

## Модуль НЕФРОЛОГИЯ

- 1 Понятие аплазия почки означает
  - а отсутствие почки вследствие нефрэктомии
  - б уменьшение почки в размерах с сохранением функциональной способности
  - в врожденное отсутствие одной из почек
  - г редуцирование одной из почек
  
- 2 Нарушением топоики почек НЕ является
  - а поясничная дистопия почки
  - б подковообразная почка
  - в грудная дистопия почки
  - г тазовая дистопия почки
  
- 3 Понятие нефроптоз предусматривает
  - а расположение почек на уровне 5-го поясничного позвонка
  - б поворот почки вокруг своей оси
  - в расположение почек на уровне крестцового отдела
  - г патологическую повышенную подвижность почек
  
- 4 Тазовая дистопия почек — это расположение
  - а обеих почек в тазовой области в стоячем положении
  - б левой почки в тазовой области
  - в обеих почек в тазовой области независимо от положения ребенка
  - г правой почки в тазовой области
  
- 5 Простая гипоплазия почки предусматривает
  - а эмбриональные клубочки с несформированной мезенхимальной тканью, часто с зонами хрящевой ткани
  - б малое количество нефронов, клубочков и увеличение соединительной ткани расширенными канальцами
  - в недостаточное количество нефронов и чашечек при сохраненном их гистологическом строении
  - г диффузный медулярный кистоз с изменением гистологического строения нефронов
  
- 6 Синдром полиурии наблюдается при
  - а медулярной кистозной болезни
  - б аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек
  - в нефронофтисе Фанкони
  - г аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
  - д микрокистозе почек
  
- 7 Синдромокомплекс нефронофтиса Фанкони проявляется: 1)анемией, 2)лейкоцитозом, 3)полиурией, 4)олигоурией, 5)низким ростом
  - а 1, 2, 4

б 1, 3, 5

в 2, 3, 4

г 2, 4, 5

8 Медуллярный кистоз наблюдается при: 1) нефронофтисе Фанкони, 2) аутосомно-рецессивном поликистозе почек, 3) губчатой почке, 4) аутосомно-доминантном поликистозе почек

а 1, 3

б 1, 4

в 2, 4

г 2, 4

9 При микрокистозе почек развивается

а нефритический синдром

б нефротический синдром

в изолированный мочевого синдром

г артериальная гипотензия

10 По данным УЗИ почек кисты визуализируются при

а аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек

б нефронофтисе Фанкони

в медуллярной кистозной болезни

г микрокистозе почек

11 Фиброз печени характерен для

а аутосомно-доминантного варианта поликистоза почек

б олигомеганефронии

в аутосомно-рецессивного варианта поликистоза почек

г медуллярной кистозной болезни

12 Развитие пиелоектазии наблюдается при: 1) стенозе в пиелоуретральном сегменте, 2) гипоплазии обеих почек, 3) подковообразной почке, 4) стенозе уретры, 5) олигомеганефронии

а 1, 3

б 1, 4

в 2, 4

г 2, 5

д 3, 5

13 У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников следующих симптомов:

1) тугоухости; 2) дисплазии тазобедренного сустава, 3) гематурии,

4) бронхиальной астмы, 5) патологии зрения, 6) гепатита

а 1, 3, 5

б 1, 4, 6

в 2, 3, 6

г 2, 4, 5

- 14 При наследственном нефрите не выявляется мутация
- а COL4A5
  - б ΔF508
  - в COL4A4
  - г COL4A3
- 15 Показанием к нефробиопсии при подозрении на синдром Альпорта является: 1)снижение слуха, 2)снижение функций почек, 3)наличие протеинурии более 1 г/24ч, 4)случай смерти от хронической почечной недостаточности в семье
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 3
  - г 2, 4
- 16 При развитии синдрома Гудпасчера после трансплантации почки у больного с синдромом Альпорта вырабатываются антитела к
- а эндотелию почечных капилляров
  - б коллагену IV типа
  - в подоцитам
  - г проксимальным канальцам нефрона
- 17 Сочетание гематурии и снижения слуха с патологией зрения наряду со снижением функций почек в юношеском и зрелом возрасте характерно для
- а болезни де Тони-Дебре-Фанкони
  - б пиелонефрита
  - в синдрома Альпорта
  - г болезни тонких базальных мембран
- 18 Для профилактики прогрессирования наследственного нефрита у детей используют следующие лекарственные препараты
- а защищенные пенициллины
  - б преднизолон
  - в ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
  - г циклоспорин А
- 19 Укажите, какой терапевтический эффект наблюдается при использовании иАПФ: 1)гипотензивный, 2)диуретический, 3)противовоспалительный, 4)гипопротеинурический, 5)антисекреторный
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 4
  - г 2, 5
  - д 3, 5
- 20 Наиболее частой причиной развития ХПН у детей являются

- а приобретенные заболевания почек
  - б инфекции мочевыводящих путей
  - в наследственные или врожденные заболевания почек
  - г артериальная гипертензия
- 21 Укажите наиболее характерный клинический вариант течения острого постстрептококкового гломерулонефрита
- а нефротический синдром
  - б острый нефритический синдром
  - в изолированный мочевого синдром
  - г острая уремия
- 22 Снижение титра С3 компонента комплемента наблюдается при
- а мембранозной нефропатии
  - б мембранопролиферативном гломерулонефрите
  - в IgA-нефропатии
  - г фокально-сегментарном гломерулосклерозе
- 23 Характерными маркерами мочевого синдрома при гломерулонефрите являются: 1)лейкоцитурия, 2)гематурия, 3)глюкозурия, 4)протеинурия
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 3
  - г 2, 4
- 24 Т-клеточный механизм иммунного ответа характерен для
- а мезангиопролиферативного гломерулонефрита
  - б острого постстрептококкового гломерулонефрита
  - в нефротического синдрома с минимальными изменениями
  - г мембранопролиферативного гломерулонефрита
- 25 Иммунокомплексный механизм иммунного ответа наблюдается при
- а нефротическом синдроме с минимальными изменениями
  - б мембранозном гломерулонефрите
  - в фокально-сегментарном гломерулосклерозе
  - г IgA-нефропатии
- 26 Гипертензионный синдром не характерен для
- а мембранопролиферативного гломерулонефрита
  - б острого нефритического синдрома
  - в нефротического синдрома
  - г быстро прогрессирующем гломерулонефрите
- 27 Укажите, какие из перечисленных биохимических маркеров характерны для нефротического синдрома: 1)гиперлипидемия, 2)азотемия, 3)гипоальбуминемия, 4)повышение титра АСЛО
- а 1, 3

- б 1, 4
- в 2, 3
- г 2, 4

28 Укажите, какие из перечисленных маркеров характерны для нефритического синдрома: 1) протеинурия <3 г/сутки, 2) протеинурия >3 г/сутки, 3) артериальная гипертензия, 4) микрогематурия, 5) гиперхолестеринемия

- а 1, 3
- б 1, 4
- в 2, 3
- г 2, 5
- д 3, 5

29 Патогенетическая терапия нефротического синдрома включает в себя назначение: 1) глюкокортикоидов, 2) антибиотиков, 3) диуретиков, 4) антиагрегантов, 5) антикоагулянтов

- а 1, 3, 4
- б 1, 4, 5
- в 2, 3, 5
- г 2, 4, 5

30 При лечении отеков при нефротическом синдроме используют: 1) в/в инфузию 0,9% NaCl, 2) фуросемид, 3) в/в инфузию 4% NaHCO<sub>3</sub>, 4) в/в инфузию 20% альбумина, 5) индометацин

- а 1, 3
- б 1, 4
- в 2, 4
- г 2, 5
- д 3, 5

31 Для стероид-зависимой формы нефротического синдрома характерно

- а часто рецидивирующее течение
- б отсутствие терапевтического эффекта от глюкокортикоидной терапии
- в рецидив заболевания на фоне снижения глюкокортикоидной терапии или спустя 2 недели после отмены глюкокортикоидов
- г больной требует постоянной глюкокортикоидной терапии в дозе 2 мг/кг

32 Патогенетическая терапия стероид-резистентной формы нефротического синдрома включает назначение

- а глюкокортикоидов+антиагрегантов+антикоагулянтов+диуретиков
- б глюкокортикоидов+цитостатиков+антиагрегантов+антикоагулянтов
- в глюкокортикоидов+цитостатиков+антикоагулянтов+анксиолитиков
- г глюкокортикоидов+цитостатиков+диуретиков+антибиотиков

- 33 Укажите, какой из перечисленных симптомов позволяет предположить капилляротоксический нефрит у больного, перенесшего пурпуру Шенлейн-Геноха
- а транзиторная гематурия и лейкоцитурия
  - б стойкая гематурия
  - в рецидивирующая лейкоцитурия
  - г лактат-ацидоз
- 34 Назовите заболевание, чаще всего встречающееся у мальчиков и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и болями в животе
- а узелковый периартериит
  - б геморрагический васкулит
  - в СКВ
  - г острый нефрит
- 35 Развитие быстро прогрессирующего нефрита не связано с течением
- а гранулематоза Вегенера
  - б ревматической лихорадки
  - в геморрагического васкулита
  - г системной красной волчанке
- 36 Рецидивирующая макрогематурия наиболее часто наблюдается при
- а нефротическом синдроме с минимальными изменениями
  - б IgA-нефропатии
  - в фокально-сегментарном гломерулосклерозе
  - г мембранозной нефропатии
- 37 Диагноз «системная красная волчанка» ставится на основании повышения:
- 1)титра ANCA, 2)титра анти-ДНК, 3)титра антинуклеарных антител, 4)титра anti-LKM
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 3
  - г 2, 4
- 38 Поражение почек при вторичном амилоидозе имеет следующие формы:
- 1)протеинурическую, 2)гипертоническую, 3)нефротическую, 4)терминальную, 5)уремическую, 6)гипотоническую
- а 1, 2, 4
  - б 1, 3, 5
  - в 2, 3, 5
  - г 2, 4, 6
  - д 3, 4, 6

- 39 У ребенка после длительного течения остеомиелита появилась гепатоспленомегалия и нефротический синдром. Наиболее вероятно течение
- а СКВ
  - б семейной средиземноморской лихорадки
  - в синдрома Гудпасчера
  - г вторичного амилоидоза
- 40 Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе
- а 10 мг/сут
  - б 20-30 мг/сут
  - в до 2 мг/сут
  - г 0,5-1 мг/сут
  - д назначение колхицина не проводится
- 41 ТИН – это поражение канальцев и интерстиция почки
- а бактериальной этиологии
  - б абактериальной этиологии
  - в любой этиологии
- 42 При ТИН относительная плотность мочи чаще всего
- а снижена
  - б не изменена
  - в повышена
- 43 Протеинурия при интерстициальном нефрите представлена
- а альбуминами
  - б  $\beta_2$ -микроглобулинами
  - в глобулинами
  - г иммуноглобулинами
- 44 Риск развития ТИН лекарственного генеза значительно возрастает от начала приема препарата через
- а 3 дня
  - б 7 дней
  - в 10 дней
  - г не зависит от длительности приема
- 45 При остром интерстициальном нефрите следует назначить:
- 1) глюкокортикоиды, 2) ингибиторы кальциневрина, 3) антибиотики, 4) ингибиторы АПФ, 5) препараты, регулирующие электролитные нарушения
- а 1, 3, 4
  - б 1, 4, 5
  - в 2, 3, 5
  - г 2, 4, 5

- 46 Острая мочекишечная нефропатия может развиться при: 1)распаде опухолей, 2)подагре, 3)радиационной терапии, 4)лечении опухолей цитостатиками, 5)при приеме мясных продуктов в большом количестве
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 4
  - г 2, 5
  - д 3, 5
- 47 Глюкозурия несмотря на нормальный уровень гликемии при отравлениях связана с нарушением функции транспортных систем
- а дистальных канальцев
  - б клубочков
  - в петли Генле
  - г проксимальных канальцев
  - д собирательных трубочек
- 48 Из перечисленных соединений нефротоксичностью обладают: 1)креатинин, 2)липопротеиды, 3)миоглобин, 4)гликопротеиды, 5)гемоглобин
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 4
  - г 2, 5
  - д 3, 5
- 49 Из группы диуретиков нефротоксичными являются
- а калийсберегающие
  - б осмотические
  - в петлевые
  - г тиазидные
- 50 При нарушении обмена пуринов поражение почек обусловлено избыточным поступлением в почки
- а оксалатов
  - б цистина
  - в уратов
  - г фосфатов
  - д триптофана
- 51 Растворимость солей мочевой кислоты
- а повышается при рН мочи <6
  - б повышается при рН мочи >7,5
  - в не зависит от рН мочи
- 52 Нефротоксичность характерна для
- а ацетилсалициловой кислоты

- б диклофенака
  - в ацетамифена
  - г ибупрофена
  - д всех НПВС
- 53 Анальгетическая нефропатия характеризуется следующим гистологическим признаком
- а некроз проксимальной части канальцев
  - б некроз почечных сосочков
  - в атрофия канальцев
  - г эозинофильная инфильтрация канальцев
- 54 Причиной развития ТИН с увеитом является
- а вирусная инфекция
  - б причина не установлена
  - в бактериальная инфекция
  - г паразиты
  - д лекарства
- 55 При изолированном повреждении собирательных канальцев возможно развитие
- а мочевого синдрома в виде микрогематурии
  - б мочевого синдрома в виде гематурии с/без лейкоцитурией в сочетании с полиурией
  - в мочевого синдрома в виде лейкоцитурии
  - г нефротического синдрома
- 56 Препаратами выбора для лечения диабетической нефропатии являются
- а цитостатики
  - б ингибиторы АПФ
  - в глюкокортикоиды
  - г высокобелковая диета
- 57 Антикоагулянтом непрямого действия является
- а курантил
  - б фенилин
  - в гепарин
  - г фраксипарин
  - д тиклид
- 58 В терапии тубулоинтерстициального нефрита глюкокортикоиды
- а никогда не назначаются
  - б всегда назначаются
  - в могут назначаться, преимущественно короткими курсами
  - г могут назначаться, преимущественно длительными курсами
- 59 Для установления окончательного диагноза хронического

- тубулоинтерстициального нефрита проведение биопсии почки
- а необходимо
  - б необходимо только при идиопатическом ТИН
  - в не является необходимым
  - г зависит от этиологии ТИН
- 60 Для лечения хронического интерстициального нефрита используют следующие препараты: 1)витамин D, 2)веторон, 3)фуросемид, 4)витамин А, 5)токоферол, 6)нестероидные противовоспалительные средства
- а 1, 3, 5
  - б 1, 4, 6
  - в 2, 3, 4
  - г 2, 4, 5
- 61 При рахитоподобных заболеваниях первые изменения в крови НЕ затрагивают концентрацию в сыворотке
- а щелочной фосфатазы
  - б фосфора
  - в калия
  - г кальция
- 62 Вальгусная деформация конечностей отмечается при: 1)витамин D-зависимом рахите, 2)фосфат-диабете, 3)болезни де Тони-Дебре-Фанкони, 4)витамин D-дефицитном рахите, 5)почечном тубулярном ацидозе
- а 1, 3, 5
  - б 1, 4, 5
  - в 2, 3, 5
  - г 2, 4, 5
- 63 Клиническую картину витамин D-дефицитного рахита в его «цветущей» форме напоминает
- а болезнь де Тони-Дебре-Фанкони
  - б витамин D-зависимый рахит
  - в витамин D-резистентный рахит
  - г синдром Барттера
- 64 При витамин D-зависимом рахите отмечается
- а повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
  - б недостаточное поступление витамина D<sub>2</sub> в организм ребенка
  - в снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
  - г нарушение образования в почках 1,25-дигидроксиолекальциферола
- 65 Почечный солевой диабет характеризуется: 1)гипонатриемией, 2)гипернатриемией, 3)гипокалиемией, 4)гиперкалиемией, 5)гиповолемией

- а 1, 3
- б 1, 4
- в 2, 4
- г 2, 5
- д 3, 5

66 Для почечной остео дистрофии характерно: 1) повышение в крови концентрации  $1,25(\text{OH})_2$  витамина  $\text{D}_3$ , 2) снижение в крови концентрации  $1,25(\text{OH})_2$  витамина  $\text{D}_3$ , 3) гиперкальциемия, 4) гипокальциемия, 5) гипофосфатемия

- а 1, 3
- б 1, 4
- в 2, 4
- г 2, 5
- д 3, 5

67 При болезни де Тони-Дебре-Фанкони отмечается

- а нарушенное кишечное всасывание
- б снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
- в повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
- г незрелость ферментов печени

68 Почечный тубулярный ацидоз предполагает кислую реакцию

- а мочи
- б крови
- в мочи и крови
- г спинномозговой жидкости

69 При почечном тубулярном ацидозе имеется

- а незрелость ферментов печени
- б снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
- в снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать рН мочи и ограничение транспорта ионов водорода
- г нарушенное кишечное всасывание

70 Причиной развития почечного солевого диабета является

- а сниженная чувствительность к паратгормону
- б низкая чувствительность к альдостерону
- в сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону
- г повышенная чувствительность к паратгормону
- д повышенная чувствительность к альдостерону

71 Основным принципом лечения почечного солевого диабета является введение

- а гипотиазида
- б вазопрессина
- в натрия хлорида
- г альдостерона
- д глюкозы

72 Гиперальдостеронизм наблюдается при: 1)синдроме Лиддла, 2)псевдогипоальдостеронизме, 3)фосфат-диабете, 4)почечном тубулярном ацидозе, 5)синдроме Барттера

- а 1, 3
- б 1, 4
- в 2, 4
- г 2, 5
- д 3, 5

73 Гипохлоремия наблюдается при

- а синдроме Лиддла
- б болезни Де Тони-Дебре-Фанкони
- в почечном тубулярном ацидозе
- г синдроме Барттера

74 Синдром Барттера характеризуется: 1)гиперхлоремией, 2)гипохлоремией, 3)гиперкалиемией, 4)гипокалиемией, 5)гипокальциемией, 6)гипонатриемией

- а 1, 3, 5
- б 1, 4, 6
- в 2, 3, 5
- г 2, 4, 6
- д 3, 5, 6

75 При псевдогипоальдостеронизме концентрация альдостерона

- а ниже нормы
- б выше нормы
- в соответствует норме или незначительно повышена

76 Синдром артериальной гипертензии при синдроме Лиддла обусловлен

- а активацией ренин-ангиотензиновой системы
- б вазоконстрикцией сосудов
- в увеличением ОЦК
- г повышенным выделением натрия с мочой

77 Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете колеблется в пределах

- а 1008-1013
- б 1003-1005
- в 1005-1011
- г 1020-1030

- 78 Почечный несахарный диабет является следствием понижения чувствительности клеток эпителия собирательных трубочек к
- а альдостерону
  - б вазопрессину
  - в паратгормону
  - г соматотропину
  - д соматомедину
- 79 Для гиперкалиемии характерны: 1) парестезии, мышечная слабость, 2) тахикардия, 3) брадикардия, 4) низкий зубец Т, 5) высокий острый зубец Т, 6) расширение комплекса QRS
- а 1, 3, 5
  - б 1, 4, 6
  - в 2, 4, 5
  - г 2, 5, 6
- 80 К уремическим токсинам НЕ относят
- а мочевины
  - б паратгормон
  - в холестерин
  - г креатинин
- 81 Острое почечное повреждение это
- а иммуновоспалительный процесс в клубочках с развитием эпителиальных полулуний
  - б острое, потенциально обратимое нарушение регулируемых почками параметров гомеостаза
  - в острое нарушение кальциево-фосфорного равновесия
  - г снижение скорости клубочковой фильтрации на протяжении более 3 месяцев
- 82 Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности требующей проведения заместительной почечной терапии у детей раннего возраста является
- а отравление
  - б гемолитико-уремический синдром
  - в пиелонефрит
  - г гломерулонефрит
- 83 Обязательный признак острого повреждения почек – это
- а снижение диуреза и возникновение отеков
  - б повышение уровня калия в сыворотке крови
  - в повышение уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови
  - г развитие метаболического ацидоза

- 84 Преренальной причиной острого почечного повреждения являются:  
1) острое поражение паренхимы почек, 2) обструкция мочевыводящих путей; 3) шок, 4) синдром раздавливания, 5) дегидратация при рвоте/диарее
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 3
  - г 2, 4
  - д 3, 5
- 85 Ренальное острое почечное повреждение развивается при: 1) некрозе канальцев почек, 2) острой сосудистой недостаточности, 3) остром отравлении солями тяжелых металлов; 4) сужении мочеточника, 5) мочекаменной болезни
- а 1, 3
  - б 1, 4
  - в 2, 4
  - г 2, 5
  - д 3, 5
- 86 Ренальное острое почечное повреждение связано с
- а поражением клубочков либо канальцев
  - б снижения перфузии почек
  - в нарушением оттока мочи от почек
  - г снижением ОЦК
- 87 Постренальное острое почечное повреждение может развиваться при следующем состоянии
- а острая уратная нефропатия
  - б обструкция нижних мочевых путей
  - в острый нефрит
  - г прием анальгетиков
- 88 Развитие острого почечного повреждения на фоне приема ингибиторов ангиотензин превращающего фермента наблюдается при
- а гломерулонефрите
  - б интерстициальном нефрите
  - в двустороннем стенозе почечных артерий
  - г патологии собирательной системы
- 89 Для олигоанурической стадии острого почечного повреждения НЕ характерно
- а гиперкалиемия
  - б увеличение концентрации мочевины в крови
  - в гиповолемия
  - г увеличением концентрации креатинина в крови
  - д выделительный ацидоз

- 90 Гемолитико-уремический синдром – это
- а поражение почек при гемолитическом кризе вследствие иммунной гемолитической анемии
  - б поражение эндотелия сосудов с развитием тромбоза, в том числе в сосудах почек
  - в уремия вследствие отравления ядохимикатами
  - г острое почечное повреждение в результате нарушения оттока мочи
- 91 Этиологической причиной инфекционного гемолитико-уремического синдрома является
- а патология ADAMTS-13
  - б респираторные вирусные инфекция
  - в шига-подобный токсин
  - г формированием иммунных комплексов на ГБМ
- 92 При гемолитико-уремическом синдроме наблюдаются: 1)анемия, 2)тромбоцитоз, 3)тромбоцитопения потребления, 4)острая почечная недостаточность, 5)хроническая почечная недостаточность
- а 1, 2, 4
  - б 1, 3, 4
  - в 2, 3, 5
  - г 2, 4, 5
- 93 Показаниями к гемодиализу при острой почечной недостаточности являются: 1)снижение скорости клубочковой фильтрации, 2)азотемия, 3)гипокальциемия, 4)гиперкалиемия, 5)анурия
- а 1, 3, 5
  - б 1, 4, 5
  - в 2, 3, 4
  - г 2, 4, 5
- 94 Хроническая почечная недостаточность на первом году жизни развивается при
- а нефронофтизе Фанкони
  - б олигомеганефронии
  - в аутосомно-рецессивном варианте поликистоза почек
  - г аутосомно-доминантном варианте поликистоза почек
- 95 К развитию хронической почечной недостаточности может привести:
- 1)хронический гломерулонефрит, 2)поликистоз почек, 3)сепсис, 4)системная красная волчанка, 5)острый пиелонефрит
- а 1, 2, 4
  - б 1, 3, 5
  - в 2, 3, 5
  - г 2, 4, 5
- 96 Стадию хронической болезни почек определяет

- а креатинин мочи
- б скорость клубочковой фильтрации
- в мочевины крови
- г креатинин крови

97 При хронической болезни почек II стадии скорость клубочковой фильтрации составляет

- а >90 мл/мин
- б 60-89 мл/мин
- в 30-59 мл/мин
- г 15-29 мл/мин
- д <15 мл/мин

98 При хронической болезни почек III стадии скорость клубочковой фильтрации составляет

- а >90 мл/мин
- б 60-89 мл/мин
- в 30-59 мл/мин
- г 15-29 мл/мин
- д <15 мл/мин

99 При хронической болезни почек IV стадии скорость клубочковой фильтрации составляет

- а >90 мл/мин
- б 60-89 мл/мин
- в 30-59 мл/мин
- г 15-29 мл/мин
- д <15 мл/мин

100 Заместительная почечная терапия проводится при следующей стадии хронической болезни почек

- а 1
- б 2
- в 3
- г 4
- д 5

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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