# Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский Государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

# Институт последипломного образования

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии



**КОМПЛЕКТ ТЕСТОВ К I ЭТАПУ «ТЕСТИРОВАНИЕ» ИТОГОВОЙ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «НЕФРОЛОГИЯ» (ОРДИНАТУРА)**

1. Клетки юкстагломерулярного аппарата вырабатывают:

а) ренин;

б) серотонин;

в) простагландины;

г) ангиотензин;

д) альдостерон.

2. Что понимают под термином олигурия:

 а) выделение за сутки менее 15 л мочи;

 б) выделение за сутки менее 12 л мочи;

в) выделение за сутки менее 10 л мочи;

г) выделение за сутки менее 500 мл мочи;

д) выделение за сутки менее 300 мл мочи.

3. Что понимается под термином гипостенурия:

а) понижение минутного диуреза;

б) монотонность удельной плотности мочи;

в) снижение удельной плотности мочи;

г) повышение удельной плотности мочи;

д) понижение минутного диуреза при повышенной удельной плотности мочи.

4. Что понимают под термином поллакиурия:

а) затрудненное мочеиспускание;

б) болезненное мочеиспускание;

в) редкое мочеиспускание;

г) учащенное мочеиспускание;

д) мочеиспускание в ночное время.

5. Что представляет собой анализ мочи по Нечипорен­ко: определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой:

а) за сутки;

б) за час;

в) за минуту;

г) определение количества мочи, выделенное за 1 ми­нуту;

д) в 1 мл мочи.

6. Что представляет собой анализ мочи по Амбурже:

 а) за сутки;

б) за час;

в) за минуту;

г) определение количества мочи, выделенное за 1 мин;

д) в 1 мл мочи.

7. Для чего назначается проба мочи по 3имницкому?

а) для уточнения характера заболевания почек;

б) для решения вопроса об этиологии заболевания почек;

в) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек;

г) для оценки функции почек;

д) для выявления скрытого поражения клубочков.

8. Радиоизотопная ренография позволяет определить:

а) концентрационную функцию почек;

б) величину канальцевой реабсорбции;

в) васкуляризацию почек, функцию проксимальных канальцев, эвакуаторную способность мочевых путей;

г) форму и размеры почек;

д) форму, размеры и локализацию чашечно-лоха­ночной системы.

9. Какие из перечисленных методов позволяют опреде­лить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы?

а) экскреторная ренография;

б) изотопная ренография;

в) обзорная рентгенография органов брюшной по­лости;

г) определение клубочковой фильтрации и каналь­цевой реабсорбции;

д) сканирование почек.

10. Уздоровых людей содержание белка в суточной моче не выше:

а) 10 мг;

б) 30 мг;

в) 50 мг;

 г) 100 мг;

д) 1,0 г.

11. Какой отдел мочевыделительной системы служит главной причиной протеинурии при гломерулонефрите?

а) клубочки (сосудистый клубочек);

б) канальцы (пачечные канальцы);

в) петля Генле;

г) мочеточники;

д) лоханки.

12. О чем говорит наличие зернистых, восковидных цилиндров?

а) о дегидратации;

б) об органическом поражении почечных канальцев;

в) о физических перегрузках;

г) о снижении рН мочи;

д) о повышении концентрации мочи.

13. Назовите верхнюю границу нормы концентрации в крови мочевины:

а) 3 ммоль/л;

б) 6 ммоль/л;

в) 7 ммоль/л;

г) 8 ммоль/ л;

д) 10 ммоль/л.

14. Каким патологическим процессам поражаются структуры пачек при гломерулонефрите?

а) дистрофия;

б) некроз;

В) бактериальное воспаление;

г) иммунное воспаление;

д) атрофия;

е) метаплазия.

15. При наличии терминальной гематурии (В после­дней порции мочи) источником кровотечения могут быть:

а) мочевой пузырь;

б) мочеиспускательный канал;

в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник.

16. Какие структуры и в какой последовательности поражаются при хроническом гломерулонефрите?

а) клубочки - сосуды - интерстиций - канальцы;

б) канальцы - клубочки - сосуды - интерсгиций;

в) интерстиций - лоханки - клубочки-канальцы;

г) мочеточники - лоханки - интерстиций - канальцы - клубочки

17. Каков основной пусковой механизм развития арте­риальной гипертензии при остром гломерулонефрите?

а) гиперреактивность нервных центров регуляции АД;

б) гипергидратация - задержка натрия и воды;

в) гиперреактивность симпато-адреналовой системы;

 г) увеличение секреции прессорных аминов (акти­вация прессорной систмы);

д) снижение активности депрессорной системы по­чек (калликреин-кининовой системы и простаг­ландинов).

18. В патогенезе отеков при нефротическом синдроме играют роль следующие механизмы, кроме:

а) повышения сосудистой проницаемости;

б) увеличения секреции альдостерона;

в) повышения артериального давления;

г) снижения онкотического давления сыворотки крови;

д) увеличение реабсорбции натрия.

19. Главными клиническими признаками поражения канальцев являются следующие, кроме:

а) ацидоза;

б) глюкозурии;

в) гипо-изостенурии;

г) артериальной гипертензии;

д) цилиндрурии.

20. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома?

а) эритроцитурия по 105-108 в литре;

б) лейкоцитурия более 106 в литре;

в) протеинурия более 100 мг в сутки;

г) бактериурия более 105 в мл;

д) протеинурия более 3,5 г в сутки.

21. Какой синдром характеризуется совокупностью сле­дующих признаков: отеки, высокая протеинурия, гипо­протеинемия, диспротеинемия, гиперлипидемия?

а) нефротический синдром;

б) мочевой;

в) гипертензивный;

г) синдром инфекционных осложнений;

д) хроническая почечная недостаточность.

22. Развитие нефротического синдрома характерно для заболеваний почек, кроме:

а) острого гломерулонефрита;

б) мочекаменной болезни;

в) хронического гломерулонефрита;

г) системной красцой волчанки;

д) диабетического гломерулосклероза.

23. Какие патологические процессы являются главной непосредственной причиной ХПН?

а) склерозирование большей части нефронов;

б) некроз клубочков;

в) васкулит почечных артерий;

г) воспаление клубочков;

д) дистрофия канальцев;

е) некроз канальцев.

24. Что характеризует относительную ХПН в отличие

от абсолютной?

а) ночной диурез выше дневного;

б) изостенурия при отсутствии азотемии;

в) азотемия при изогипостенурии;

г) полиурия при азотемии;

д) азотемия при гипостенурии или при олигоанурии.

25. Что характеризует острую почечную недостаточность:

а) ночной диурез выше дневного;

б) изостенурия при отсутствии азотемии;

 в) азотемия при изогипостенурии;

г) полиурия при азотемии;

д) азотемия при гипостенурии или при олигоанурии.

26. Какие изменения протеинограммы характерны для амилоидоза почек?

а) парaпротеинемия;

б) гиперальбуминемия;

в) гиперпротеинемия.

27. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита применяются лекарства, кроме:

а) глюкокортикоиды;

б) цитостатики;

в) антикоагулянты;

 г) антиагреганты;

д) гемостатические средства.

28. Каковы абсолютные показания для гемодиализа при почечных заболеваниях?

а) тяжелое состояние больного;

 б) нефротический синдром;

в) относительная ХПН;

г) абсолютная ХПН;

д) ОПН.

29. Каковы основные свойства диеты при хроническом гломерулонефрите без ХПН?

а) ограничение только натрия;

б) ограничение только воды;

в) ограничение натрия и воды; г) ограничение натрия. и белков.

30. Kaковы показания к назначению антибиотиков при гломерулонефрите?

 а) лихорадка;

б) признаки бактериальной инфекции в данное время;

в) перенесенная ранее стрептококковая инфекция;

г) увеличение СОЭ, лейкоцитоз;

 д) диспротеинемия.

31. Интерстициальные клетки мозгового вещества почек выделяют:

а) простагландины;

б) серотонин;

в) ренин;

г) ангиотензин;

д) альдостерон.

32. Что понимают под термином полиурия?

а) выделение за сутки более 800 мл мочи;

б) выделение за сутки более 1 л мочи;

в) выделение за сутки более 1,5 л мочи;

г) выделение за сутки более 1,8 л мочи;

д) выделение за сутки более 2 л мочи.

33. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?

а) 1005 - 1015;

б) 1010 - 1020;

в) 1010 - 1012;

г) 1010 - 1022;

д) 1020 - 1025. .

34. Что понимают под термином дизурия?

а) мочеиспускание в ночное время;

б) увеличение количества суточной мочи;

в) уменьшение количества суточной мочи;

г) затрудненные неприятные ощущения и болезнен­ность при мочеиспускании, нарушение ритма мо­чеиспускания;

д) нарушение соотношения дневного и ночного диу­реза.

35. Что представляет собой анализ мочи по Каковско­му-Аддису? Определение количества лейкоцитов, эритро­цитов и цилиндров, выделенных с мочой:

а) за час;

б) за минуту;

в) в 1 мл мочи;

г) определение количества мочи, выделенной за 1 минуту;

д) за 1 сутки.

36. Что представляет собой анализ мочи по 3имницкому?

а) определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в тече­ние суток;

б) определение белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток;

в) определение количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи собранной за сутки в условиях сухоедения;

г) определение количества и удельной плотности су­точной мочи;

д) определение количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в тече­ние суток.

37. Нарушение какой функции почек может выявить проба по 3имницкому?

а) секреции гемопоэтинов;

б) секреции альдостерона;

в) регуляции кислотно-щелочного равновесия;

г) концентрационной функции почек.

38. Сканирование почек позволяет определить:

а) скорость накопления радиоактивного изотопа в почках;

б) скорость выведения радиоактивного изотопа из почек;

в) размеры, форму и локализацию почек;

г) размеры, форму и локализацию чашечно-лоха­ночной системы;

д) скорость клубочковой фильтрации.

39. Какие из перечисленных показателей могут быть определены с помощью ультразвукового исследования по­чек?

а) величина почечного кровотока;

б) размеры, форму и локализацию почек и их чашечно-лоханочной системы;

в) величина почечного плазмотока;

г) функция почечных клубочков;

д) функция почечных канальцев.

40. Протеинурия - это выделение белка с мочой в количестве, превышающем:

а) 10 мг в сутки;

б) 30 мг в сутки;

в) 50 мг в сутки;

г) 100 мг в сутки;

д) 1,0 г в сутки

41. В каких отделах мочевыделительной системы образуются цилиндры?

а) канальцы;

б) клубочки;

в) петля Генле;

г) мочеточники;

 д) лоханки.

42. Как правильно определить степень протеинурии?

а) определением белка в утренней моче;

б) определением белка в суточной моче;

в) определением белка в трехчасовых порциях мочи;

г) определением белка в моче после водяной нагрузки;

д) определением белка в моче после сухоедения.

43. Верхняя граница нормы концентрации креатинина в крови равна:

а) 0,088 ммоль/л;

б) 0,100 ммоль/л;

в) 0,130 ммоль/л;

 г) 0,180 ммолъ/л;

д) 0,300 ммоль/л.

44. При наличии инициальной гематурии (в первой порции мочи) источником кровотечения могут быть:

а) мочеиспускательный канал;

б) мочевой пузырь;

в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

45. При наличии тотальной гематурии источником кровотечения могут быть:

а) мочеиспускательный канал;

б) мочевой пузырь;

в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

46. В патогенезе артериальной гипертензии при диф­фузных заболеваниях почек имеют значение следующие механизмы, кроме:

а) задержка натрия;

б) задержка воды;

в) увеличение секреции прессорных аминов (акти­вация прессорной системы);

г) снижение функции депрессорной системы почек (простагландинов и калликреин-кининовой сис- темы);

д) гиперреактивность нервных центров регуляции АД.

47. Каков пусковой механизм развития артериальной гипертензии при хроническом гломерулонефрите?

а) гиперреактивность нервных центров регуляции АД;

б) гипергидратация (задержка натрия и воды);

в) другие органические поражения артериол почек (гиалиноз, артериолосклероз);

г) иммунное поражение артериол почек гиперфунк­ция юкстагломерулярного аппарата;

д) снижение функции депрессорной системы почек.

48. Главными клиническими признаками поражения гломерул являются следующие, кроме:

а) артериальная гипертензия;

б) гематурия;

в) дизурия;

г) протеинурия;

д) отеки.

в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

49. Какой из вышеперечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?

а) протеинурия более 3,5 г в сутки;

б) лейкоцитурия более 107 в литре;

в) гиперлипидемия;

г) гипопротеинемия;

д) диспротеинемия.

50. Главная причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме:

а) высокая протеинурия;

б) снижение продукции белков в гепатоцитах;

в) повышение катаболизма белков;

г) нарушение всасывания белков в кишечнике;

д) увеличение экскреции белков в кишечнике.

51. Развитие нефротического синдрома не характерно для:

а) острого пиелонифрита;

б) нефропатии беременных;

 в) амилоидоза почек;

г) миеломной болезни;

д) тромбоза нижней полой вены.

52. Какие патологические процессы являются непосредственной причиной острой почечной недостаточности?

а) склерозирование большей части нефронов;

б) некроз канальцев;

в) некроз клубочков;

г) васкулит почечных артерий;

д) воспаление клубочков;

е) дистрофия канальцев.

53. Что характеризует абсолютную ХПН (в отличие от относительной)?

а) ночной диурез выше дневного;

б) изостенурия при отсутствии азотемии;

в) азотемия при изогипостенурии;

г) полиурия при азотемии;

д) азотемия при гипостенурии или олигоанурии.

54. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных заболеваний, кроме:

а) ревматоидный артрит;

б) системная склеродермия;

в) туберкулез;

г) бронхоэктатическая болезнь;

д) миеломная болезнь.

5·5. Наиболее надежным методом, позволяющим кос­венно подтвердить диагноз вторичного амилоидоза почек, является:

а) исследование биоптата десны;

б) исследование биоптата желудка;

в) исследование биоптата селезенки;

г) исследование биоптата кожи;

д) исследование биоптата толстой кишки.

56. Четырехкомпонентная патогенетическая терапия хронического гломерулонефрита включает препараты, кроме:

а) преднизолон;

б) циклофосфамид;

в) гепарин;

г) дипиридамол;

д) антибиотики.

57. Когда при почечной гипертензии не следует доби­ваться нормализации или резкого снижения АД путем гипотензивной терапии?

а) при выраженной анемии;

б) при гематурии;

в) при прогрессировании нефротического синдрома;

г) при ХПН.

58. При какой этиологии нефротического синдрома противопоказаны глюкокортикоиды?

а) системная красная волчанка;

б) подострый злокачественно текущий гломерулонефрит;·

в) амилоидоз почек;

г) хронический гломерулонефрит;

д) острый гломерулонефрит.

59. Какой из перечисленных препаратов обладает наибольшей нефротоксичностью?

а) пенициллины, тетрациклины;

б) канамицин, неомицин, мономицин, гентамицин;

в) невиграмон, фурадонин, нитроксолин;

г) цефалоспорины (цепорин), цефамизин, кефзол;

д) бисептол, сульфаниламиды.

60. Каковы основные свойства диеты при хроническом гломерулонефрите?

а) ограничение приема натрия и белков;

б) ограничение приема натрия;

в) ограничение приема воды;

г) ограничение приема натрия и воды.

61. При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является:

А. гематурия

Б. артериальная гипертония

В. ретинопатия

Г. сохранение функции почек

Д. энцефалопатия

1. Помимо поражения почек по типу гломерулита при узелковом периартериите могут встречаться:

А. инфаркты почек

Б. разрывы почек

В. кортикальный некроз с острой почечной недостаточностью

Г. все перечисленные состояния

Д. верно а и В

1. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать:

А. от нефрита Бурже

Б. от острого гломерулонефрита

В. от хронического гломерулонефрита нефротической формы

Г. от хронического гломерулонефрита гипертонической формы

1. В развитии диабетического гломерулосклероза играют роль иммунные механизмы:

А. при диабете 1 типа

Б. при диабете 2 типа

В. не играют роли вообще

Г. при обоих типах диабета

1. При сахарном диабете течение пиелонефрита:

А. всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями

Б. может носить бессимптомный характер

В. всегда приводит к развитию артериальной гипертонии

Г. всегда носит циклический характер

1. Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является:

А. артериальная гипертония

Б. протеинурия до 0,5 г\л

В. микроальбуминурия

Г. снижение удельного веса мочи

Д. отеки голеней

1. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

 А. отек легких

Б. гипокалиемия

В. дегидратация

Г. все перечисленное

1. Критерием наличия умеренной гиперкалиемии является

А. калий плазмы 5,5- 6,5 при отсутствии изменений ЭКГ

Б. калий плазмы 5,5 – 6,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ

В. калий плазмы 6,5 – 7,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QР на ЭКГ

Г. исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ

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

А. повышение концентрации мочевины крови

Б.повышение содержания креатинина в крови

В. гиперфосфатемия

Г. гиперкалиемия

Д. гиперурикемия

1. Причиной мышечной слабости при острой почечной недостаточности является

А. увеличение внутриклеточного натрия

Б. гипокальциемия

В. гиперкалиемия и метаболический ацидоз

Г. увеличение внутриклеточной воды и внутриклеточного кальция

Д. все перечисленное

1. Причиной дыхательной недостаточности в раннем периоде ОПН становится

А. снижение сердечного выброса

Б. избыток жидкости и артериальная гипертензия

В. нарушение газового обмена, увеличение проницаемости капилляров легких, «дисстресс- синдром»

1. На 1-ом месте в этиологии хронической почечной недостаточности стоит

А. хронический пиелонефрит

Б. хронический гломерулонефрит

В. гипертоническая болезнь

Г. системные заболевания

Д. сахарный диабет

1. «Уремическим токсином» не является

А. мочевина

Б. креатинин

В. бета- 2- микроглобулин

Г. холестерин

Д. билирубин

1. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует

А. артериальная гипертензия

Б. анемия

В. перегрузка жидкостью и натрием

Г. высокий уровень липидов плазмы

Д. все указанные факторы

1. Содержание ренина плазмы у больных с тяжелой ХПН и неконтролируемой гипертонией

А. понижено

Б. повышено

В. не изменено

Г. закономерности не отмечается

1. Стойкая гипертония при ХПН может быть обусловлена

А. полинейропатией

Б. наличием «солетеряющей» почки

В. перикардитом

Г. всеми перечисленными факторами

Д. ни одним из перечисленных факторов

1. Причиной уменьшения длительности жизни эритроцитов при ХПН является

А. продукция измененных эритроцитов

Б. Уремическое окружение

В. понижение образования эритропоэтина

Г. все указанные факторы

Д. верно А и В

1. В практической нефрологии скорость клубочковой фильтрации обычно определяют по клиренсу:

А. мочевины

Б. глюкозы

В. Электролитов

Г. креатинина

Д. альбумина

1. Эритропоэтин вызывает:

А. анаболический эффект

Б. эритропоэтическую порфирию

В. Восстановление эритропоэза и анаболический эффект

Г. увеличение жизни эритроцита

Д. все указанные процессы

1. Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:

А. синдроме Альпорта

Б. поликистозе почек

В. Реноваскулярной гипертонии

Г. вторичном амилоидозе

Д. медуллярной кистозной болезни

1. Критериями нефротического синдрома являются:

А. протеинурия 1 г\ сутки, отеки, гиперхолестеринемия

Б. протеинурия 3,5 г\ сутки, гипо- и диспротеинемия

В. Отеки, гематурия, артериальная гипертония

Г. гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертония

Д. отеки, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия

1. Наиболее часто нефротический синдром развивается при:

А. амилоидозе почек

Б. люпус – нефрите

В. Сахарном диабете

Г. хроническом гломерулонефрите

Д. миеломной болезни

1. Общий анализ крови способствует установлению:

А. хронического гломерулонефрита

Б. хронического пиелонефрита

В. Амилоидоза почек

Г. люпус – нефрита

Д. не имеет самостоятельного дифференциально – диагностического значения

1. В пожилом возрасте происходит:

А. повышение клубочковой фильтрации

Б. понижение клубочковой фильтрации

В. сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне

Г. понижение клубочковой фильтрации только у мужчин

Д. вопрос не исследован

1. С помощью обзорной рентгенографии почек нельзя оценить:

А. размеров почек

Б. местоположения почек

В. рентгенопозитивных конкрементов

Г. аномалии развития сосудов почек

1. Отберите функциональные протеинурии:

А. ортостатическая протеинурия

Б. лихорадочная протеинурия

В. протеинурия напряжения

Г. протеинурия переполнения

Д. микроальбуминурия

1. Выделите нефропатии, характеризующиеся тяжелым легочно – почечным синдромом с почечно – легочной недостаточностью

А. ВИЧ – нефропатия с пневмоцистной интерстициальной пневмонией

Б. гранулематоз Вегенера

В. синдром Гудпасчера

Г. волчаночный нефрит

Д. алкогольный Ig А – нефрит

1. Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие:

А. стафилококковой инфекции

Б. вирусной инфекции

В. стрептококковой инфекции

Г. инфицирования кишечной палочкой

Д. инфицирования другими бактериями

1. Причиной преренальной острой почечной недостаточности является

А. влияние нефротоксических веществ

Б. острая урогенная инфекция

В. обструкция канальцев кристаллами

Г. внезапное падение почечного кровотока

Д. все перечисленные факторы

1. Ренальная острая почечная недостаточность развивается

А. при травматическом шоке

Б. при действии нефротоксических веществ

В. при поражении сосудов почек

Г. при обструкции мочевых путей

1. Постренальная острая почечная недостаточность развивается

А. при травматическом шоке

Б. при действии нефротоксических веществ

В. при поражении сосудов почек

Г. при обструкции мочевых путей

1. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности являются

А. гломерулонефрит

Б. папиллярный некроз

В. тубулярный некроз

Г. поражение интерстиция

1. Острая почечная недостаточность без желтухи возникает

А. при отравлении грибами

Б. при вливании несовместимой по группе крови

В. при лептоспирозе

Г. при остром гломерулонефрите

1. Гемолитико- уремический синдром вызывается

А. массивным гемолизом

Б. внутрисосудисым свертыванием крови

В. шоком

Г. отравлением бледной поганкой

Д. отравлением нитратами

1. Острая почечная недостаточность чаще развивается при применении

А. пенициллинов

Б. макролидов

В. тетрациклинов

Г. аминогликозидов

Д. цефалоспоринов

1. Возможная продолжительность олигурии при отрой почечной недостаточности составляет

А. 1-2 недели

Б. несколько часов

В. от нескольких часов до нескольких недель

Г. все перечисленное

1. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется

А. увеличение удельного веса мочи

Б. полиурией

В. изостенурией

Г. всем перечисленным

1. В стадии восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

А. отек легких

Б. гипокалиемия

В. гипергидратация

Г. уремический перикардит

Д. все вышеперечисленное

1. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

 А. отек легких

Б. гипокалиемия

В. дегидратация

Г. все перечисленное

100. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при ОПН является

А. анурия

Б. высокая гипертония

В. повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв\ л

Г. повышение уровня калия сыворотки до 800 мкмоль\л

Д. развитие перикардита

***ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. а  | 21. а  | 41. а  | 61. г | 81. б |
| 2. г  | 22. б  | 42. б  | 62. г | 82. а |
| 3. в  | 23. а  | 43. в  | 63. а | 83. д |
| 4. г  | 24. б  | 44. а  | 64. а | 84. б |
| 5. д  | 25. д  | 45. в  | 65. б | 85. г |
| 6. в  | 26. а  | 46. д  | 66. в | 86. а |
| 7. г  | 27. д  | 47. г  | 67. а | 87. а  |
| 8. в  | 28. д  | 48. в  | 68. б | 88. в |
| 9. а  | 29. а  | 49. б  | 69. г | 89. г |
| 10. г  | 30. б  | 50. а  | 70. д | 90. б |
| 11. а  | 31. а  | 51. а  | 71. в | 91. г |
| 12. б  | 32. д  | 52. б в  | 72. б | 92. в |
| 13. г  | 33. в  | 53. в  | 73. д | 93. г |
| 14. г  | 34. г  | 54. б  | 74. а | 94. а |
| 15. а  | 35. д  | 55. д  | 75. б | 95. г |
| 16. а  | 36. е  | 56. д  | 76. г | 96. в |
| 17. б | 37. г  | 57. г  | 77. б  | 97. б |
| 18. в  | 38. в  | 58. в  | 78. г | 98. б |
| 19. г  | 39. б  | 59. б  | 79. г | 99. а |
| 20. д  | 40. г  | 60. г  | 80. г | 100. в |

Председатель ЦМК, д.м.н., профессор Г. Ш. Сафуанова