиогенный
272. **Причинами комы могут быть:**
273. первичное поражение ЦНС
274. недостаточность или гиперфункция некоторых желез внутренней секреции
275. эндогенные и экзогенные интоксикации
276. нарушения газообмена при различных видах кислородного голодания
277. все перечисленные
278. **Ведущими патогенетическими звеньями комы являются:**
279. гипоксия мозга
280. ацидоз
281. нарушения баланса электролитов
282. нарушения образования и выделения медиаторов в синапсах ЦНС
283. все перечисленные
284. **«Критическое» падение температуры при лихорадке опасно:**
285. развитием коллапса
286. усилением моторики желудочно-кишечного тракта
287. развитием гипергидратации
288. учащением сердечных сокращений
289. повышением артериального давления
290. **Выберите проявление, характеризующее эректильную фазу шока:**
291. уменьшение венозного возврата к сердцу
292. артериальная гипотензия
293. гиповентиляция лѐгких
294. уменьшение сердечного выброса
295. активация симпато-адреналовой системы
296. **Какое нарушение играет роль основного звена патогенеза при диабетической коме у пациента сахарным диабетом 1 типа?**
297. гипергликемия
298. гиперкетонемия
299. гипернатриемия
300. гиперкалиемия
301. лактатацидоз
302. **Какое дыхание чаще всего наблюдается при уремии, эклампсии, кетоацидотической коме?**
303. дыхание Чейн-Стокса
304. дыхание Биота
305. дыхание Куссмауля
306. полипноэ
307. стенотическое дыхание
308. **Назовите первую фазу в течении ожоговой болезни?**
309. ожоговая токсемия
310. ожоговое истощение
311. ожоговый шок
312. выпадение функции кожи
313. аутоинтоксикация
314. **Назовите обратимое угасание функций организма, предшествующее биологической смерти:**
315. шок
316. коллапс
317. постреанимационная болезнь
318. терминальное состояние
319. паралич
320. **Какое дыхание чаще всего наблюдается при уремии, эклампсии, кетоацидотической коме?**
321. стенотическое дыхания
322. дыхание Биота
323. дыхание Куссмауля
324. дыхание Чейн-Стокса
325. Гаспинг-дыхание
326. **Для какого этапа терминального состояния характерен вид больного: «лицо Гиппократа» - ввалившиеся глаза и щеки, заостренный нос, серо-землистый цвет лица, помутнение роговицы, расширение зрачка?**
327. преагония
328. терминальная пауза
329. агония
330. клиническая смерть
331. биологическая смерть
332. **Терминальное состояние, предшествующее клинической смерти и характеризующееся глубоким нарушением функций высших отделов головного мозга, это:**
333. преагония
334. терминальная пауза
335. агония
336. клиническая смерть
337. биологическая смерть
338. **Терминальное состояние, возникающее после прекращения сердечной деятельности и дыхания и продолжающееся до наступления необратимых изменений в высших отделах центральной нервной системы, это:**
339. преагония
340. терминальная пауза
341. агония
342. клиническая смерть
343. биологическая смерть
344. **Терминальное состояние, характеризующееся необратимым прекращением жизнедеятельности организма, являющееся неизбежной заключительной стадией, это:**
345. преагония
346. терминальная пауза
347. агония
348. клиническая смерть
349. биологическая смерть
350. **В процессе умирания и клинической смерти выявляются следующие изменения в организме, кроме:**
351. остановка дыхания
352. аутоинтоксикация
353. асистолия или фибрилляция сердца
354. прекращение деятельности ЦНС
355. угасание функций всех внутренних органов
356. **К абсолютным признакам биологической смерти относятся:**
357. трупное охлаждение
358. трупные пятна на коже
359. трупное окоченение
360. трупное разложение
361. все перечисленные
362. **Комплекс реанимационных мероприятий по оживлению, разработанный В.А. Неговским включает в себя, кроме:**
363. искусственная вентиляция легких
364. внутриартериальное нагнетание крови с адреналином
365. массаж сердца
366. инсулинотерапия
367. электрическая дефибрилляция
368. **Проявления, характеризующие торпидную фазу шока:**
369. тахикардия, артериальная гипертензия, двигательное и речевое возбуждение, гиперрефлексия
370. ослабление эффектов симпато - адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем, уменьшение сердечного выброса, депонирование крови, артериальная гипоксемия, олигурия
371. **Изменения со стороны нервной и эндокринной систем, характерные для эректильной стадии шока:**
372. тахикардия, артериальная гипертензия, двигательное и речевое возбуждение, гиперрефлексия
373. ослабление эффектов симпато - адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем, уменьшение сердечного выброса, депонирование крови, артериальная гипоксемия, олигурия
374. **Причинами комы могут быть:**
375. аутоинтоксикация продуктами метаболизма и распада веществ, дефицит необходимых субстратов метаболизма, экзогенные интоксикации, эндокринопатии
376. внеклеточная гипергидратация, нормоосмолярная гиперволемия, гиполипидемия
377. **К критериям эффективности реанимации относят:**
378. появление пульса на сонных и лучевых артериях
379. уменьшение степени цианоза
380. сужение до того расширенных зрачков
381. повышение артериального давления до 60-70 мм рт.ст.
382. все перечисленные
383. **К постреанимационным расстройствам относят:**
384. нарушение системной и периферической гемодинамики
385. нарушение газообменной функции органов дыхания
386. недостаточность функций печени и почек
387. нарушение функций головного мозга
388. все перечисленные
389. **Сколько периодов выделяют в течении постреанимационной болезни?**
390. 1
391. 2
392. 3
393. 4
394. 5
395. **Какой период постреанимационной болезни характеризуется быстрой динамикой восстановления работы жизненно важных органов и систем в сочетании с нестабильностью многих функций организма?**
396. I
397. II
398. III
399. IV
400. все перечисленные
401. **Какой период постреанимационной болезни характеризуется временной и относительной стабилизацией основных функций организма и улучшением общего состояния больного?**
402. I
403. II
404. III
405. IV
406. все перечисленные
407. **Какой период постреанимационной болезни характеризуется повторным ухудшением состояния с присоединением дыхательной гипоксии, резким снижением парциального давления кислорода в артериальной крови, одышкой, рентгенологическими признаками «шокового» легкого?**
408. I
409. II
410. III
411. IV
412. все перечисленные
413. **Какой период постреанимационной болезни характеризуется как улучшением состояния с последующим выздоровлением, так и углублением функционально метаболических расстройств и структурных нарушений**
414. I
415. II
416. III
417. IV
418. все перечисленные
419. **Шок возникает из-за:**
420. массивного раздражения интерорецепторов
421. массивного раздражения экстерорецепторов
422. массивного раздражения интеро- и экстерорецепторов одновременно
423. все верно
424. **ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ ШОК**
425. геморрагический
426. травматический
427. дегидратационный
428. ожоговый
429. кардиогенный
430. **ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ ШОК**
431. геморрагический
432. травматический
433. дегидратационный
434. септический
435. анафилактический
436. **ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ РАЗВИВАЕТСЯ ШОК**
437. геморрагический
438. травматический
439. дегидратационный
440. кардиогенный
441. анафилактический
442. **ПРИ ПЕРИТОНИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ШОК**
443. геморрагический
444. травматический
445. дегидратационный
446. кардиогенный
447. септический
448. **К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОТНОСЯТСЯ КОМЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ**
449. инсультах
450. диабете
451. уремии
452. отравлении алкоголем
453. различных видах кислородного голодания
454. **К ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИМ ОТНОСЯТСЯ КОМЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ**
455. инсультах
456. диабете
457. уремии
458. отравлении алкоголем
459. различных видах кислородного голодания
460. **К ТОКСИЧЕСКИМ ОТНОСЯТСЯ КОМЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ**
461. инсультах
462. диабете
463. уремии
464. гипопитуитаризме
465. различных видах кислородного голодания
466. **К ГИПОКСИЧЕСКИМ ОТНОСЯТСЯ КОМЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ**
467. инсультах
468. диабете
469. уремии
470. гипопитуитаризме
471. различных видах кислородного голодания
472. **ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ, УМЕНЬШЕНИЕМ МАССЫ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ**
473. агония
474. кома
475. коллапс
476. стресс
477. шок
478. **ОСТРО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ СИНДРОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ РЕЗКИМ УМЕНЬШЕНИЕМ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА В ОРГАНАХ, НЕДОСТАТОЧНЫМ СНАБЖЕНИЕМ КИСЛОРОДОМ, НЕАДЕКВАТНЫМ УДАЛЕНИЕМ ИЗ ТКАНИ ПРОДУКТОВ ОБМЕНА И ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА НАЗЫВАЕТСЯ**
479. агония
480. кома
481. коллапс
482. стресс
483. шок