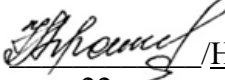
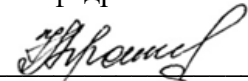


**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра поликлинической терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.08.43 Нефрология
 /Н.В. Агранович/
« 22 » _____ 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой поликлинической терапии
 /Н.В. Агранович/
« 22 » _____ 2024 г.

Фонд оценочных средств по практике

Наименование дисциплины	Клиническая практика 2
Направление подготовки	31.08.43 Нефрология
Направленность (профиль)	Нефрология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-2	Способен участвовать в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи пациенту по профилю «нефрология» при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на	3 с эталоном ответов

	установление последовательности	
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
УК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов

ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-5	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-9	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов

	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		336 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	УК-3	<p>Установите соответствие между типичной управленческой ситуацией в нефрологическом отделении и наиболее эффективным действием заведующего отделением для ее разрешения.</p> <p>Ситуации: 1. Конфликт между врачами-ординаторами из-за распределения сложных пациентов.</p>	1-В, 2-Г, 3-Б, 4-А.

		<p>2. Медсестра процедурного кабинет систематически не соблюдает утвержденный алгоритм подготовки аппаратуры для гемодиализа, ссылаясь на «свой опыт».</p> <p>3. Резкое увеличение количества госпитализаций с осложнениями артериальной гипертензии, ведущее к перегрузке персонала.</p> <p>4. Младший медицинский персонал допускает нарушения санитарно-эпидемиологического режима в палатах.</p> <p>Действия руководителя:</p> <p>А. Провести внеплановый инструктаж младшего медицинского персонала и внедрить чек-лист контроля с персональной ответственностью, объяснив правовые и медицинские последствия нарушений.</p> <p>Б. Организовать экстренное рабочее совещание для перераспределения обязанностей, возможно введение временного графика дежурств и приоритезации задач.</p> <p>В. Четко формализовать и довести до всего коллектива прозрачные критерии распределения пациентов, основанные на тяжести состояния и опыте врача.</p> <p>Г. Применить дисциплинарное взыскание в сочетании с обязательным прохождением повторного обучения по стандарту операции (СОПу) под контролем старшей медсестры.</p> <p>.</p>	
2.	УК-3	<p>Установите соответствие между этапом оказания помощи пациенту с хронической болезнью почек (ХБП) и ключевой управленческой задачей заведующего отделением по его организации.</p> <p>Этапы оказания помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичное амбулаторное обращение пациента с выявленной ХБП 3 стадии. 2. Плановая госпитализация пациента с ХБП 4 стадии для коррекции терапии. 3. Острое нарушение функции трансплантированной почки (неотложная госпитализация). 4. Долечивание и выписка пациента после острого гломерулонефрита. <p>Управленческие задачи:</p> <p>А. Обеспечить четкую преемственность между стационаром и поликлиникой: передать выписной эпикриз участковому терапевту и нефрологу, организовать телефонное консультирование.</p>	1-В, 2-Г, 3-Б, 4-А.

		<p>Б. Оптимизировать маршрутизацию «зеленого коридора»: обеспечить немедленный осмотр дежурной бригадой, приоритет в проведении экстренных диагностических процедур (УЗИ, лаборатория).</p> <p>В. Разработать и внедрить в поликлинике алгоритм своевременного направления к узкому специалисту (нефрологу) для замедления прогрессирования ХБП.</p> <p>Г. Организовать междисциплинарный консилиум (нефролог, кардиолог, диетолог) для составления комплексного индивидуального плана лечения.</p>	
3.	УК-3	<p>Установите соответствие между видом ресурса в нефрологическом отделении и наиболее подходящим инструментом контроля/управления им со стороны руководителя.</p> <p>Виды ресурсов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кадровый ресурс (врачи, медсестры). 2. Материальный ресурс (расходники для диализа, дорогостоящие лекарства). 3. Информационный ресурс (медицинская документация, данные обследований). 4. Технологический ресурс (аппараты «искусственная почка», УЗИ-аппараты). <p>Инструменты управления и контроля:</p> <p>А. Внедрение и аудит электронной истории болезни, стандартизация форм протоколов консилиумов и выписных эпикризов.</p> <p>Б. Регулярное планирование заявок на основе потребностей отделения, анализ расходов на одного пациента, борьба с перерасходом.</p> <p>В. Составление и актуализация графиков сменности, проведение аттестаций, планирование повышения квалификации.</p> <p>Г. Заключение договоров на сервисное обслуживание, ведение журналов неисправностей, планирование поэтапной замены устаревшего оборудования.</p>	1-В, 2-Б, 3-А, 4-Г.
4.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность действий заведующего отделением/руководителя лечебной бригады, этапы оказания медицинской помощи пациенту с впервые выявленной терминальной хронической болезнью почек (тХБП) в условиях нефрологического отделения</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Организация срочного внеочередного заседания врачебной комиссии для решения вопроса о 	4 → 2 → 1 → 3 → 5

		<p>начале заместительной почечной терапии (ЗПТ).</p> <p>2. Формирование мультидисциплинарной команды (нефролог, кардиолог, диетолог, медицинская сестра, психолог, социальный работник).</p> <p>3. Проведение этической беседы с пациентом и его родственниками о методах ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация) и получение информированного добровольного согласия.</p> <p>4. Назначение куратора из числа врачей-нефрологов для ведения пациента.</p> <p>5. Разработка и утверждение индивидуального плана лечения и маршрутизации пациента (подготовка сосудистого доступа, обследование для трансплантации, обучение).</p>	
5.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность действий старшей медицинской сестры отделения гемодиализа при возникновении ургентной ситуации по указанию заведующего отделением.</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <p>1. Немедленно прекратить процедуру диализа по стандартному протоколу (вернуть кровь, отключить аппарат).</p> <p>2. Доложить заведующему отделением и вызвать дежурного врача-реаниматолога.</p> <p>3. Обеспечить постоянный мониторинг жизненно важных функций пациента до передачи врачу.</p> <p>4. Начать проведение неотложных мероприятий согласно алгоритму (например, при гипотонии – придать положение Тренделенбурга, ввести физиологический раствор).</p> <p>5. Организовать четкую передачу информации о пациенте и проведенных мероприятиях прибывшей реанимационной бригаде.</p>	1 → 4 → 2 → 3 → 5
6.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность организационных мероприятий, которые должен инициировать главный внештатный специалист-нефролог (руководитель службы) при планировании работы нефрологической службы при выявлении вспышки гемодиализ-ассоциированной инфекции.</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <p>1. Анализ эпидемиологических данных и идентификация возможного источника инфекции (вода, магистрали, персонал, техника).</p>	4 → 1 → 2 → 3 → 5

		<p>2. Издание оперативного приказа по медицинской организации об усилении противоэпидемического режима в диализном отделении.</p> <p>3. Организация внеочередного обучения среднего и младшего персонала правилам асептики и антисептики.</p> <p>4. Создание рабочей группы (эпидемиолог, бактериолог, заведующий отделением, старшая медицинская сестра) для расследования.</p> <p>5. Внедрение временного протокола усиленного микробиологического контроля и еженедельного представления отчетов.</p>	
7.	УК-3	<p>В отделении запланировано 5 плановых гемодиализов, но вышла из строя одна из искусственных почек (аппарат ИП). Ваши действия как заведующего отделением?</p>	<p>Оценка возможности экстренного ремонта. Перераспределение пациентов на оставшиеся аппараты с учетом срочности (по уровню калия, креатинина, наличия перикардита). Организация сменного (ночного) графика диализов. Информирование пациентов и персонала. Связь с администрацией</p>

			<p>для ускорения замены оборудования. Временное рассмотрение возможности перевода 1-2 пациентов на перитонеальный диализ, если это клинически обосновано.</p>
8.	УК-3	<p>Разработайте план организации «Школы пациента» для больных, начинающих лечение программным гемодиализом. Кого из членов команды и с какой темой вы привлечете?</p>	<p>Мультидисциплинарная команда: врач-нефролог (цель лечения, общие принципы), диализная медсестра (уход за сосудистым доступом, поведение на диализе), диетолог (ограничение калия, фосфора, жидкости), психолог (адаптация к болезни). Формат: цикл из</p>

			5-6 структурированн ых встреч с раздаточными материалами. Ответственный: старшая медсестра отделения за составление графика и учет посещаемости.
9.	УК-3	Пациент с ХБП жалуется вам, как заведующему, на грубость санитарки процедурного кабинета. Ваш алгоритм действий?	1) Выразить пациенту сожаление и благодарность за обращение. 2) Выслушать санитарку в присутствии старшей медсестры. 3) Сопоставить информацию, возможно, запросить записи с камер (если есть). 4) Принять управленческое решение: разбор на совете сестер,

			выговор, внеочередная аттестация или, при неоднократности , увольнение. 5) Проинформировать пациента о принятых мерах (в общих чертах, соблюдая ТК РФ). 6) Рассмотреть вопрос об обучении младшего персонала коммуникативным навыкам.
10.	УК-3	<p>В отделении нефрологии запланировано проведение сложной процедуры плазмафереза у пациента с высоким титром антител при АТ-опосредованном гломерулонефрите. Для безопасного и эффективного проведения процедуры требуется слаженная работа команды из врача-нефролога, врача-трансфузиолога, процедурной медицинской сестры и младшего медицинского персонала.</p> <p>Вопрос: Назовите ключевой документ, регламентирующий действия каждого члена команды в данной ситуации, который должен быть разработан и доведен до исполнителей руководителем отделения (заведующим) для организации процесса.</p> <p>Ответ: _____ (вставьте термин)</p>	Алгоритм (или Инструкция, или Протокол выполнения процедуры / Клинический протокол).
11.	УК-3	<p>В нефрологическом отделении развёрнуто 30 коек, функционирует диализный зал. Руководитель (заведующий) отделения для эффективного управления персоналом и ресурсами, обеспечения круглосуточного оказания помощи, должен иметь чёткий план работы подразделения на определённый период.</p>	План работы отделения (или Годовой план работы)

		<p>Вопрос: Как называется основной организационно-распорядительный документ, который составляется в отделении на год и содержит расстановку кадров, графики дежурств, план повышения квалификации, лечебно-диагностические мероприятия и который руководитель использует для организации работы команды?</p> <p>Ответ: _____ (вставьте термин)</p>	отделения)
12.	УК-3	<p>Пациент с терминальной хронической болезнью почек (тХБП), получающий амбулаторный гемодиализ, был экстренно госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом "Острый коронарный синдром". Руководитель нефрологической службы (нефролог-координатор) для обеспечения преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи должен передать коллегам важную информацию о специфическом состоянии пациента. Какое ключевое словосочетание, характеризующее патологическое состояние, должно быть обязательно указано в сопроводительных документах, так как оно критически влияет на тактику назначения лекарственных препаратов (например, контрастных средств, НПВП, антибиотиков) и ведения пациента?</p>	Остаточная функция почек (или скорость клубочковой фильтрации - СКФ).
13.	УК-3	<p>В отделении нефрологии и диализа отмечается рост числа осложнений в виде инфекций области сосудистого доступа у пациентов на программном гемодиализе. Главный врач поручил вам, как руководителю подразделения, организовать рабочие группы для разработки и внедрения комплекса профилактических мер.</p> <p>Вопрос: Какое ваше первоочередное управленческое действие будет наиболее эффективным для решения этой системной проблемы?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Издать приказ о наложении дисциплинарных взысканий на средний медицинский персонал, в чьей группе пациентов зафиксированы осложнения. 2) Провести внеплановый аудит всех этапов обработки сосудистого доступа: от работы медсестры до соблюдения правил асептики самим пациентом, с привлечением старшей медицинской сестры, врачей и эпидемиолога. 3) Закупить новое, более дорогое антисептическое средство для обработки кожи и обязать персонал его использовать. 4) Провести разовое обучающее занятие с медсестрами отделения по технике обработки катетеров и фистул. 	2

14.	УК-3	<p>В нефрологическом отделении планируется внедрение нового протокола ведения пациентов с диабетической нефропатией. Вам необходимо организовать работу команды для успешного внедрения протокола в клиническую практику.</p> <p>Вопрос: Какие из перечисленных действий руководителя являются ключевыми для эффективной организации этого процесса? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Разработать и довести до сведения всех врачей отделения подробный алгоритм действий согласно новому протоколу в виде письменной инструкции. 2) Назначить ответственного за внедрение протокола из числа наиболее опытных врачей-нефрологов, наделив его полномочиями контролировать исполнение. 3) Ограничиться проведением одной лекции от представителя фармкомпания о преимуществах новых подходов, указанных в протоколе. 4) Организовать цикл рабочих встреч (семинаров, разборов случаев) для обсуждения сложных пунктов протокола, обратной связи от врачей и среднего персонала, а также для анализа первых результатов его применения. 	2, 4
15.	УК-3	<p>В условиях дефицита кадров младший медицинский персонал (санитары) отделения нефрологии не успевает выполнять весь объем работ, что может влиять на соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. Старшая медицинская сестра просит вас как руководителя принять решение.</p> <p>Вопрос: Какое решение будет наиболее грамотным с управленческой точки зрения для обеспечения безопасного процесса оказания помощи?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Обязать медицинских сестер взять на себя часть обязанностей младшего персонала по влажной уборке палат. 2) Проанализировать организацию труда младшего персонала вместе со старшей медицинской сестрой, перераспределить зоны ответственности или рассмотреть вопрос о временном перераспределении санитаров из менее загруженных подразделений, не забывая о контроле качества выполнения работ. 	2

		<p>3) Направить официальный запрос главному врачу о немедленном увеличении штата младшего медицинского персонала.</p> <p>4) Усилить контроль и ужесточить требования к имеющемуся младшему персоналу, внедрив систему штрафов за невыполнение плана уборки.</p>	
16.	УК-3	<p>При организации работы смены в отделении гемодиализа руководитель (врач-нефролог) должен обеспечить в первую очередь:</p> <p>1) Своевременную и полную уборку помещений после каждой смены пациентов.</p> <p>2) Проверку наличия и исправности противопожарного инвентаря.</p> <p>3) Наличие и готовность к работе наборов для оказания неотложной помощи при острых осложнениях процедуры (например, анафилаксия, гипотензия).</p> <p>4) Соблюдение графика работы аппаратов для максимальной загрузки оборудования.</p>	3
17.	УК-3	<p>Руководитель нефрологической службы при планировании графика работы диализного центра должен учитывать следующий ключевой ограничивающий ресурс:</p> <p>1) Количество коек в палатах ожидания.</p> <p>2) Количество функционирующих аппаратов «искусственная почка» и смен их работы.</p> <p>3) Количество санузлов для пациентов.</p> <p>4) Количество медицинских сестер, работающих в дневную смену.</p>	2
18.	УК-3	<p>При возникновении конфликта между медицинской сестрой и пациентом отделения гемодиализа из-за графика процедур, действия заведующего отделением должны быть направлены на:</p> <p>1) Немедленное увольнение медицинской сестры для сохранения репутации центра.</p> <p>2) Выяснение обстоятельств у обеих сторон, анализ расписания и поиск компромиссного решения с учетом медицинских показаний пациента.</p> <p>3) Автоматическое удовлетворение требования пациента, так как он является потребителем услуг.</p> <p>4) Перенаправление пациента в другое лечебное учреждение.</p>	2
19.	УК-3	<p>Какие меры, организованные руководителем, наиболее эффективно предотвратят внутрибольничные инфекции в отделении гемодиализа? (Выберите два верных варианта)</p> <p>1) Регулярное обучение персонала правилам асептики и антисептики при работе с сосудистым доступом.</p> <p>2) Обязательное ношение масок только пациентами.</p>	1, 3

		3) Четкое разделение зон для «чистых» и «грязных» манипуляций, наличие отдельной процедурной для пациентов с положительными маркерами вирусных гепатитов или ВИЧ. 4) Ежедневная кварцевая обработка всех помещений во время работы отделения.	
20.	УК-3	При поступлении в нефрологическое отделение пациента в терминальной стадии ХБП для подготовки к диализу, лечащий врач-ординатор должен: 1) Самостоятельно, без привлечения других специалистов, назначить плановое лечение. 2) Организовать консилиум с участием сосудистого хирурга для обсуждения вопроса формирования сосудистого доступа. 3) Поручить медицинской сестре объяснить пациенту все методы заместительной почечной терапии. 4) Назначить плановую биопсию почки для уточнения диагноза.	2
21.	УК-3	Эффективная работа мультидисциплинарной команды в нефрологии предполагает: 1) Работу каждого специалиста (нефролог, диетолог, психолог, медсестра) строго в рамках своего кабинета без постоянного взаимодействия. 2) Регулярные командные обсуждения сложных пациентов для выработки единого плана лечения и ухода. 3) Принятие всех решений исключительно заведующим отделением без обсуждения. 4) Ведение медицинской документации только лечащим врачом.	2
22.	УК-3	При организации школы для пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) руководитель отделения должен поручить проведение занятий: 1) Только врачам-нефрологам. 2) Разным специалистам команды в соответствии с темой (нефролог, диетолог, медсестра-инструктор по диализу, психолог). 3) Только старшей медицинской сестре. 4) Внештатному лектору из другого учреждения.	2
23.	УК-3	В случае внезапного выхода из строя центрального водопровода в диализном центре, первоочередное действие ответственного врача: 1) Сообщить об этом администрации клиники на следующий день. 2) Немедленно начать процедуры гемодиализа на резервных аппаратах. 3) Прервать проводимые процедуры (если они идут) и организовать безопасное завершение сеансов или перевод пациентов на альтернативный метод очистки крови (если возможно), согласно внутреннему регламенту действий при ЧС. 4) Отправить пациентов по домам.	3

24.	УК-3	<p>Критерием эффективности организации работы команды диализного центра НЕ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Соблюдение временных интервалов между сеансами у разных пациентов на одном аппарате. 2) Нулевой показатель смертности пациентов. 3) Отсутствие жалоб пациентов на несвоевременное начало процедур. 4) Низкая частота технических и медицинских осложнений во время процедур диализа. 	2
25.	УК-3	<p>При обнаружении неадекватности дорогостоящего расходного материала для диализа, старшая медицинская сестра должна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Скрыть этот факт, чтобы избежать нареканий. 2) Немедленно устно доложить заведующему отделением и составить письменный акт. 3) Самостоятельно провести служебное расследование среди младшего персонала. 4) Списывать материал по мере необходимости, как будто он был использован. 	2
26.	УК-3	<p>Рациональное распределение обязанностей в смене отделения гемодиализа предполагает, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Врач выполняет все манипуляции, включая подключение пациента к аппарату. 2) Медицинская сестра самостоятельно изменяет параметры диализа по своему усмотрению. 3) Медицинская сестра осуществляет непосредственный уход, подключение/отключение пациента, мониторинг во время процедуры, а врач контролирует назначения, параметры лечения и решает медицинские вопросы. 4) Младший медицинский персонал отвечает за настройку и дезинфекцию аппаратов. 	3
27.	УК-3	<p>Вы — руководитель нефрологического отделения. В вашем отделении запланирован плановый диализный день. За 30 минут до начала сеансов медсестра процедурного кабинета обнаружила, что в системе централизованной водоподготовки для гемодиализа сработала аварийная сигнализация по уровню остаточного хлора в воде, который превышает допустимые пределы.</p> <p>Ваши первоочередные действия как руководителя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Разрешить проведение сеансов гемодиализа для части пациентов с использованием отдельных аппаратов, оснащенных дополнительными фильтрами. 2) Отменить все плановые сеансы гемодиализа на сегодня, немедленно информировать об этом пациентов и начать расследование причины неисправности. 	2

		<p>3) Провести внеочередной инструктаж среднего медицинского персонала по технике безопасности и поручить им решить проблему.</p> <p>4) Проинформировать администрацию больницы и перераспределить пациентов на диализ в ближайшее отделение другого лечебного учреждения по договоренности.</p>	
28.	УК-3	<p>В вашем отделении внедряется новый регламент профилактики инфекционных осложнений у пациентов на перитонеальном диализе. Часть опытных медицинских сестер сопротивляется изменениям, считая старые методы работы достаточными.</p> <p>Какой стиль руководства и конкретное действие будут наиболее эффективны для решения этой ситуации?</p> <p>1) Авторитарный. Издать приказ о безусловном соблюдении нового регламента под угрозой дисциплинарного взыскания.</p> <p>2) Демократический. Провести рабочее совещание с командой среднего медицинского персонала, где представить доказательную базу (исследования, клинические рекомендации) эффективности нового регламента, обсудить сложности перехода и совместно разработать план его внедрения с учетом практических замечаний.</p> <p>3) Либеральный. Доверить внедрение нововведения наиболее авторитетной старшей медицинской сестре, предоставив ей полную свободу действий.</p> <p>4) Пассивный. Отложить внедрение регламента до получения письменных указаний от главного врача.</p>	2
29.	УК-3	<p>При распределении функциональных обязанностей между медицинскими сестрами нефрологического отделения заведующий отделением должен руководствоваться прежде всего:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Личными симпатиями и стажем работы сотрудников. 2. Пожеланиями самих сотрудников, выраженными в устной форме. 3. Квалификационными характеристиками и должностными инструкциями, утвержденными в организации. 4. Желанием старшей медицинской сестры отделения. 	3

30.	УК-3	<p>В отделении возник конфликт между лечащим врачом и палатной медсестрой по поводу тактики ведения пациента с хронической болезнью почек. Ваши действия как руководителя (заведующего отделением) для урегулирования ситуации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделать выговор обоим сотрудникам за нарушение субординации. 2. Вызвать сотрудников для беседы, выслушать обе стороны и предложить совместно найти решение, опираясь на клинические рекомендации. 3. Поддержать врача, так как его мнение является приоритетным в вопросах лечения. 4. Перевести медсестру в другое отделение для предотвращения дальнейших конфликтов. 	2
31.	УК-3	<p>Какие документы являются основой для организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в нефрологическом отделении?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. График отпусков сотрудников. 2. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения). 3. Жалобная книга отделения. 4. Штатное расписание медицинской организации. 	2
32.	УК-3	<p>К компетенции руководителя медицинской организации (в отличие от заведующего отделением) НЕ относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Утверждение штатного расписания. 2. Издание приказов о поощрении сотрудников. 3. Непосредственный ежедневный контроль за своевременностью выполнения врачебных назначений средним медперсоналом в отделении. 4. Заключение коллективного договора. 	3

33.	УК-3	<p>В отделение поступил пациент — представитель этнической группы, чьи религиозные убеждения запрещают проведение определенных медицинских манипуляций (например, гемотрансфузию). Как должна действовать команда отделения?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проигнорировать убеждения пациента и провести лечение по стандарту, так как жизнь важнее. 2. Уговорить родственников пациента повлиять на него. 3. Собрать консилиум, подробно объяснить пациенту и его семье риски отказа, зафиксировать отказ в документах и искать альтернативные методы лечения в рамках закона. 4. Отказать пациенту в госпитализации. 	3
34.	УК-3	<p>Что из перечисленного является обязанностью заведующего нефрологическим отделением в рамках организации работы персонала?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лично проводить все сложные диагностические процедуры всем пациентам отделения. 2. Составлять график работы и график отпусков сотрудников отделения. 3. Проводить первичный осмотр всех поступающих пациентов. 4. Следить за исправностью сантехники в палатах. 	2
35.	УК-3	<p>Какой стиль руководства является наиболее эффективным в экстренной ситуации (например, при развитии у пациента геморрагического шока во время сеанса диализа)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Либеральный (предоставление полной свободы действий команде). 2. Авторитарный (четкая постановка задач и жесткий контроль за их немедленным исполнением). 3. Демократический (коллективное обсуждение каждого действия). 	2

		4. Попустительский.	
36.	УК-3	<p>При выявлении факта нарушения медицинским работником отделения правил асептики и антисептики, заведующий отделением обязан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести беседу и ограничиться устным замечанием, чтобы не выносить сор из избы. 2. Провести служебное расследование и применить дисциплинарное взыскание в соответствии с Трудовым кодексом РФ. 3. Уволить сотрудника немедленно за грубое нарушение. 4. Переложить ответственность на старшую медсестру. 	2
37.	УК-3	<p>Ординатор заметил, что медицинская сестра неправильно интерпретирует результаты простого анализа мочи (тест-полоски), что может повлиять на тактику ведения пациента. Как ординатору правильно поступить по отношению к коллеге?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При всех указать медсестре на ее некомпетентность. 2. Промолчать, чтобы не создавать конфликта, и самостоятельно перепроверить результат. 3. В корректной форме, наедине, обсудить с медсестрой методику проведения теста и при необходимости провести небольшое обучение. 4. Доложить о ее ошибке заведующему отделением в письменном виде. 	3
38.	УК-3	<p>Планирование объема медицинской помощи в нефрологическом отделении на предстоящий год должно основываться на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Желании заведующего отделением развивать определенные направления. 2. Анализе показателей здоровья прикрепленного населения и заболеваемости за предыдущие периоды. 3. Количестве свободных коек в отделении. 	2

		4. Финансировании, оставшемся с прошлого года.	
39.	УК-3	<p>Кто в медицинской организации (стационаре) несет персональную ответственность за организацию и проведение врачебной комиссии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заведующий отделением. 2. Руководитель медицинской организации (главный врач). 3. Старшая медицинская сестра. 4. Заместитель главного врача по экономическим вопросам. 	2
40.	УК-3	<p>Какие факторы необходимо учитывать руководителю при организации наставничества для молодого специалиста-нефролога?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Только график работы молодого специалиста. 2. Психологическую совместимость наставника и подопечного, уровень квалификации наставника и нагрузку обоих врачей. 3. Желание наставника получить дополнительную оплату. 4. Только пожелания молодого специалиста. 	2
41.	УК-3	<p>При обнаружении пожара в ночное время в отделении диализа, где находятся пациенты, алгоритм действий медперсонала в первую очередь должен предусматривать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спасение медицинской документации. 2. Эвакуацию пациентов из опасной зоны. 3. Обесточивание диализной аппаратуры. 4. Звонок заведующему отделением для получения указаний. 	2

42.	УК-3	<p>Ваш подчиненный (врач-нефролог) систематически опаздывает на утренние конференции, но при этом показывает высокие результаты в лечении пациентов. Какова ваша оптимальная стратегия как руководителя?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не обращать внимания, так как результаты лечения важнее дисциплины. 2. Объявить выговор при всех для острастки остальных. 3. Пригласить сотрудника на беседу, выяснить причины опозданий, напомнить о правилах внутреннего распорядка и важности дисциплины для командной работы. 4. Лишить его стимулирующих выплат за месяц. 	3
43.	УК-4	<p>Установите соответствие между <i>стадией ХБП</i> и <i>основной задачей взаимодействия врача-нефролога с пациентом на данной стадии, направленной на приверженность лечению и замедление прогрессирования болезни.</i></p> <p>Элементы левого столбца (Стадия ХБП):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХБП С3а (СКФ 45-59 мл/мин) 2. ХБП С4 (СКФ 15-29 мл/мин) 3. ХБП С5 (СКФ <15 мл/мин), додиализный период <p>Элементы правого столбца (Ключевая задача взаимодействия):</p> <p>А. Совместное с пациентом и его семьей принятие решения о выборе метода заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация), детальное обсуждение плюсов и минусов каждого.</p> <p>Б. Мотивация на строгий контроль артериального давления и гликемии (при СД), активное обсуждение принципов малобелковой диеты для снижения уремической интоксикации.</p> <p>В. Акцент на модификацию образа жизни (отказ от курения, NSAID), разъяснение связи гипертонии/диабета с поражением почек, начало образования о болезни.</p>	<p>1 – В 2 – Б 3 – А</p>
44.	УК-4	<p>Установите соответствие между <i>клинической ситуацией/задачей</i> и <i>основным профессиональным контрагентом, с которым врач-нефролог должен выстроить</i></p>	<p>1 – А 2 – Б</p>

		<p>продуктивное взаимодействие для ее оптимального решения.</p> <p>Элементы левого столбца (Клиническая ситуация/задача):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подбор безопасной и эффективной иммуносупрессивной терапии после трансплантации почки у пациента с сопутствующей вирусной инфекцией. 2. Коррекция тяжелой минерально-костной дисфункции (вторичный гиперпаратиреоз) у пациента на диализе. 3. Реабилитация и возвращение к трудовой деятельности пациента молодого возраста, начавшего программный гемодиализ. <p>Элементы правого столбца (Основной контрагент для взаимодействия):</p> <p>А. Врач-трансплантолог и врач-инфекционист. Б. Врач диализного отделения и врач-эндокринолог (или специалист по МКБ). В. Врач диализного отделения, медицинский психолог и специалист по социальной работе.</p>	3 – В
45.	УК-4	<p>Установите соответствие между неотложным состоянием и основным содержанием срочного информационного сообщения, которое врач-нефролог должен четко передать дежурной бригаде/специалисту для организации помощи.</p> <p>Элементы левого столбца (Неотложное состояние):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анурия у пациента с единственной почкой в раннем послеоперационном периоде после урологической операции. 2. Гиперкалиемия 6.8 ммоль/л с изменениями на ЭКГ у пациента с ХБП С4 в приемном отделении. 3. Подозрение на тромбоз сосудистого доступа (артерио-венозной фистулы) у пациента на гемодиализе. <p>Элементы правого столбца (Ключевое сообщение для взаимодействия):</p> <p>А. Дежурному сосудистому хирургу: "Пациент на ГД, отсутствие шума и пальпаторной вибрации на фистуле, необходима срочная ревизия/ангиография". Б. Дежурному врачу-реаниматологу/терапевту: "Пациент с ХБП, жизнеугрожающая гиперкалиемия, требуется экстренная медикаментозная коррекция и подготовка к диализу". В. Дежурному урологу/хирургу и реаниматологу: "Подозрение на обструкцию или ишемию</p>	1 – В 2 – Б 3 – А

		единственной почки, необходимо срочное УЗИ, решение о ревизии или стентировании".	
46.	УК-4	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога (ординатора) после установления диагноза ХБП 3а стадии у пациента в условиях поликлиники.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести беседу с пациентом о диагнозе, факторах риска прогрессирования, необходимости модификации образа жизни и важности регулярного наблюдения. 2. Заполнить форму этапного эпикриза для лечащего врача-терапевта/врача общей практики (ВОП) с рекомендациями по мониторингу и совместному ведению пациента. 3. Выявить снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и подтвердить признаки почечного повреждения при профилактическом осмотре. 4. Назначить углубленное нефрологическое обследование (анализы мочи, УЗИ почек, консультации) для уточнения причины ХБП и составления плана лечения. 5. Провести консультативную беседу с кардиологом (при наличии артериальной гипертензии, сердечной недостаточности) и эндокринологом (при наличии сахарного диабета) для согласования единой медикаментозной тактики. 	3 → 4 → 1 → 5 → 2
47.	УК-4	<p>Установите правильную последовательность этапов взаимодействия медицинской команды при подготовке пациента с ХБП 5 стадии к заместительной почечной терапии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Совместный осмотр пациента сосудистым хирургом и нефрологом для выбора типа и места формирования сосудистого доступа. 2. Направление пациента в центр диализа для знакомства с процедурой, персоналом и другими пациентами (школа пациента). 3. Принятие коллегиального решения (нефролог, врач-куратор отделения, сам пациент, при возможности — родственники) о выборе метода заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация). 4. Информирование пациента нефрологом о наступлении терминальной стадии ХБП и необходимости подготовки к заместительной почечной терапии. 5. Формирование артериовенозной фистулы хирургом и последующее наблюдение за ее созреванием медсестрой/нефрологом диализного центра. 	4 → 3 → 2 → 1 → 5
48.	УК-4	<p>Установите правильную последовательность действий врача-ординатора-нефролога, вызванного на консультацию в хирургическое отделение по поводу развившегося у</p>	4 → 3 → 2 → 5 → 1

		<p>пациента ОПШ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составить письменное заключение и конкретные рекомендации в истории болезни, обсудить их устно с лечащим врачом-хирургом и дежурной медицинской сестрой отделения. 2. Немедленно связаться с заведующим отделением нефрологии или старшим коллегой для обсуждения тактики и возможного перевода пациента. 3. Провести оценку витальных функций, диуреза, данных лабораторных исследований (креатинин, калий!) и назначить urgentные мероприятия (коррекция гиперкалиемии, отмена нефротоксичных препаратов). 4. Выяснить у лечащего хирурга и изучить историю болезни: анамнез, причину госпитализации, проведенные операции, введенные препараты, динамику диуреза и креатинина. 5. Принять решение о необходимости экстренного заместительного лечения (гемодиализ/гемофильтрация) и согласовать его с реаниматологом и службой диализа. 	
49.	УК-4	<p>Пациент 65 лет с терминальной хронической болезнью почек (тХБП), выбравший консервативную терапию, отказывается от обсуждения плана паллиативной помощи. Он считает, что это означает, что "врачи от него отказались". Как вы построите беседу с пациентом и его семьей, чтобы объяснить цели и смысл паллиативной помощи в нефрологии, сохранив доверительные отношения?</p>	<p>Ключевые аспекты: Коммуникация, эмпатия, работа с сопротивлением, междисциплинарный подход (подключение психолога, специалиста по паллиативной помощи). Доступным языком с расшифровкой медицинских терминов</p>

			разъяснить особенности процедуры гемодиализа
50.	УК-4	<p>Пациент 45 лет с поликистозной болезнью почек (ПБП), осложненной артериальной гипертензией и рецидивирующими пиелонефритами, выписывается из нефрологического стационара после купирования очередного эпизода инфекции мочевыводящих путей. Его функция почек стабильна (СКФ 45 мл/мин/1.73м²). При выписке ему требуются дальнейшее наблюдение, коррекция терапии и подготовка к возможной заместительной почечной терапии в будущем.</p> <p>Задание: Разработайте план преемственности помощи (передачи пациента) между стационаром и поликлиникой. Опишите, с какими специалистами (участковый терапевт, врачи-специалисты) и как именно вы будете выстраивать взаимодействие. Какие документы и рекомендации будут ключевыми? Как вы обеспечите, чтобы пациент не был "потерян" для наблюдения и продолжил получать помощь в нужном объеме?</p>	<p>Создание исчерпывающего выписного эпикриза:</p> <p>Для врача поликлиники: Четко сформулированные диагнозы (основной: Аутосомно-доминантная ПБП. Осложнения: ХБП 3А стадия, симптоматическая артериальная гипертензия, рецидивирующие ИМП). Подробный перечень всех назначений с дозами, целями (например, целевой уровень АД <130/80 мм рт.ст.) и</p>

			<p>обоснованием. План динамического наблюдения: какие анализы (креатинин, калий, СКФ, ОАМ) и как часто (например, каждые 3-4 месяца) сдавать, когда выполнить контрольное УЗИ почек.</p> <p>Для смежных специалистов: В эпикризе четко указаны направления и задачи для врача-уролога (наблюдение за кистами, тактика при возможных осложнениях), кардиолога (подбор гипотензивной терапии, защищающей почки – иАПФ/БРА).</p> <p>Для</p>
--	--	--	--

			<p>пациента: Создание "Плана ведения пациента" на понятном языке: список препаратов, график их приема, "красные флаги" (когда срочно обращаться к врачу: лихорадка, боль в боку, изменение АД), рекомендации по диете (ограничение соли, адекватный питьевой режим), дата следующей консультации нефролога.</p> <p>Активное взаимодействие с поликлиникой:</p> <p>Прямая связь: Не просто</p>
--	--	--	---

			<p>отправить эпикриз по факсу, а позвонить участковому терапевту или заведующему поликлиническим отделением, представиться, кратко озвучить ключевые проблемы пациента и договориться о контроле явки.</p> <p>Определение ответственного: Четко указать, что координатором наблюдения является участковый терапевт, который направляет к специалистам и контролирует выполнение обследований.</p> <p>Организация "обратной</p>
--	--	--	--

			<p>связи": В выписном эпикризе указать контактный телефон/email нефрологического отделения или кабинета, куда терапевт или пациент могут обратиться с вопросами.</p>
51.	УК-4	<p>К вам, нефрологу, в консультативную поликлинику направлен пациент 45 лет с впервые выявленной протеинурией 1.2 г/сут. и АГ. Участковый терапевт в направлении на диагноз указал «ХБП?» и просит «взять пациента под наблюдение». При обследовании вы обнаруживаете повышение титра ANA 1:640, легкую лейкопению и незначительный рост креатинина (130 мкмоль/л). Подозреваете системное заболевание (СКВ?) с поражением почек. Опишите ваши действия по взаимодействию с терапевтом для обеспечения непрерывности и правильного вектора дальнейшего обследования и лечения пациента.</p>	<p>Первичная обратная связь (срочно, по телефону или в электронной системе):</p> <p>Поблагодарить терапевта за настороженность и своевременное направление пациента с протеинурией. Кратко сообщить о предварительных находках, указывающих на высокую</p>

			<p>вероятность вторичного (системного) гломерулонефрита, а не первичной ХБП. Подчеркнуть, что это меняет парадигму ведения: требуется не просто наблюдение нефролога, а срочное углубленное обследование для нозологической верификации, так как при СКВ может потребоваться иммуносупрессивная терапия. Формулировка четких письменных рекомендаций (в выписке/заключении):</p> <p>Для</p>
--	--	--	---

			<p>терапевта: Информировать, что пациент остается под его общим наблюдением. Продолжить контроль АД (с указанием целевых значений). Отслеживать возможные внепочечные симптомы (артралгии, сыпь, лихорадка).</p> <p>Согласованный план обследования (с указанием, кто что инициирует):</p> <p><i>Нефролог:</i> организует и выполняет пункционную биопсию почки (как ключевой метод диагностики), консультацию ревматолога.</p>
--	--	--	--

			<p><i>Терапевт/Нефролог:</i> направляет на дополнительные лабораторные тесты (анти-дсДНК, комплемент С3/С4, ANCA, маркеры гепатитов) и инструментальные исследования (УЗИ органов брюшной полости, ЭхоКГ), которые необходимы для подготовки к биопсии и исключения других причин.</p> <p>Четкое разделение зон ответственности: «До получения результатов биопсии и заключения ревматолога терапия включает только</p>
--	--	--	--

			<p>антигипертензивные препараты (преимущественно иАПФ/БРА под контролем креатинина и калия). Решение о назначении глюкокортикоидов или цитостатиков принимается консилиумом ревматолога и нефролога».</p> <p>Предложение алгоритма коммуникации:</p> <p>«Прошу вас, как участкового врача, быть внимательным к возможным жалобам пациента на межконсультационном этапе. При появлении новых симптомов или ухудшении — свяжитесь со мной напрямую.»</p>
--	--	--	---

			Я проинформирую вас о результатах биопсии и итоговом плане лечения для совместного диспансерного наблюдения».
52.	УК-4	<p>На консультацию к нефрологу направлен пациент 60 лет с диабетической нефропатией (ХБП С3а), сердечной недостаточностью и нерегулярным приемом назначенных ранее препаратов. При сборе анамнеза выясняется, что сложная схема медикаментозного лечения (7 препаратов в разное время суток) вызывает у пациента путаницу и нежелание лечиться.</p> <p>Вопрос: Какой конкретный инструмент взаимодействия должен предложить нефролог в кооперации с терапевтом/участковым врачом для повышения приверженности лечению? Вставьте необходимый термин.</p>	Составление индивидуального персонифицированного листа лекарственного взаимодействия (или "паспорта лекарственной терапии") с наглядной, понятной схемой приема всех препаратов с учетом их взаимодействия.
53.	УК-4	<p>Пациенту с впервые выявленной хронической болезнью почек (ХБП) 3а стадии для замедления прогрессирования заболевания необходимо объяснить важность соблюдения малобелковой диеты.</p> <p>Вопрос: При разговоре с пациентом важно не только дать рекомендацию, но и объяснить её причину.</p>	токсичными веществами / азотистыми шлаками

		<p>Закончите ключевую фразу, которую стоит использовать, чтобы пациент осознал важность ограничения белка:</p> <p>"Снижение количества белка в рационе помогает уменьшить нагрузку на почки, потому что продукты распада белка являются _____, которые повреждённым почкам становится трудно выводить из организма." (вставьте термин)</p>	
54.	УК-4	<p>Вам, как врачу-нефрологу, терапевт направляет пациента для консультации в связи со стойкой гиперурикемией (повышенный уровень мочевой кислоты в крови).</p> <p>Вопрос:</p> <p>В своём ответном заключении для терапевта, помимо рекомендаций по лечению гиперурикемии, вы должны обязательно оценить и указать ключевой параметр функции почек, на который она может влиять. Это важно для совместного динамического наблюдения за пациентом. Вставьте этот параметр в шаблон фразы:</p> <p>"Рекомендуется контролировать уровень мочевой кислоты на фоне терапии, так как её стойкое повышение является независимым фактором риска прогрессирования _____."</p>	хронической болезни почек (ХБП) / почечной дисфункции
55.	УК-4	<p>Пациент 65 лет, с диагнозом «хроническая болезнь почек 4 стадии (СКФ 22 мл/мин)», находится на плановом амбулаторном приеме у врача-нефролога. Пациент впервые направлен терапевтом и выражает явное непонимание и страх в связи с диагнозом. Он говорит: «Доктор, я не знаю, что мне теперь делать. Я чувствую себя нормально, а анализы такие плохие. Это значит диализ?»</p> <p>Вопрос: Какое из предложенных действий врача-нефролога в первую очередь будет наиболее эффективным для выстраивания доверительного взаимодействия и дальнейшего сотрудничества с пациентом в рамках ведения ХБП?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сразу назначить план обследований (суточный анализ мочи, УЗИ почек, анализы на электролиты) для уточнения ситуации. 2. Подробно и доступно объяснить суть заболевания «ХБП», используя аналогии, рассказать о принципах замедления прогрессирования и плане дальнейших действий, ответив на все вопросы пациента. 	2

		<p>3. Успокоить пациента, сказав, что до диализа еще далеко, и перенести обсуждение на следующий визит, чтобы не перегружать информацией.</p> <p>4. Направить пациента к психологу для коррекции тревожного состояния, связанного с хроническим заболеванием.</p>	
56.	УК-4	<p>Врач-нефролог курирует пациента с терминальной хронической почечной недостаточностью, готовящегося к началу заместительной почечной терапии. В беседе участвует супруга пациента, которая активно задает вопросы, но при этом постоянно перебивает мужа, настаивает на своем мнении о выборе метода диализа, проявляя гиперопеку. Сам пациент при этом становится пассивен.</p> <p>Вопрос: Какой стратегией взаимодействия должен воспользоваться врач в данной ситуации для обеспечения соблюдения принципа уважения автономии пациента и выстраивания эффективного общения со всеми участниками беседы?</p> <p>1. Вежливо попросить супругу выйти из кабинета, чтобы обсудить все вопросы наедине с пациентом.</p> <p>2. Поблагодарить супругу за активное участие, но четко обозначить, что окончательное решение по выбору метода лечения принимает пациент, и напрямую адресовать следующие вопросы ему, вовлекая его в диалог.</p> <p>3. Основное внимание уделить супруге как наиболее активному участнику разговора, так как она, вероятно, будет основным помощником в уходе.</p> <p>4. Перенести принятие решения, предложив семье самостоятельно обсудить все варианты дома.</p>	2
57.	УК-4	<p>Врач-нефролог работает в многопрофильном стационаре. Пациент с диабетической нефропатией и синдромом диабетической стопы госпитализирован в эндокринологическое отделение. Лечащий врач-эндокринолог просит нефролога дать консультацию по коррекции доз препаратов (метформин, ингибиторы АПФ) и тактике ведения почечной патологии на фоне активной инфекции.</p> <p>Вопрос: Какие действия врача-нефролога при взаимодействии с коллегами будут способствовать эффективному междисциплинарному сотрудничеству и улучшению результатов лечения пациента? (Выберите два верных ответа)</p> <p>1. Дать письменные рекомендации в историю болезни, ограничившись формальным</p>	2, 4

		<p>заклЮчением с указанием только необходимых доз препаратов.</p> <p>2. После осмотра пациента и изучения истории болезни, обсудить с лечащим врачом-эндокринологом не только дозы, но и патогенетические механизмы ухудшения функции почек в данной ситуации, предложив совместный план наблюдения.</p> <p>3. В своем заключении указать, что дальнейшее ведение пациента по поводу нефропатии должно полностью осуществляться эндокринологом по представленным схемам.</p> <p>4. Предложить провести совместный осмотр пациента с эндокринологом и хирургом для обсуждения комплексного подхода к лечению с учетом инфекционного процесса, рисков контрастирования (при необходимости) и нефротоксичности антибиотиков.</p>	
58.	УК-4	<p>Пациент с впервые выявленной терминальной хронической болезнью почек (ТХБП) отказывается от начала заместительной почечной терапии (ЗПТ), ссылаясь на страх и недостаток информации. Ваши действия? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Сообщить пациенту, что без диализа он погибнет, и настоять на госпитализации.</p> <p>2) Подключить к беседе медицинского психолога и опытную пациентку на ЗПТ для консультации «равный равному».</p> <p>3) Перенести разговор, дав пациенту время «осмыслить» диагноз самостоятельно.</p> <p>4) Подробно объяснить все варианты ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация), обсудить их плюсы и минусы, предоставить информационные материалы.</p>	2, 4
59.	УК-4	<p>Вам необходимо обсудить с родственниками пожилого пациента с деменцией и острой почечной травмой вопрос о целесообразности начала активной терапии. Какой подход наиболее этичен и эффективен?</p> <p>1) Обсудить вопрос только с официальным опекуном, не привлекая других родственников.</p> <p>2) Провести семейную конференцию с участием лечащего врача, нефролога, социального работника, разъяснить прогнозы, риски и качество жизни при различных сценариях.</p> <p>3) Принять решение самостоятельно на основании медицинских показаний, так как родственники не являются специалистами.</p> <p>4) Предложить родственникам принять коллегиальное решение и сообщить о нем врачу.</p>	2
60.	УК-4	<p>При ведении пациента на перитонеальном диализе медсестра отделения сообщает, что пациент систематически нарушает правила асептики. Ваши действия? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Сделать строгое письменное замечание в истории болезни.</p> <p>2) Провести совместную беседу с пациентом и медсестрой, чтобы выяснить причины</p>	2, 4

		<p>нарушений (например, проблемы со зрением, тремор, непонимание) и отработать технику.</p> <p>3) Перевести пациента на гемодиализ в центр как неспособного к самостоятельному лечению.</p> <p>4) Поручить медсестре проводить ежедневный контроль техники процедуры в течение недели.</p>	
61.	УК-4	<p>Коллега-терапевт из поликлиники направляет к вам пациента с повышенным креатинином, но в направлении отсутствуют ключевые данные (общий анализ мочи, УЗИ). Как поступить?</p> <p>1) Принять пациента, назначить все необходимые обследования самостоятельно.</p> <p>2) Связаться с коллегой, вежливо объяснить, какие минимальные данные нужны для первичной нефрологической оценки, чтобы избежать дублирования исследований и ускорить диагностику.</p> <p>3) Вернуть направление без рассмотрения, как оформленное не по стандарту.</p> <p>4) Принять пациента, но в ответном письме в поликлинику указать на ошибки в оформлении направления.</p>	2
62.	УК-4	<p>Пациент с поликистозом почек на гемодиализе сообщает, что планирует поездку в другой регион на месяц. Что необходимо организовать для обеспечения непрерывности лечения?</p> <p>1) Посоветовать ему перенести поездку, так как это связано с большими организационными сложностями.</p> <p>2) Выдать ему на руки выписку с подробными данными о лечении и помочь связаться с диализным центром в городе назначения для предварительной записи.</p> <p>3) Проинформировать пациента, что это его личная проблема, и администрация центра не занимается логистикой поездок.</p> <p>4) Назначить ему на время поездки перитонеальный диализ.</p>	2
63.	УК-4	<p>В разговоре с пациентом после трансплантации почки вы понимаете, что он скрывает факт приема биологически активных добавок с неизвестным составом. Как выстроить диалог? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Угрожать отказом в дальнейшем наблюдении, если он не прекратит прием.</p> <p>2) Создать атмосферу доверия, объяснить, что ваша задача – обеспечить работу трансплантата, а некоторые БАДы могут быть нефротоксичными или взаимодействовать с иммуносупрессантами.</p> <p>3) Попросить принести все препараты и БАДы на следующий прием для аудита.</p> <p>4) Проигнорировать, так как пациент имеет право на самостоятельные решения.</p>	2, 3
64.	УК-4	<p>Медсестра процедурного кабинета жалуется на грубое поведение пациента на</p>	2, 4

		<p>амбулаторном гемодиализе. Ваши действия как лечащего врача? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Провести разговор с пациентом, выслушать его возможные претензии, напомнить о правилах поведения, защитив при этом достоинство медперсонала.</p> <p>2) Перепоручить проблему заведующему отделением.</p> <p>3) Назначить пациенту диализ в последнюю смену в качестве «воспитательной» меры.</p> <p>4) Обсудить ситуацию на совещании команды (врач, медсестра, психолог) для выработки единой стратегии взаимодействия с этим пациентом.</p>	
65.	УК-4	<p>Пациентка детородного возраста с волчаночным нефритом интересуется возможностью беременности. Каковы ваши действия? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Отговорить от беременности в связи с высоким риском для почек и плода.</p> <p>2) Обсудить вопрос совместно с ревматологом и акушером-гинекологом, специализирующимся на ведении беременных высокого риска, объяснив пациентке условия, при которых беременность может быть рассмотрена (ремиссия, стабильная функция почек).</p> <p>3) Сообщить, что это решение пациентки, и наблюдать за ней, если беременность наступит.</p> <p>4) Назначить дополнительные обследования для оценки текущей активности нефрита и функционального резерва почек перед принятием решения.</p>	2, 4
66.	УК-4	<p>В ходе научного исследования в вашем отделении появился новый протокол ведения пациентов с IgA-нефропатией. Часть коллег скептически к нему относится. Как внедрить изменения? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Издать приказ заведующего об обязательном использовании протокола.</p> <p>2) Провести разбор нового протокола на клинической конференции, представить доказательную базу (статьи, гайдлайны), обсудить «за» и «против» с коллективом.</p> <p>3) Внедрить протокол только для своих пациентов, не вовлекая коллег.</p> <p>4) Организовать пилотный проект для части пациентов с учетом клинических рекомендаций и последующей оценкой результатов и обсуждением.</p>	2, 4
67.	УК-4	<p>В сельской местности пациенту требуется начать диализ, но ближайший диализный центр находится в 200 км. Какие варианты взаимодействия с другими службами можно рассмотреть? Выберите два правильных ответа</p> <p>а) Настаивать на переезде пациента в город, где расположен центр.</p> <p>б) Изучить возможность организации амбулаторного перитонеального диализа на дому при</p>	2, 3

		<p>условии обучения родственников.</p> <p>в) Связаться с региональным Минздравом или диализным центром для обсуждения вопроса организации транспортировки (социального такси) или временного проживания.</p> <p>г) Рекомендовать паллиативный подход в связи с транспортными сложностями.</p>	
68.	УК-4	<p>При передаче дежурства в стационаре коллеге необходимо обязательно сообщить:</p> <p>1) Только о тяжелых пациентах в реанимации.</p> <p>2) О всех поступивших за смену, об изменениях в состоянии всех нефрологических больных, о выполненных и планируемых процедурах (например, биопсии почки), о нерешенных проблемах.</p> <p>3) Обсудить детали только устно, чтобы не тратить время на записи.</p> <p>4) Особое внимание уделить пациентам, чьи родственники настроены конфликтно.</p>	2
69.	УК-4	<p>Пациент с терминальной хронической болезнью почек (ХБП), находящийся на перитонеальном диализе, отказывается от плановой госпитализации для коррекции анемии, мотивируя это семейными обстоятельствами. Его состояние постепенно ухудшается. Как должен выстроить взаимодействие врач-нефролог для эффективного разрешения ситуации?</p> <p>1) Выписать направление на госпитализацию в приказном порядке, подкрепив его указанием на возможные риски, и передать участковому терапевту.</p> <p>2) Самостоятельно провести разъяснительную беседу с пациентом, а затем подключить к обсуждению близкого родственника и медицинскую сестру диализного отделения, которая давно наблюдает пациента.</p> <p>3) Назначить дополнительные лекарства для амбулаторного лечения, не настаивая на госпитализации, чтобы сохранить доверительные отношения.</p> <p>4) Сообщить о некомплаентности пациента заведующему отделением и временно приостановить проведение диализа до согласия на лечение</p>	2
70.	УК-4	<p>В диализный центр поступил новый пациент с ХБП 5 стадии, нуждающийся в начале заместительной почечной терапии. Пациент агрессивно настроен, не доверяет врачам, отказывается от предложенного варианта артериовенозной фистулы. Какой стратегии взаимодействия должен придерживаться нефролог для построения терапевтического</p>	3

		<p>альянса?</p> <p>1) Пригрозить пациенту, что без фистулы он не сможет получить адекватный диализ, и его состояние резко ухудшится.</p> <p>2) Действовать строго по протоколу: оформить отказ и передать пациента другому специалисту в отделении.</p> <p>3) Привлечь к беседе с пациентом клинического психолога или психотерапевта, а также опытную медсестру диализного центра, чтобы в спокойной обстановке разобраться в причинах страхов и детально разъяснить все варианты лечения (фистула, катетер, трансплантация).</p> <p>4) Согласиться на временный диализный катетер без дальнейших обсуждений, чтобы избежать конфликта.</p>	
71.	УК-4	<p>При первичном осмотре пожилого пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии, который жалуется на слабость и отсутствие аппетита, для построения эффективного взаимодействия в первую очередь необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Использовать сложные медицинские термины для точного описания состояния. 2. Говорить громко и медленно, так как все пожилые люди плохо слышат. 3. Установить визуальный контакт, представиться, говорить на доступном языке, проявляя эмпатию к жалобам. 4. Сразу перейти к заполнению медицинской документации, не отвлекаясь на разговоры. 	3
72.	УК-4	<p>В отделение нефрологии поступил пациент с диагнозом «острый гломерулонефрит». Он отказывается от предложенной диеты с ограничением соли. Ваши действия как врача для выстраивания конструктивного диалога:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Настоять на своем, объяснив, что это приказ врача и он обязан подчиняться. 2. Выяснить причину отказа и доступно объяснить патофизиологические механизмы задержки жидкости и повышения давления при употреблении соли, а также последствия несоблюдения диеты. 3. Вызвать заведующего отделением для проведения беседы. 	2

		4. Сделать запись в истории болезни об отказе и снять с себя ответственность.	
73.	УК-4	<p>При обсуждении тактики лечения пациента с АНЦА-ассоциированным гломерулонефритом, требующего агрессивной иммуносупрессивной терапии, возникли разногласия между врачом-нефрологом и врачом-ревматологом. Правильным решением для взаимодействия будет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Настоять на своем мнении, так как именно нефролог ведет пациента. 2. Организовать консилиум или совместный обход с участием обоих специалистов для выработки коллегиального решения, обсудив риски и пользу терапии. 3. Выполнить рекомендации ревматолога, не высказывая своих сомнений. 4. Сообщить пациенту о разногласиях врачей, чтобы он сам выбрал тактику. 	2
74.	УК-4	<p>Пациентка, получающая программный гемодиализ, жалуется, что медицинская сестра во время процедуры ведет себя грубо и не отвечает на вопросы. Ваша тактика взаимодействия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пригласить пациентку и медсестру в кабинет, выслушать обе стороны в спокойной обстановке и, при необходимости, провести разъяснительную беседу с медсестрой о принципах этики и деонтологии. 2. Сказать пациентке, что медсестра опытная и ей виднее, когда разговаривать. 3. Сделать выговор медсестре в присутствии других пациентов для профилактики. 4. Перевести пациентку на другую смену без выяснения обстоятельств. 	1
75.	УК-4	<p>Врач-нефролог на амбулаторном приеме замечает, что пациент с ХБП не понимает инструкций по приему гипотензивных препаратов, но стесняется переспросить. Невербальным признаком этого является:</p>	3

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Кивание головой в такт словам врача. 2. Визуальный контакт и спокойное выражение лица. 3. Отведенный взгляд, напряженная поза, тербление края одежды. 4. Пациент записывает рекомендации в блокнот. 	
76.	УК-4	<p>Конфликт в коллективе отделения нефрологии возник из-за того, что один из ординаторов систематически не моет руки после осмотра пациентов перед заполнением общей документации. Для разрешения ситуации наиболее эффективно будет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Публично осудить его на планерке, чтобы другим было неповадно. 2. Пожаловаться заведующему отделением, чтобы вопрос решили административно. 3. В личной беседе (наедине) тактично указать на важность соблюдения санэпидрежима для безопасности самих пациентов и коллег. 4. Перестать с ним общаться, пока он не исправится. 	3
77.	УК-4	<p>Родственники пациента с терминальной ХБП, находящегося в реанимации после экстренной операции по установке перитонеального катетера, требуют подробного отчета о каждом действии врачей. Ваши действия по взаимодействию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попросить их покинуть отделение и ждать, пока врач освободится. 2. Кратко, но доступно объяснить текущее состояние пациента, объем выполненной помощи и дальнейший план, выделив для этого время. Пригласить их на беседу в специально отведенное место. 3. Выдать им копию истории болезни для самостоятельного изучения. 4. Сослаться на врачебную тайну и отказаться от разговора. 	2
78.	УК-4	<p>При проведении разбора клинического случая на кафедре ординатор-нефролог представил историю болезни своего пациента, допустив фактические ошибки в</p>	3

		<p>интерпретации анализов. Реакция преподавателя, способствующая профессиональному росту и сохранению взаимодействия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резко раскритиковать ординатора за некомпетентность перед всей группой. 2. Промолчать, чтобы не смущать ординатора. 3. Указать на ошибки, предложить самой группе найти их, а затем совместно разобрать правильный алгоритм диагностики, поддержав попытку ординатора представить сложный случай. 4. Спросить мнение других ординаторов о работе коллеги. 	
79.	УК-4	<p>В диализном зале пациент с фистулой громко выражает недовольство работой новой медсестры, которая, по его мнению, слишком долго ищет вену. Действия дежурного врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделать замечание пациенту за нарушение порядка в отделении. 2. Подойти к пациенту, спокойно объяснить, что медсестра молодая, но квалифицированная, и предложить свою помощь или помощь старшей медсестры для выполнения пункции, чтобы снизить напряжение. 3. Пройгнорировать ситуацию, так как это не врачебная компетенция. 4. Поддержать пациента и поручить пункцию другой медсестре, публично указав первой на ее неопытность. 	2
80.	УК-4	<p>Какое утверждение лучше всего отражает принцип информированного добровольного согласия (ИДС) при планировании биопсии почки?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Достаточно устного согласия пациента, полученного накануне процедуры. 2. Пациент должен подписать бланк ИДС сразу при поступлении, не вникая в детали, так как это формальность. 3. Врач обязан доступно объяснить пациенту цель процедуры, ее ход, возможные риски и 	3

		альтернативы, и только после этого получить подписанное согласие. 4. ИДС должны подписывать только родственники пациента.	
81.	УК-4	В процессе лечения пациента с быстро прогрессирующим гломерулонефритом вы понимаете, что выбранная тактика терапии малоэффективна, и прогноз ухудшается. Для выстраивания правильного взаимодействия с пациентом и его семьей следует: 1. Избегать разговоров о прогнозе, чтобы не расстраивать больного. 2. Созвать консилиум для подтверждения неэффективности терапии, а затем тактично, но честно обсудить с пациентом и его близкими ситуацию и возможные дальнейшие шаги (включая паллиативную помощь). 3. Перевести пациента в другое отделение, чтобы не сообщать плохие новости. 4. Сообщить родственникам, исключив пациента из разговора, сославшись на его тяжелое состояние.	2
82.	УК-4	Медицинская сестра перепутала флаконы и едва не ввела пациенту не тот препарат. Ошибка была замечена вовремя. Как врачу следует выстроить взаимодействие с медсестрой? 1. Не придавать значения, так как ошибка не реализовалась. 2. Немедленно доложить заведующему для наложения дисциплинарного взыскания. 3. Провести конфиденциальную беседу с медсестрой, обсудить причины случившегося (усталость, невнимательность, плохая маркировка) и совместно разработать меры по предотвращению подобных инцидентов в будущем. 4. Объявить медсестре выговор при всем персонале на пятиминутке.	3
83.	УК-4	Пациент, которому планируется трансплантация почки от живого родственного донора, спрашивает ваше мнение о доноре (родственнике). Ваш ответ должен строиться на	2

		<p>принципе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать полную характеристику донору, так как это в интересах реципиента. 2. Сказать, что донор здоров, а все детали его состояния являются врачебной тайной и могут быть разглашены только с его письменного согласия. 3. Уклониться от ответа. 4. Посоветовать пациенту самому спросить об этом донора, не вмешивая врача. 							
84.	УК-4	<p>Для эффективной коммуникации с пациентом, находящимся в состоянии психоэмоционального стресса из-за недавно установленного диагноза «ХБП 5 стадии», нефрологу рекомендуется использовать технику:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Активного слушания (кивание, уточняющие вопросы, отражение чувств). 2. Монолог с перечислением всех медицинских фактов. 3. Минимального вовлечения, чтобы не травмировать психику. 4. Успокоительных средств перед беседой. 	1						
85.	ОПК-1	<p>Установите соответствие между специализированными информационными технологиями (ИКТ) и целями их использования в профессиональной деятельности врача-нефролога.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">№</th> <th style="text-align: center;">Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)</th> <th style="text-align: center;">Цель использования в нефрологии</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>База данных регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП)</td> <td>А) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии ХБП по введенным лабораторным данным пациента.</td> </tr> </tbody> </table>	№	Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)	Цель использования в нефрологии	1	База данных регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП)	А) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии ХБП по введенным лабораторным данным пациента.	1 – С 2 – А 3 – D 4 – В
№	Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)	Цель использования в нефрологии							
1	База данных регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП)	А) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии ХБП по введенным лабораторным данным пациента.							

		<p>2 Калькулятор СКФ (СКД-EPI, MDRD)</p> <p>3 Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)</p> <p>4 Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга</p>	<p>В) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.</p> <p>С) Проведение популяционных исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.</p> <p>Д) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.</p>	
86.		<p>Установите соответствие между потенциальной угрозой информационной безопасности и мерой по ее предотвращению в работе нефрологического отделения/кабинета.</p>		<p>1 – С 2 – D 3 – А 4 – В</p>
		<p>№ Потенциальная угроза или нарушение</p> <p>1 Утечка конфиденциальных данных пациентов (диагнозы, результаты обследований) через мессенджеры или личную почту.</p>	<p>Мера по предотвращению и соблюдению информационной безопасности</p> <p>А) Регулярное обновление антивирусного ПО, использование лицензионного программного</p>	

			на установку непроверенных программ.	
		2	Несанкционированный доступ к медицинской информационной системе (МИС) извне.	В) Использование электронной цифровой подписи (ЭЦП) для заверки медицинских документов и назначений, обеспечение их юридической значимости и неизменности.
		3	Потеря или повреждение данных о пациентах из-за вредоносного программного обеспечения (вирусы, ransomware).	С) Использование только защищенных корпоративных каналов связи (VPN, защищенная почта внутри ЛПУ), шифрование передаваемых данных, строгий запрет на передачу данных через личные ресурсы.
		4	Фальсификация электронных назначений или записей в истории болезни.	Д) Настройка системы разграничения прав доступа (ролевая модель), использование сложных уникальных паролей,

		аутентификация, аудит действий пользователей.	
87.	ОПК-1	Установите соответствие между видом аналитического отчета/графического представления данных и его назначением для принятия клинических решений в нефрологии.	1 – А 2 – С 3 – В 4 – D
	№ Вид аналитического отчета / График	Назначение для клинической практики нефролога	
	1 Динамический график изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня альбуминурии у пациента во времени.	А) Оценка тенденции прогрессирования почечной дисфункции, эффективности нефропротективной терапии.	
	2 Отчет-сводка по пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в центре.	В) Визуализация структуры заболеваемости для планирования учебных мероприятий или профилактических программ.	
	3 Диаграмма (круговая или столбчатая) распределения пациентов по стадиям ХБП в прикрепленной популяции.	С) Определение потребности в расходных материалах, лекарствах, планирование графиков диализа, анализ нагрузки на персонал.	
	4 Интерактивная номограмма для прогнозирования риска терминальной почечной	Д) Индивидуальное консультирование пациента	

		<p>обсуждение плана лечения и модификации факторов риска на основе персонализированной математической модели.</p>	
88.	ОПК-1	<p>Этапы обработки персональных данных пациента при ведении электронной истории болезни (ЭИБ) в отделении нефрологии. Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при работе с ЭИБ, обеспечивающую соблюдение требований информационной безопасности.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести результаты проведенного сеанса гемодиализа и данные текущего осмотра в соответствующие разделы ЭИБ. 2. Получить однократный код подтверждения из мобильного приложения для входа в медицинскую информационную систему (МИС). 3. Выйти из системы (закрыть сеанс работы) по окончании работы. 4. Авторизоваться в системе, введя индивидуальный логин и сложный пароль. 5. Проанализировать динамику лабораторных показателей (креатинин, скорость клубочковой фильтрации) за последний месяц. 6. Проверить, к какому конкретному пациенту открыта ЭИБ, сверить идентификаторы. 	4, 2, 6, 5, 1, 3.
89.	ОПК-1	<p>Алгоритм действий при подготовке и отправке телемедицинской консультации для пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП). Установите логическую и нормативно-правовую последовательность шагов.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отправить обезличенный пакет документов через защищенный канал связи телемедицинской платформы. 2. Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение телемедицинской консультации. 3. Сформировать пакет документов: выписка из истории болезни, результаты обследований 	4, 2, 3, 5, 6, 1.

		<p>(анализы, УЗИ почек, ЭКГ).</p> <p>4. Провести очный осмотр пациента и формализовать консультативный вопрос.</p> <p>5. Обезличить данные: удалить ФИО, адрес, паспортные данные, номер полиса, заменив на уникальный номер случая.</p> <p>6. Зарегистрировать случай консультации в журнале телемедицинских консультаций.</p>	
90.	ОПК-1	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при первичном оформлении электронной медицинской карты (ЭМК).</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести в электронный дневник врача план дальнейшего обследования и лечения, назначив необходимые лекарственные препараты в электронной системе. 2. Провести авторизацию в медицинской информационной системе с использованием персонального ключа доступа (электронной подписи). 3. В разделе "Диагноз" сформировать и верифицировать окончательный клинический диагноз с указанием стадии ХБП, этиологии, сопутствующих заболеваний. 4. Проанализировать и занести в соответствующие разделы ЭМК данные лабораторных и инструментальных исследований (СКФ по формулам, данные УЗИ почек, протеинурию). 5. Открыть карту пациента по ФИО/полису и заполнить раздел "Анамнез", включая данные офисного измерения артериального давления и жалоб. 	<p>2 → 5 → 4 → 3 → 1</p>
91.	ОПК-1	<p>Пациент с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии, находящийся у вас под наблюдением, отправляет вам на личную электронную почту фотографии своих отеков и результаты нескольких самостоятельно выполненных экспресс-анализов мочи с вопросом о коррекции терапии. Опишите ваши действия с точки зрения соблюдения правил информационной безопасности и профессиональной этики. Какие каналы коммуникации вы предложите пациенту для подобных консультаций в будущем и почему?</p>	<p>1. Я не буду давать медицинские рекомендации по неофициальному и незащищенному каналу связи (личная почта), так как это</p>

			<p>нарушает конфиденциальность персональных данных пациента (ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», 152-ФЗ «О персональных данных»).</p> <p>Личная почта не гарантирует защиту информации от утечки или перехвата.</p> <p>2. Я отвечу пациенту в вежливой форме, поблагодарю за активность, но объясню, что для сохранения врачебной тайны и обеспечения качества консультации необходимо использовать официальные</p>
--	--	--	---

			<p>защищенные каналы связи.</p> <p>3. Я предложу пациенту следующие альтернативы: Защищенный личный кабинет пациента (ЛКП) в медицинской информационно й системе (МИС) клиники. Это самый предпочтительный вариант, так как позволяет вести защищенный обмен сообщениями, прикреплять файлы, видеть всю историю болезни и назначения. Все данные шифруются и хранятся в соответствии с требованиями безопасности.</p> <p>4. Акцентирую</p>
--	--	--	--

			<p>важность очного визита для осмотра, измерения АД и сдачи лабораторных анализов в аккредитованной лаборатории, так как данные домашних экспресс-тестов могут быть неточны.</p>
92.	ОПК-1	<p>Коллега из другого города просит вас по WhatsApp пересмотреть компьютерную томографию почек его родственника, отправив вам DICOM-файлы и ФИО пациента. Ваши действия с обоснованием с точки зрения ИКТ и безопасности.</p>	<p>Я откажусь проводить консультацию в таком формате и объясню коллеге причины:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение конфиденциальности: <p>Мессенджер WhatsApp, даже с включенным шифрованием, не является сертифицированным медицинским каналом связи</p>

			<p>для передачи персональных данных и изображений в РФ. Отправка файлов с ФИО — прямое нарушение врачебной тайны.</p> <p>2. Отсутствие юридической силы и ответственности: Консультация в неофициальном мессенджере не фиксируется в медицинской документации, не имеет юридического статуса. В случае ошибки невозможно установить ответственность.</p> <p>3. Неполнота информации: Для принятия врачебного решения недостаточно</p>
--	--	--	---

			<p>только КТ-изображения. Необходим доступ к полной истории болезни, анализам, что невозможно в мессенджере.</p> <p>4.</p> <p>Альтернативное предложение: Я предложу коллеге организовать официальную телемедицинскую консультацию в рамках действующего законодательства: его родственник оформляет запрос в моем лечебном учреждении, предоставляет информированное согласие на телеконсультацию. Данные КТ и медицинская</p>
--	--	--	---

			<p>документация загружаются в защищенный раздел телемедицинской платформы или передаются по официальным защищенным каналам связи между ЛПУ. Консультация оформляется официальным заключением, которое вносится в медицинскую карту.</p>
93.	ОПК-1	<p>Вы нашли в открытом доступе в интернете (на форуме врачей) якобы «анонимизированную» историю болезни с очень редким нефрологическим диагнозом, но по деталям (возраст, город, уникальные особенности анамнеза) можете предположить, о ком идет речь. Ваши действия?</p>	<p>1. Не участвовать в обсуждении данной истории на форуме, не комментировать и не подтверждать свои догадки. 2. Связаться с модераторами форума/сайта через служебные</p>

			<p>контакты и вежливо сообщить о потенциальном нарушении конфиденциальности. Указать, что, по вашему мнению, представленные данные могут позволить идентифицировать пациента, что нарушает врачебную тайну и этические нормы. Попросить удалить или дополнительно отредактировать (сильнее обезличить) данное сообщение.</p> <p>3. Внутренне сделать вывод о недопустимости размещения даже якобы анонимных случаев в</p>
--	--	--	---

			<p>открытых источниках. Для профессионального обсуждения сложных случаев следует использовать защищенные профессиональные сообщества, специализированные платформы для врачей с проверенной регистрацией или очные клинические разборы.</p> <p>4. Если я точно знаю, откуда и кем мог быть выложен этот случай (например, коллегой из моего учреждения), деликатно поговорить с ним на эту тему, объяснив риски.</p>
94.	ОПК-1	В контексте соблюдения врачебной тайны при использовании электронной медицинской	принцип

		карты (ЭМК) пациента с хронической болезнью почек, ключевым принципом информационной безопасности является _____, означающий, что доступ к информации должен быть предоставлен только авторизованным пользователям в рамках их профессиональных задач. Вставьте термин	минимально необходимого доступа (или "принцип наименьших привилегий").
95.	ОПК-1	Для безопасной передачи результатов биопсии почки и других конфиденциальных данных между лечебными учреждениями в рамках телемедицинской консультации необходимо использовать _____ канал связи, например, с применением технологий шифрования. Вставьте термин	защищенный (или "безопасный").
96.	ОПК-1	При составлении электронной истории болезни пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП 5 стадии) врач-нефролог должен назначить вид заместительной почечной терапии (ЗПТ). В графу "План лечения" он вносит периодический, чаще амбулаторный, метод очищения крови, при котором в качестве мембраны используется собственная брюшина пациента. Впишите термин, обозначающий этот метод ЗПТ.	Перитонеальный диализ
97.	ОПК-1	<p>Защита персональных данных и конфиденциальной информации в медицинской информационной системе (МИС) нефрологического отделения. Врач-нефролог использует МИС для ведения истории болезни пациента с хронической болезнью почек (ХБП). Какие действия врача являются корректными с точки зрения соблюдения правил информационной безопасности и защиты персональных данных? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оставить рабочую сессию в МИС открытой на компьютере в ординаторской для оперативного доступа, отлучившись на консилиум. 2. Предоставить логин и пароль от МИС медицинской сестре для внесения данных о суточном диурезе пациента. 3. Осуществлять авторизацию в системе с использованием уникального личного логина и сложного пароля, регулярно его обновляя. 4. При обсуждении сложного клинического случая на научной конференции продемонстрировать данные КТ-исследования почек, предварительно полностью анонимизировав их (удалив ФИО, дату рождения, номер истории болезни). 	3, 4

98.	ОПК-1	<p>Врач-нефролог планирует провести телеконсультацию для пациента, находящегося на перитонеальном диализе на дому. Какие меры необходимо принять для обеспечения безопасности и эффективности сеанса связи? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультацию через любой доступный мессенджер с функцией видеозвонка для удобства пациента. 2. Использовать для консультации специализированную защищенную медицинскую платформу, рекомендованную лечебным учреждением. 3. Попросить пациента прислать фото лабораторных результатов в общий чат социальной сети для оперативного обсуждения. 4. Убедиться, что выбранное средство связи обеспечивает шифрование передаваемых данных 	2, 4
99.	ОПК-1	<p>Какие из перечисленных действий врача-нефролога при использовании облачного сервиса для хранения историй болезни НАРУШАЮТ правила информационной безопасности? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Использование двухфакторной аутентификации для доступа 2. Передача логина и пароля коллеге по телефону для срочного просмотра анализа 3. Хранение только обезличенных данных для научных исследований 4. Работа с базой данных через незащищенное публичное Wi-Fi-соединение 	2, 4
100.	ОПК-1	<p>При подготовке научной публикации, включающей данные пациентов отделения, врач-нефролог должен обеспечить: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полное обезличивание данных (исключение возможности идентификации пациента) 2. Получение одобрения локального этического комитета 3. Использование только данных пациентов, давших отдельное письменное согласие на использование их информации в исследовании 4. Размещение полных оригиналов историй болезни в открытом доступе для подтверждения достоверности 	1, 2
101.	ОПК-1	<p>Использование информационно-коммуникационных технологий и обеспечение информационной безопасности в практике врача-нефролога. Выберите два верных ответа.</p>	3, 4

		<p>Какие из перечисленных видов информационных систем являются специализированными медицинскими и наиболее релевантными для работы нефролога?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Система электронного документооборота (СЭД) общего назначения. 2. Радиологическая информационная система (РИС). 3. Лабораторная информационная система (ЛИС). 4. Нефрологический регистр, интегрированный с электронной медицинской картой (ЭМК). 	
102.	ОПК-1	<p>Какие данные из электронной медицинской карты (ЭМК) пациента с хронической болезнью почек (ХБП) являются критически важными для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью встроенного в ИС калькулятора?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рост, вес, возраст, уровень креатинина в сыворотке крови. 2. Возраст, пол, уровень креатинина в сыворотке крови. 3. Уровень глюкозы крови, артериальное давление, пол. 4. Пол, уровень калия в сыворотке, уровень альбумина в моче 	2
103.	ОПК-1	<p>Какое действие врача-нефролога соответствует принципам информационной безопасности при использовании рабочей станции в медицинской организации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оставить открытой электронную медицинскую карту на экране при кратковременном отходе от рабочего места, чтобы быстро продолжить работу. 2. Использовать один и тот же простой пароль для доступа ко всем системам. 3. Установить на рабочем компьютере блокировку экрана при бездействии на короткий промежуток времени. 4. Переслать файл с персональными данными пациента на свою личную почту для работы дома. 	3
104.	ОПК-1	<p>Для безопасного онлайн-консультирования пациента с артериальной гипертензией и ХБП врач-нефролог должен использовать:</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Личный мессенджер (например, WhatsApp, Telegram). 2. Корпоративную электронную почту или защищенный портал пациента, предоставленный медицинской организацией. 3. Открытую видеоконференцию в социальной сети. 4. Любой удобный канал связи, если пациент дал устное согласие. 	
105.	ОПК-1	<p>При обнаружении на своем рабочем компьютере признаков заражения вредоносным программным обеспечением (например, произвольное открывание окон, замедление работы) врач-нефролог должен:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попытаться самостоятельно найти и удалить вирус с помощью бесплатной утилиты из интернета. 2. Немедленно отключить компьютер от сети (интернет и локальной) и сообщить ответственному за ИТ-безопасность или в службу поддержки. 3. Продолжить работу, чтобы завершить оформление истории болезни. 4. Перезагрузить компьютер в безопасном режиме и продолжить анализ биопсии почек. 	2
106.	ОПК-1	<p>Врач-нефролог участвует в многоцентровом исследовании. Для безопасного обмена обезличенными наборами клинических данных с координационным центром предпочтительно использовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отправку данных как вложения в письме через любую почтовую службу. 2. Передачу данных через защищенное FTP-хранилище или специализированные платформы для исследований с использованием шифрования. 3. Размещение данных на публичном файлообменнике (например, Яндекс.Диск, Google Диск) и отправку ссылки коллегам. 4. Запись данных на USB-флеш-накопитель и отправку по обычной почте. 	2
107.	ОПК-1	<p>Что из перечисленного относится к обязательным организационным мерам по соблюдению требований к защите персональных данных в медицинской организации?</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Установка самого дорогого антивируса на все компьютеры. 2. Регулярное обучение и инструктаж сотрудников (в том числе врачей) по правилам работы с персональными данными. 3. Ежедневное изменение паролей доступа к информационным системам. 4. Использование только импортного программного обеспечения. 	
108.	ОПК-1	<p>При использовании мобильного приложения-калькулятора для оценки риска прогрессирования почечной недостаточности на личном смартфоне врач-нефролог должен:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вводить реальные ФИО пациента для точности учета. 2. Вводить только клинически значимые параметры (лабораторные, демографические) без указания данных, позволяющих идентифицировать пациента. 3. Синхронизировать приложение с электронной медицинской картой для автоматического импорта данных. 4. Избегать использования таких приложений, так как они все небезопасны. 	2
109.	ОПК-1	<p>Какое действие нарушает принципы этики и информационной безопасности при обсуждении случаев заболеваний в профессиональном чате врачей-нефрологов в интернете?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обсуждение интересного клинического случая без указания каких-либо персональных данных пациента (ФИО, адрес, точный возраст, даты госпитализации). 2. Публикация деидентифицированных изображения гистологического препарата почки с описанием. 3. Размещение фотографии выписки из истории болезни, где видны ФИО пациента и номер полиса, для получения консультации по тактике лечения. 4. Обсуждение новых клинических рекомендаций по лечению гломерулонефритов. 	3
110.	ОПК-1	Информационно-коммуникационные технологии в нефрологии позволяют повысить	2, 4

		<p>безопасность пациентов за счет: Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полного исключения бумажной документации. 2. Использования систем поддержки принятия врачебных решений (например, предупреждение о потенциально опасном взаимодействии лекарств у пациента со сниженной СКФ). 3. Автоматического формирования счетов для страховых компаний. 4. Возможности удаленного мониторинга ключевых показателей (например, артериального давления, уровня креатинина) у пациентов на диализе. 	
111.	ОПК-1	<p>В информационной системе нефрологического отделения для анализа эффективности лечения хранятся обезличенные данные пациентов, включая результаты анализов (креатинин, СКФ, протеинурия) и параметры терапии. При подготовке научной публикации необходимо использовать эти данные. Какой из следующих принципов информационной безопасности является НАИБОЛЕЕ критичным для соблюдения в данном случае?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доступность – обеспечение бесперебойного доступа к данным для авторов исследования. 2. Конфиденциальность – предотвращение несанкционированного доступа и раскрытия персональных данных пациентов. 3. Целостность – гарантия точности и неизменности медицинских данных в процессе анализа. 4. Актуальность – использование только самых последних данных из системы. 	2
112.	ОПК-1	<p>Для ведения регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам СКД-EPI и MDRD, а также для планирования диализа нефрологу необходимо использовать программное обеспечение. Какие из перечисленных инструментов НЕПОСРЕДСТВЕННО соответствуют этим профессиональным задачам? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Электронная медицинская карта (ЭМК), встроенная в МИС лечебного учреждения. 2. Специализированный нефрологический калькулятор (например, в виде мобильного приложения или онлайн-сервиса) для расчета СКФ, индекса массы тела, доз лекарств. 	1, 2

		<p>3. Программа для статистической обработки данных (например, SPSS или R) для ретроспективных клинических исследований.</p> <p>4. Система видеоконференцсвязи для проведения телемедицинских консультаций с пациентами на дому.</p>	
113.	ОПК-1	<p>Для передачи информации, содержащей врачебную тайну, пациенту через мессенджеры (например, WhatsApp или Telegram) медицинскому работнику необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Использовать только мессенджеры с функциями исчезающих сообщений 2. Получить письменное согласие пациента на такой способ передачи 3. Использовать только корпоративные информационные системы и защищенные каналы связи, соответствующие требованиям законодательства 4. Передавать данные разрешено любым способом, так как пациент является их владельцем 	3
114.	ОПК-1	<p>Согласно новым требованиям к субъектам КИИ, все медицинские организации обязаны подключиться к:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Единому portalу государственных услуг 2. Государственной системе обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак (ГосСОПКА) 3. Федеральному регистру медицинских работников 4. Системе обязательного медицинского страхования 	2
115.	ОПК-1	<p>Категорирование информационных систем (присвоение категорий значимости) в медицинской организации проводится специально созданной комиссией. Какой из перечисленных критериев в первую очередь оценивается для рядовой больницы при определении социальных рисков от кибератаки?</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Годовой объем уплачиваемых налогов 2. Максимальное возможное число людей, которым может быть причинен вред здоровью 3. Экологический ущерб от выхода из строя оборудования 4. Снижение стоимости акций организации на рынке 	
116.	ОПК-1	<p>Указом Президента РФ № 250 предусмотрено создание в медицинской организации (как субъекте КИИ) отдела информационной безопасности, который должен возглавлять:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Главный бухгалтер 2. Заместитель главного врача по лечебной работе 3. Один из заместителей руководителя организации 4. Приглашенный внешний консультант на аутсорсинге 	3
117.	ОПК-1	<p>Что из перечисленного является обязательным требованием к программному обеспечению, используемому на значимых объектах критической информационной инфраструктуры (ЗОКИИ) в медицинских организациях с 1 сентября 2024 года?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие бесплатной лицензии с открытым кодом 2. Использование исключительно российского программного обеспечения из специального реестра 3. Обязательное наличие облачного хранилища за пределами РФ 4. Наличие встроенных функций искусственного интеллекта 	2
118.	ОПК-1	<p>Применение алгоритмов машинного обучения в нефрологии для пациентов с ХБП наиболее эффективно для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прогнозирования прогрессирования ХБП и стратификации рисков 2. Определения цвета мочи по фотографии 	1

		<p>3. Назначения немедикаментозного лечения без сбора анамнеза</p> <p>4. Замены диализных процедур</p>	
119.	ОПК-1	<p>Что понимается под "системой поддержки принятия врачебных решений" (СППВР) в контексте информационных технологий?</p> <p>1. Электронная почта для консультаций с коллегами</p> <p>2. Программное обеспечение, которое предоставляет врачу персонализированные рекомендации по диагностике и лечению на основе анализа клинических данных пациента</p> <p>3. Календарь для записи на прием</p> <p>4. Справочник лекарственных средств в формате PDF</p>	2
120.	ОПК-1	<p>При дистанционном наблюдении пациента с артериальной гипертензией и хронической болезнью почек через телемедицинскую платформу, в случае сбоя в работе оборудования и генерации событий информационной платформы:</p> <p>1. Врач утрачивает доступ к данным пациента до полного восстановления системы</p> <p>2. Данные автоматически уничтожаются для соблюдения врачебной тайны</p> <p>3. Лечащий врач имеет право доступа к "первичным" данным (показаниям) в личном кабинете для оперативного анализа и принятия решения</p> <p>4. Пациенту необходимо пройти полное обследование заново</p>	3
121.	ОПК-1	<p>Подсистема мониторинга информационной платформы для дистанционного наблюдения за пациентами должна обеспечивать:</p> <p>1. Ручной ввод всех показаний пациентов</p> <p>2. Сохранность информации при возникновении аварийных ситуаций с помощью резервирования и копирования данных</p>	2

		<p>3. Отправку СМС-уведомлений родственникам</p> <p>4. Блокировку всех действий врача при малейшем подозрении на сбой</p>	
122.	ОПК-1	<p>Если медицинская организация использует телемедицинскую платформу, которая хранит персональные данные пациентов на серверах за пределами РФ и не имеет сертифицированных средств защиты информации, то:</p> <p>1. Это допустимо, если у организации есть лицензия на телемедицину</p> <p>2. Это является нарушением законодательства (ФЗ-152 и требований к КИИ)</p> <p>3. Это разрешено только для пациентов, давших согласие на трансграничную передачу</p> <p>4. Это допустимо при условии деперсонализации данных</p>	2
123.	ОПК-1	<p>Согласно результатам исследований по внедрению клинических алгоритмов для нефропротекции у пожилых пациентов, при разработке систем поддержки принятия решений необходимо учитывать не только данные рандомизированных клинических исследований, но и:</p> <p>1. Предпочтения страховой компании</p> <p>2. Ожидаемую продолжительность жизни и функциональный статус пациента</p> <p>3. Марку оборудования в процедурном кабинете</p> <p>4. Наличие у пациента домашних животных</p>	2
124.	ОПК-1	<p>При увольнении или переходе в другое отделение, каковы ваши действия в отношении учетных записей в информационных системах больницы?</p> <p>1. Ничего не делать, система заблокирует доступ автоматически через год</p> <p>2. Сообщить администратору системы для блокировки/деактивации учетной записи и сдать пропуск/токены</p>	2

		<p>3. Передать свой пароль коллеге, который остается работать</p> <p>4. Сохранить доступ на случай, если понадобятся старые данные</p>									
125.	ОПК-1	<p>Какие меры предосторожности следует соблюдать при использовании облачных сервисов (например, Яндекс.Диск, Google Drive) для хранения рабочих документов?</p> <p>1. Можно хранить любые документы, так как это удобно</p> <p>2. Хранить только документы, прошедшие проверку на вирусы</p> <p>3. Не использовать публичные облака для хранения персональных данных и врачебной тайны без дополнительного шифрования; использовать сертифицированные корпоративные облачные решения</p> <p>4. Хранить документы только в запароленных архивах</p>	3								
126.	ОПК-1	<p>Что необходимо сделать перед утилизацией (выбрасыванием) бумажных документов, содержащих персональные данные пациентов?</p> <p>1. Сдать их в макулатуру</p> <p>2. Уничтожить (измельчить в шредере) или дезинфицировать способом, исключающим прочтение</p> <p>3. Выбросить в мусорное ведро в ординаторской</p> <p>4. Сжечь в неполюженном месте на территории больницы</p>	2								
127.	ОПК-3	<p>Установите соответствие между методом диагностики в нефрологии и его наиболее точным описанием или основным предназначением.</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Буква</th> <th style="text-align: center;">Метод диагностики</th> <th style="text-align: center;">Цифра</th> <th style="text-align: center;">Описание / Основное предназначение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">А</td> <td style="text-align: center;">Биопсия почки</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">«Золотой стандарт» для морфологической</td> </tr> </tbody> </table>	Буква	Метод диагностики	Цифра	Описание / Основное предназначение	А	Биопсия почки	1	«Золотой стандарт» для морфологической	<p>А - 1</p> <p>Б - 2</p> <p>В - 3</p> <p>Г - 4</p> <p>Д - 5</p>
Буква	Метод диагностики	Цифра	Описание / Основное предназначение								
А	Биопсия почки	1	«Золотой стандарт» для морфологической								

				гломерулопатий, оценка активности и хронизации процесса.	
		Б	СКТ почек с контрастированием	2	Визуализация кист, объемных образований, аномалий развития, оценка уродинамики и перфузии органа.
		В	Суточная протеинурия	3	Количественная оценка потери белка с мочой, ключевой критерий для классификации нефротического синдрома.
		Г	Проба Реберга-Тареева	4	Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.
		Д	УЗИ почек и мочевого пузыря	5	Скрининговый метод для оценки размеров, положения, структуры почек, выявления гидронефроза, конкрементов.
128.	ОПК-3	Установите соответствие между ведущим клиническим синдромом в нефрологии и его основным патофизиологическим механизмом			
		Буква	Клинический синдром	Цифра	Основной патофизиологический механизм
					А – 1 Б - 2 В - 3 Г - 4 Д - 5

		<p>А Нефротический синдром 1</p> <p>Б Острое почечное повреждение (ОПП) 2</p> <p>В Артериальная гипертензия 3</p> <p>Г Тубулоинтерстициальный синдром 4</p> <p>Д Хроническая болезнь почек (ХБП) 5</p>	<p>Массивное повреждение клубочкового фильтрационного барьера, ведущее к выраженной потере белка.</p> <p>Быстрое (часы-дни) снижение скорости клубочковой фильтрации, накопление азотистых шлаков.</p> <p>Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и/или задержка натрия и воды.</p> <p>Преимущественное поражение канальцев и интерстиция (например, при лекарственной нефропатии, пиелонефрите).</p> <p>Прогрессирующая необратимая потеря нефронов с постепенным снижением СКФ в течение месяцев и лет.</p>	
129.	ОПК-3	Установите соответствие между группой препаратов и основной целью (задачей) их назначения в нефрологической практике		<p>А - 1</p> <p>Б - 2</p> <p>В - 3</p> <p>Г - 4</p> <p>Д - 5</p>

		Буква	Группа препаратов	Цифра	Основная цель назначения в контексте нефропротекции	
		А	Ингибиторы АПФ (иАПФ) / БРА	1	Снижение внутриклубочковой гипертензии и протеинурии за счет блокады РААС.	
		Б	Петлевые диуретики (фуросемид)	2	Устранение объем-зависимой гипертензии и отеков при сниженной СКФ (ОПП, ХБП 4-5 ст.).	
		В	Глюкокортикостероиды	3	Подавление иммунного воспаления при иммуноопосредованных гломерулопатиях (например, БПГН).	
		Г	Статины	4	Коррекция дислипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом или ХБП, как фактора риска прогрессирования.	

		Д	Фосфат-связывающие препараты	5	Контроль гиперфосфатемии и вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с ХБП 3б-5 ст.	
130.	ОПК-3	<p>Установите правильную логическую последовательность действий врача-нефролога при первичном осмотре пациента с макрогематурией. Цифры расставьте в порядке от первого до последнего шага.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение нефробиопсии для уточнения морфологического диагноза. 2. Тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование (исключение ЛОР-патологии, инфекций, травм, приема лекарств). 3. Проведение ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря. 4. Назначение лечения в зависимости от установленной причины (например, иммуносупрессия при гломерулонефрите). 5. Выполнение лабораторных анализов: общий анализ мочи с оценкой морфологии эритроцитов, анализ крови, определение функции почек (креатинин, СКФ), белковый спектр. 6. Дифференциация источника кровотечения (урологический / нефрологический) на основании данных цитологии и УЗИ. 			2 → 5 → 3 → 6 → 1 → 4	
131.	ОПК-3	<p>Установите последовательность шагов в терапии гиперфосфатемии, начиная с самого первого. Цифры расставьте в порядке от первого до последнего рекомендуемого действия.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При неэффективности добавить или увеличить дозу фосфат-связывающих препаратов (севеламера, карбоната лантана, солей кальция). 2. Оценка приверженности пациента к диете и медикаментозной терапии. 3. Ограничение продуктов, богатых неорганическим фосфатом (консервы, колбасы, плавленые сыры, газированные напитки). 4. Повторный контроль уровня фосфора и ПТГ в крови через 2-4 недели. 			3 → 2 → 1 → 5 → 4	

		5. Назначение активных метаболитов витамина D или аналогов ПТГ при вторичном гиперпаратиреозе	
132.	ОПК-3	<p>Расположите диагностические мероприятия в логическом порядке при подозрении на ренопаренхиматозную гипертензию у пациента с высоким АД и изменениями в анализе мочи. Цифры расставьте от первоочередного к заключительному.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Измерение АД, оценка гипертензивного анамнеза и проведение суточного мониторинга АД (СМАД). 2. Направление пациента на консультацию к эндокринологу для исключения феохромоцитомы или первичного альдостеронизма. 3. Выполнение скинтиграфии почек или экскреторной урографии. 4. Лабораторная диагностика: анализ мочи (протеинурия, гематурия, цилиндры), анализ крови (креатинин, калий, натрий, СКФ). 5. Проведение ультразвукового исследования почек с доплерографией почечных артерий. 6. Назначение терапии ингибиторами АПФ/БРА при подтверждении диагноза и отсутствии противопоказаний. 	1 → 4 → 5 → 3 → 2 → 6
133.	ОПК-3	Вы готовите вводную лекцию по теме «Хроническая болезнь почек (ХБП): определение, классификация, эпидемиология». Составьте план этой лекции (не менее 5 ключевых пунктов), раскрывающий логику изложения материала для студентов, ранее не знакомых с темой.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Актуальность проблемы: место ХБП в структуре заболеваемости и смертности в мире и в РФ, экономическое бремя. 2. Определение ХБП (по критериям KDIGO 2012): повреждение почек и/или снижение СКФ <

			<p>60 мл/мин/1.73м² в течение \geq 3 месяцев.</p> <p>3. Критерии диагностики: маркеры повреждения (альбуминурия/п ротеинурия, изменения в мочевом осадке, гистологические изменения, структурные аномалии, перенесенная трансплантация почки) и оценка функции (СКФ).</p> <p>4. Классификация ХБП по стадиям (СКФ) и категориям альбуминурии (A1, A2, A3). Демонстрация «тепловой карты» KDIGO, объединяющей оба параметра для стратификации</p>
--	--	--	--

			<p>риска. 5. Принципы скрининга групп риска (пациенты с СД, АГ, сердечно-сосудистыми заболеваниями, отягощенным семейным анамнезом).</p>
134.	ОПК-3	<p>Вам необходимо объяснить студентам патогенез отечного синдрома при нефротическом синдроме. Изложите последовательность патологических событий, начиная с повреждения клубочкового фильтра, и объясните ключевую роль гипоальбуминемии.</p>	<p>1. Повреждение клубочкового фильтра (при гломерулонефритах, диабетической нефропатии и др.) приводит к потере его селективности → массивная протеинурия (> 3,5 г/сут). 2. Потеря белка, в основном альбумина, превышает синтетическую способность печени → развивается</p>

			<p>гипоальбуминемия.</p> <p>3. Снижение онкотического давления плазмы → переход жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство по градиенту давления → формирование периферических и полостных отеков.</p> <p>4. Уменьшение внутрисосудистого объема (гиповолемия) активизирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) и симпатическую нервную систему, а также стимулирует секрецию АДГ.</p> <p>5. Это приводит</p>
--	--	--	---

			к задержке натрия и воды почками, что еще более усугубляет отеки (гиповолемический тип отеков). Формируется «порочный круг».
135.	ОПК-3	Студент задал вопрос: «Почему при терминальной ХБП развивается анемия?». Дайте развернутый ответ, пригодный для использования в учебном процессе, выделив основные патогенетические механизмы.	Анемия при ХБП является нормоцитарной, нормохромной и носит характер преимущественно гипорегенераторной. Основные механизмы: 1. Дефицит эритропоэтина (ЭПО): Основная причина. Почки – главный источник синтеза ЭПО. При прогрессировании ХБП продукция ЭПО

			<p>перитубулярным и фибробластами резко снижается, что приводит к недостаточной стимуляции эритропоэза в костном мозге.</p> <p>2. Сокращение продолжительности жизни эритроцитов из-за уремической интоксикации.</p> <p>3. Дефицит железа: Вызван хронической кровопотерей (гастропатия, частые заборы крови, гемодиализ с остаточной кровью в диализаторе), снижением всасывания железа в кишечнике, а также его повышенным потреблением</p>
--	--	--	---

			<p>при терапии стимуляторами эритропоэза.</p> <p>4. Уремические ингибиторы эритропоэза и угнетение костного мозга.</p> <p>5. Вторичный гиперпаратиреоз : Избыток паратгормона оказывает прямое миелотоксическое действие.</p> <p>6. Дополнительные факторы: Дефицит фолатов, гемолиз.</p>
136.	ОПК-3	<p>Вставьте пропущенный термин в определение.</p> <p>«_____ – это патологическое состояние, характеризующееся стойким (более 3 месяцев) снижением скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1.73м² и/или наличием маркеров повреждения почек (альбуминурия, изменения в осадке мочи, гистологические изменения, структурные аномалии, перенесенная трансплантация почки)».</p>	Хроническая болезнь почек (ХБП)
137.	ОПК-3	<p>Дополните предложенный алгоритм действий, вставив пропущенное ключевое словосочетание.</p> <p>При проведении занятия по теме «Диагностика нефротического синдрома» после демонстрации клинического случая необходимо перейти к обсуждению дифференциального диагноза. Эффективным педагогическим приемом на этом этапе является организация</p>	клинического разбора кейса (или: решения ситуационных задач; клинико-

		<p>_____, в ходе которой обучающиеся, разделенные на малые группы, анализируют и сравнивают возможные заболевания.</p>	<p>лабораторного разбора; анализа клинических ситуаций). Допустим любой из перечисленных синонимичных вариантов, отражающих интерактивный групповой метод обучения на основе клинического материала</p>
138.	ОПК-3	<p>Вставьте пропущенные термины в схему патогенеза. Завершите схему патогенеза острого почечного повреждения (ОПП) преренальной формы: «Снижение системного АД или почечного кровотока → _____ → Компенсаторная активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и симпатической нервной системы → _____ → Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)».</p>	<p>1) Снижение перфузионного давления в почечных клубочках 2) Сужение приносящих артериол (вазоконстрикция) и снижение клубочковой фильтрации (Краткий допустимый вариант: 1) Снижение перфузионного</p>

			давления, 2) Вазоконстрикция).
139.	ОПК-3	<p>Вы проводите практическое занятие со студентами 4 курса по теме "Острый гломерулонефрит (ОГН)". Вам необходимо выбрать наиболее эффективный и методически правильный способ объяснить патогенез формирования "олигурии" при ОГН студентам, которые только начали изучать нефрологию.</p> <p>Вопрос: Какой из предложенных методов объяснения будет наиболее педагогически целесообразен в данной ситуации?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить студентам самостоятельно найти информацию в современных руководствах и сделать краткие презентации на следующем занятии. 2. Использовать схему-алгоритм, наглядно связывающую ключевые звенья патогенеза (иммунное воспаление клубочка → снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) → задержка натрия и воды → снижение диуреза) с параллельным комментарием каждого этапа. 3. Прочитать мини-лекцию, детально освещающую все молекулярные и клеточные механизмы повреждения подоцитов и мезангия. 4. Раздать студентам научную статью по иммунопатогенезу ОГН для самостоятельного изучения с последующим обсуждением. 	2
140.	ОПК-3	<p>При подготовке к семинару по теме "Хроническая болезнь почек (ХБП)" вы разрабатываете интерактивный кейс для работы в малых группах. Ваша цель — не только проверить знание классификации, но и развить у ординаторов клиническое мышление и навыки командного взаимодействия.</p> <p>Вопрос: Какие элементы должны быть обязательно включены в структуру эффективного педагогического кейса по данной теме? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подробная биография пациента, включая данные о его образовании и семейном положении. 2. Четко сформулированное задание или вопрос для обсуждения в группе (например: 	2, 4

		<p>"Определите стадию ХБП, основные факторы прогрессирования и составьте план лечения").</p> <p>3. Раздаточный материал в виде неструктурированного набора лабораторных данных и выписок из истории болезни.</p> <p>4. Достаточный и необходимый для решения клинический материал: жалобы, анамнез, данные осмотра, результаты ключевых лабораторных (креатинин, СКФ, протеинурия) и инструментальных исследований.</p>	
141.	ОПК-3	<p>После лекции по "Диагностике нефротического синдрома" вы хотите оперативно оценить, насколько аудитория усвоила ключевой дифференциально-диагностический критерий между двумя патологиями. Вам необходимо выбрать формат моментального контроля, который займет минимум времени и даст объективную картину по всей группе.</p> <p>Вопрос: Какой метод текущего контроля знаний будет наиболее эффективен в описанной ситуации?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести устный опрос 2-3 студентов у доски с разбором клинического примера. 2. Использовать систему интерактивного голосования (или его простейший аналог — карточки с буквами А, В, С, D) с одним тестовым вопросом: "Для минимальных изменений клубочков, в отличие от мембранозной нефропатии, характерно: А)... В)... С) наличие субэпителиальных депозитов D) высокая частота спонтанных ремиссий у взрослых". 3. Дать домашнее задание — написать реферат по дифференциальной диагностике гломерулопатий. 4. Предложить студентам в конце пары анонимно написать на листке, что было самым сложным в теме. 	2
142.	ОПК-3	<p>Разрабатывая план практического занятия по интерпретации результатов общего анализа мочи, вы выделяете ключевые маркеры нефротического синдрома. Какие из указанных находок в моче являются типичными для нефротического синдрома?</p> <p>Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Протеинурия > 3,5 г/сут 	1, 3

		<p>2. Глюкозурия 3. Цилиндры: гиалиновые, восковидные 4. Оксалурия</p>	
143.	ОПК-3	<p>При обучении ординаторов дифференциальной диагностике острого почечного повреждения (ОПП), вы акцентируете внимание на преренальных причинах. Какие из перечисленных состояний являются классическими примерами преренального ОПП? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Острый гломерулонефрит 2. Декомпенсированная сердечная недостаточность 3. Массивное желудочно-кишечное кровотечение 4. Острый тубулоинтерстициальный нефрит, вызванный антибиотиками</p>	2, 3
144.	ОПК-3	<p>Вы готовите учебный кейс для разбора на конференции. Пациент с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа, гиперкреатининемией, нормоцитарной анемией и гиперфосфатемией. Формулировка какого диагноза будет наиболее корректной и педагогически верной для демонстрации этапов диагностики?</p> <p>1. Диабетическая нефропатия, ХБП С3а стадия 2. Хронический гломерулонефрит, ХБП С4 стадия 3. Хроническая болезнь почек (диабетическая нефропатия), стадия 3а, быстро прогрессирующее течение 4. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия (ХБП С5)</p>	1
145.	ОПК-3	<p>Объясняя студентам принципы лечения гиперкалиемии у пациента с ХБП, вы указываете на мероприятия, эффект которых развивается в первые минуты-часы. Какие из перечисленных вмешательств относятся к неотложной терапии? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Внутривенное введение кальция глюконата</p>	1, 4

		<p>2. Назначение петлевых диуретиков (фуросемид)</p> <p>3. Пероральный прием полистиролсульфоната натрия</p> <p>4. Инфузия глюкозы с инсулином</p>	
146.	ОПК-3	<p>При составлении вопросов для тестового контроля по теме «Инфекции мочевыводящих путей (ИМП)» вы включаете вопрос о критериях диагностики острого неосложненного пиелонефрита. Какой из признаков НЕ является для него обязательным ?</p> <p>1. Лейкоцитурия</p> <p>2. Бактериурия > 10⁵ КОЕ/мл</p> <p>3. Лихорадка > 38°C, боли в пояснице</p> <p>4. Наличие резистентной флоры в посеве</p>	4
147.	ОПК-3	<p>В рамках преподавания темы «Терапия гломерулярных болезней» вы разбираете показания к назначению иммуносупрессивной терапии. При каком из перечисленных морфологических типов первичного гломерулонефрита иммуносупрессия (глюкокортикоиды/цитостатики) является терапией первого выбора?</p> <p>1. Болезнь минимальных изменений (БМИ)</p> <p>2. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)</p> <p>3. Мембранозная нефропатия (МН)</p> <p>4. Фибриллярный гломерулонефрит</p>	1
148.	ОПК-3	<p>Готовясь к семинару по почечной заместительной терапии (ПЗТ), вы формулируете абсолютные показания к началу диализа. Какие из перечисленных состояний относятся к таким показаниям? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Уремический перикардит</p> <p>2. Стойкая гиперкалиемия > 6,0 ммоль/л, рефрактерная к консервативной терапии</p> <p>3. Уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 12 мл/мин/1.73м² без симптомов</p> <p>4. Выраженные периферические отеки</p>	1, 2

149.	ОПК-3	<p>Обсуждая с ординаторами тактику при синдроме острого повреждения почек (ОПП), вы подчеркиваете необходимость исключения обструктивной уропатии. Какие из методов исследований являются первоочередными для подтверждения или исключения этого состояния?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изотопная ренография 2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. Компьютерная томография органов брюшинного пространства 4. Экскреторная урография 	2
150.	ОПК-3	<p>При обучении оценке водно-электролитного баланса у нефрологического пациента, вы спрашиваете о признаках гиперволемии. Какие из следующих клинических проявлений свидетельствуют о ее наличии? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ортостатическая гипотензия, тахикардия 2. Набухание шейных вен, влажные хрипы в легких 3. Периферические отеки, асцит 4. Сухость кожных покровов и слизистых 	2, 3
151.	ОПК-3	<p>Вы разрабатываете алгоритм диагностики вторичных артериальных гипертензий для самостоятельной работы студентов. При каком из перечисленных симптомокомплексов в первую очередь следует заподозрить реноваскулярную гипертензию?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертензия, устойчивая к комбинированной терапии + шум над почечными артериями 2. Гипертензия + мышечная слабость + гипокалиемия 3. Пароксизмальное течение гипертензии с головной болью, потливостью, тахикардией 4. Гипертензия у молодой женщины с указанием на частые «почечные» инфекции в анамнезе 	1
152.	ОПК-3	<p>Разбирая тему «Протеинурия», вы объясняете виды протеинурии в зависимости от</p>	1

		<p>источника. Какие из перечисленных заболеваний являются типичной причиной развития преренальной протеинурии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Миеломная болезнь (белок Бенс-Джонса) 2. Острый пиелонефрит 3. Амилоидоз почек 4. Диабетическая нефропатия 	
153.	ОПК-3	<p>Готовя материал для лекции «Кислотно-основное состояние при ХБП», вы указываете на характерный тип нарушений. Какое нарушение кислотно-основного состояния наиболее типично для пациентов с ХБП С4-С5 стадий?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Декомпенсированный метаболический алкалоз 2. Компенсированный метаболический ацидоз с высоким анионным промежутком 3. Респираторный ацидоз 4. Респираторный алкалоз 	2
154.	ОПК-3	<p>При обучении проведению дифференциального диагноза между острым и хроническим повреждением почек, вы просите назвать УЗИ-признаки, более характерные для хронического процесса. Какие из них таковыми являются?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение размеров почек, повышенная эхогенность коркового слоя 2. Уменьшение размеров почек, истончение паренхимы, неровные контуры 3. Расширение чашечно-лоханочной системы 4. Наличие объемных образований 	2
155.	ОПК-3	<p>ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ» ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ДОЛЖЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подобрать иллюстративный материал (микропрепараты) 2. Сформулировать цели и планируемые результаты занятия 3. Составить список литературы для обязательного прочтения 	2

		4. Подготовить тесты для входного контроля знаний	
156.	ОПК-3	<p>ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ У ОРДИНАТОРОВ НАВЫКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лекция-визуализация 2. Решение ситуационных клинических задач (кейс-метод) 3. Составление глоссария терминов 4. Просмотр тематического видеофильма 	2
157.	ОПК-3	<p>ПРИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сравнить ответ с ответами других обучающихся 2. Оценить соответствие ответа поставленным целям и критериям 3. Учитывать личную симпатию к обучающемуся 4. Ориентироваться на средний балл ординатора 	2
158.	ОПК-3	<p>КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ОТНОСИТСЯ К СРЕДСТВАМ ОБУЧЕНИЯ, А НЕ К ФОРМАМ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лекция 2. Семинар 3. Клинический разбор 4. Электронный атлас по нефрологии 	4

159.	ОПК-3	<p>ПРИ РАЗРАБОТКЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ЗАКРЫТОГО ТИПА ПО НЕФРОЛОГИИ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ТРЕБОВАНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие не менее 10 вариантов ответа 2. Наличие правильного ответа в каждом задании 3. Использование сложных грамматических конструкций 4. Дословное копирование формулировок из учебника 	2
160.	ОПК-3	<p>ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО ОБЪЯСНЕНИЯ НОВОГО МАТЕРИАЛА (МИНИ-ЛЕКЦИИ) ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАМКАХ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-10 минут 2. 20-30 минут 3. 45-60 минут 4. 90 минут (академическая пара) 	2
161.	ОПК-3	<p>ДЛЯ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ОРДИНАТОРОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ «ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК» НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРЕДЛОЖИТЬ ЗАДАНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать реферат на тему «Эпидемиология ХБП» 2. Составить план ведения пациента с ХБП 3а стадии 3. Перечислить показания к началу диализной терапии 4. Заполнить таблицу классификации стадий ХБП 	2

162.	ОПК-3	<p>КАКУЮ ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ ЗАДАЧУ РЕШАЕТ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ, ПРЕДЛАГАЯ ОРДИНАТОРАМ ПЕРЕД ЗАНЯТИЕМ ОЗНАКОМИТЬСЯ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ И РАЗОБРАТЬ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение входного контроля знаний 2. Мотивация и подготовка к осознанному изучению темы 3. Проверка посещаемости библиотеки 4. Замена аудиторной работы самостоятельной 	2
163.	ОПК-3	<p>ПОНЯТИЕ «ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕФЛЕКСИЯ» В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ОЗНАЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Способность к самоанализу и оценке собственного педагогического опыта 2. Умение проводить рефлексию с обучающимися в конце занятия 3. Подготовку подробного плана-конспекта занятия 4. Использование технических средств обучения 	1
164.	ОПК-3	<p>КАКОЙ ИЗ ЭТАПОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ В КЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА-НЕФРОЛОГА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверка исходного уровня знаний (тестирование) 2. Самостоятельная курация пациентов под контролем преподавателя 3. Объявление темы и ее актуальности 4. Подведение итогов и задание на дом 	2
165.	ОПК-3	ЧТО ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ «УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	2

		<p>ДИСЦИПЛИНЫ»?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие учебников в библиотеке вуза 2. Совокупность учебных, методических, контрольных материалов 3. Оснащение кафедры мультимедийным проектором 4. Наличие подключения к интернету в аудиториях 	
166.	ОПК-3	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ФОРМЕ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО НЕФРОЛОГИИ ЗАДАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направлены на проверку всех уровней усвоения знаний 2. Только на узнавание и запоминание терминов 3. Исключительно на проверку клинического мышления 4. Составлены с использованием профессионального сленга 	1
167.	ОПК-3	<p>ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С ОРДИНАТОРАМИ (ВЗРОСЛЫМИ УЧАЩИМИСЯ) ОТ ОБЩЕНИЯ СО СТУДЕНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Большая дистанция и формализм 2. Партнерский характер, учет опыта и мнения обучающихся 3. Исключительно директивный стиль управления 4. Меньшая эмоциональная вовлеченность преподавателя 	2
168.	ОПК-3	<p>КАКОЙ ДОКУМЕНТ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕФРОЛОГИЯ»?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рабочая программа дисциплины 	2

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Календарно-тематический план (учебный план) 3. Журнал успеваемости группы 4. Индивидуальный план работы преподавателя 	
169.	ОПК-4	<p>Установите соответствие между клиническим синдромом (1-4) и характерными для него диагностическими признаками или определениями (А-Г).</p> <p>Клинические синдромы:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Нефротический синдром 2. Острое почечное повреждение (ОПП) 3. Артериальная гипертензия ренопаренхиматозного генеза 4. Тубулоинтерстициальный синдром <p>Диагностические признаки / Определения:</p> <p>А. Быстрое (часы-дни) нарастание уровня креатинина и мочевины в крови, часто с олигурией.</p> <p>Б. Стойкое повышение АД, часто с ранним повышением диастолического давления, вторичное по отношению к двустороннему диффузному поражению почечной ткани.</p> <p>В. Протеинурия > 3.5 г/сут, гипоальбуминемия, отеки, гиперлипидемия.</p> <p>Г. Преобладание изменений в осадке мочи (лейкоцитурия, бактериурия) над протеинурией (< 1.5 г/сут), возможны нарушения концентрационной функции почек.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 - В 2 - А 3 - Б 4 - Г
170.	ОПК-4	<p>Установите соответствие между методом диагностики (1-4) и основной клинической ситуацией или целью его назначения в нефрологии (А-Г).</p> <p>Методы диагностики:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковое исследование почек (УЗИ) 2. Чрескожная биопсия почки 3. Сцинтиграфия почек (динамическая нефросцинтиграфия) 4. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) <p>Клинические ситуации / Цели назначения:</p> <p>А. Оценка раздельной и общей функции почек, выявление обструкции.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 - В 2 - Б 3 - А 4 - Г

		<p>Б. Окончательная верификация морфологического диагноза при гломерулопатиях, неясной протеинурии или почечной недостаточности.</p> <p>В. Скрининговая оценка размеров, положения, структуры почек, выявление кист, гидронефроза, конкрементов.</p> <p>Г. Дифференциальная диагностика паренхиматозной и реноваскулярной АГ, подбор антигипертензивной терапии.</p>	
171.	ОПК-4	<p>Установите соответствие между ведущим симптомом/синдромом (1-4) и наиболее вероятным заболеванием/состоянием для дифференциальной диагностики (А-Г).</p> <p>Ведущий симптом/синдром:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Безболевая макрогематурия, возникшая на фоне ОРВИ 2. Почечная колика (острая боль в пояснице с иррадиацией) 3. Быстро прогрессирующее снижение функции почек с олигурией и выраженными отеками 4. Полиурия, полидипсия, гипоизостенурия у пациента с длительным анамнезом АГ и сахарного диабета <p>Заболевания/состояния для дифференциального диагноза:</p> <p>А. Мочекаменная болезнь (конкремент мочеточника)</p> <p>Б. Острый постстрептококковый гломерулонефрит</p> <p>В. IgA-нефropатия (болезнь Берже)</p> <p>Г. Нефрогенный несахарный диабет как проявление хронической болезни почек (ХБП) 4-5 ст.</p>	<p>1 - В</p> <p>2 - А</p> <p>3 - Б</p> <p>4 - Г</p>
172.	ОПК-4	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога (ординатора) при первичном обследовании пациента с изолированной протеинурией, выявленной в общем анализе мочи.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение суточной протеинурии или соотношения белок/креатинин в разовой порции мочи для количественной оценки. 2. Сбор анамнеза и физикальное обследование с акцентом на признаки системных заболеваний, отеки, АД. 3. Исключение ортостатической протеинурии (при необходимости — сбор мочи в положении 	<p>2, 1, 4, 5, 3, 6</p>

		<p>лежа и стоя).</p> <p>4. Оценка функции почек (креатинин крови, расчет СКФ) и состояния углеводного обмена (глюкоза крови).</p> <p>5. Проведение УЗИ почек для оценки их размеров, структуры и исключения обструкции.</p> <p>6. Назначение иммунологического обследования (например, антинуклеарные антитела, комплемент) при подозрении на вторичный гломерулонефрит.</p>	
173.	ОПК-4	<p>Расположите в правильном порядке мероприятия по коррекции жизнеугрожающей гиперкалиемии (уровень калия > 6,5 ммоль/л с изменениями на ЭКГ) у нефрологического пациента.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение глюконата кальция (10%) для стабилизации кардиомиоцитов. 2. Назначение пероральных или ректальных катионообменных смол (полистиролсульфонат натрия). 3. Оценка электрокардиограммы (ЭКГ) на наличие признаков гиперкалиемии (высокие зубцы Т, расширение QRS). 4. Внутривенное введение инсулина с глюкозой для перемещения калия в клетки. 5. Внутривенное введение бикарбоната натрия (при наличии ацидоза). 6. Подготовка и проведение экстренного сеанса гемодиализа. 	3, 1, 4, 5, 2, 6
174.	ОПК-4	<p>Установите логическую последовательность диагностических шагов при подозрении на развитие ОПП у пациента в терапевтическом отделении.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ мочевого осадка (микроскопия), определение фракционной экскреции натрия (FENa) при необходимости. 2. Немедленная отмена нефротоксичных препаратов, коррекция гиповолемии. 3. Сбор анамнеза и физикальное обследование с оценкой волемического статуса. 4. Установление стадии ОПП по критериям KDIGO (креатинин, диурез). 5. Проведение УЗИ почек и мочевыводящих путей для исключения обструкции. 6. Срочная оценка уровня креатинина и мочевины в крови, расчет диуреза за последние 6-12 часов. 	3, 6, 4, 2, 5, 1

175.	ОПК-4	<p>Пациент, 45 лет, доставлен скорой помощью с жалобами на резкую боль в пояснице слева, иррадирующую в пах и внутреннюю поверхность бедра, тошноту, макрогематурию. Объективно: состояние средней тяжести, беспокоен, пытается найти удобное положение. Положительный симптом Пастернацкого слева. ЧД 20 в мин, АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 100 уд/мин.</p> <p>Вопрос: Какой наиболее вероятный диагноз? Опишите Ваш первоначальный диагностический алгоритм (инструментальные и лабораторные исследования) для подтверждения диагноза и определения тактики лечения.</p>	<p>Предполагаемый диагноз: Почечная колика, обусловленная мочекаменной болезнью (конкремент левого мочеточника). Обоснование: острое начало, характерный болевой синдром с иррадиацией, макрогематурия, положительный симптом Пастернацкого, беспокойное поведение пациента. 2. Диагностический алгоритм: Экстренно: Общий анализ мочи (ожидается макрогематурия, возможно кристаллурия, лейкоцитурия), общий анализ</p>
------	-------	--	--

			<p>крови (возможен лейкоцитоз), биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, электролиты для оценки функции почек).</p> <p>«Золотой стандарт» для визуализации конкремента: Неконтрастная компьютерная томография (НККТ) органов мочевой системы. Она определит размер, плотность, локализацию камня, состояние чашечно-лоханочной системы, наличие обструкции.</p> <p>Альтернатива при противопоказаниях к КТ: УЗИ</p>
--	--	--	--

			<p>почек и мочевого пузыря (визуализирует конкременты в почках и расширение чашечно-лоханочной системы, но менее информативно для мочеточников). Дополнительно: Обзорная урография (может быть неинформативна при рентггеннегативных камнях). Цель обследования: Подтвердить диагноз, оценить степень обструкции и функцию почки, выбрать тактику (консервативная терапия, дистанционная литотрипсия,</p>
--	--	--	---

			эндоскопическое удаление).
176.	ОПК-4	<p>Пациентка, 32 года, на амбулаторном приеме. Предъявляет жалобы на отеки лица, наиболее выраженные по утрам, уменьшающиеся к вечеру, на уменьшение объема выделяемой мочи (примерно 500 мл/сут), темный цвет мочи («цвет мясных помоев»). Заболела через 2 недели после перенесенной ангины. АД 160/100 мм рт.ст. В анализах: ОАМ – протеинурия 1,2 г/л, микрогематурия, цилиндрурия (гиалиновые и эритроцитарные цилиндры). Креатинин сыворотки – 130 мкмоль/л (норма до 110).</p> <p>Вопрос: Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Какие дополнительные лабораторные и иммунологические исследования необходимо назначить для его верификации? Почему?</p>	<p>1. Предварительный диагноз: Острый постинфекционный (постстрептококковый) гломерулонефрит с нефритическим синдромом (олигурия, отеки, артериальная гипертензия, мочевого синдром), острое повреждение почек.</p> <p>2. Необходимые дополнительные исследования: Лабораторные: Суточная протеинурия (для точной оценки потери белка), проба Реберга (для</p>

			<p>оценки скорости клубочковой фильтрации), мочевины, альбумин крови, общий белок крови, липидный спектр.</p> <p>Иммунологическое: Антистрептолизин-О (АСЛ-О) – для подтверждения связи со стрептококковой инфекцией; С3 и С4 фракции комплемента (характерно снижение С3 при остром постстрептококковом ГН); антинуклеарные антитела, ANCA – для исключения системных заболеваний.</p> <p>Инструментальн</p>
--	--	--	---

			<p>ые: УЗИ почек (для исключения анатомических аномалий, оценки размеров и экзогенности).</p> <p>Обоснование: Комплекс исследований направлен на подтверждение гломерулярной природы поражения, установление этиологии (связь со стрептококком), оценку тяжести функциональных нарушений и исключение других причин гломерулонефрита.</p>
177.	ОПК-4	<p>Пациент, 58 лет, с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа (15 лет), получает метформин и инсулин. Поступает с жалобами на прогрессирующую слабость, кожный зуд, тошноту, потерю аппетита. При осмотре: бледность, сухость кожных покровов, расчесы, запах аммиака изо рта. АД 170/100 мм рт.ст. Периферических отеков нет. В анализах: гемоглобин 90 г/л, креатинин 650 мкмоль/л, мочевины 38 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л.</p>	<p>1. Ведущий синдром: Уремический синдром (интоксикация продуктами азотистого обмена),</p>

		<p>Вопрос: Какой синдром является ведущим в данной клинической картине? Опишите план вашего клинического обследования данного пациента (цель – уточнение стадии и причины ХБП, выявление осложнений).</p>	<p>обусловленный хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии (терминальная почечная недостаточность). Обоснование: высокий уровень креатинина и мочевины, соответствующие клинические симптомы (зуд, тошнота, сухая кожа, анемия), гиперкалиемия.</p> <p>2. План обследования для уточнения: Оценка функции почек и стадии ХБП: Расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ, определение суточной протеинурии/альбуминурии.</p> <p>Уточнение причины ХБП: Осмотр глазного</p>
--	--	---	---

			<p>дна (для оценки диабетической ретинопатии), УЗИ почек с доплерографией (ожидаются уменьшение размеров, повышение эхогенности, истончение паренхимы; важно оценить кровоток). Оценка осложнений и метаболических нарушений: Анемия: уровень железа, ферритина, витамина В12, фолиевой кислоты, эритропоэтина.</p> <p>Минерально-костные нарушения: кальций, фосфор, щелочная фосфатаза,</p>
--	--	--	---

			<p>паратгормон. Сердечно-сосудистый риск: ЭКГ (особенно важно при гиперкалиемии), ЭхоКГ, липидный спектр.</p> <p>Подготовка к заместительной почечной терапии: Обследование сосудистого доступа (УЗИ сосудов предплечья), консультация сосудистого хирурга.</p>
178.	ОПК-4	<p>Пациент 58 лет жалуется на периодические ноющие боли в пояснице, слабость, снижение аппетита. В биохимическом анализе крови: креатинин 220 мкмоль/л, мочевина 12,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: протеинурия 1,2 г/л, гипоизостенурия (удельный вес 1008-1010).</p> <p>Вопрос: Для объективизации снижения фильтрационной функции почек у данного пациента и установления стадии хронической болезни почек (ХБП) необходимо рассчитать ключевой показатель — _____.</p>	<p>скорость клубочковой фильтрации (СКФ)</p>
179.	ОПК-4	<p>На амбулаторном приеме пациент 45 лет с длительным анамнезом артериальной гипертензии. При расспросе выяснилось, что в последнее время он отмечает появление</p>	<p>1. Общий анализ мочи</p>

		<p>пенистой мочи и пастозность голеней к вечеру.</p> <p>Вопрос: Для первичной оценки наличия и степени патологии почек, помимо измерения артериального давления, врач-нефролог должен в первую очередь назначить следующие два базовых лабораторных исследования:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>	<p>2. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, расчет СКФ)</p>
180.	ОПК-4	<p>Пациент 35 лет доставлен в приемное отделение с интенсивной болью в левой поясничной области, иррадиирующей в пах и внутреннюю поверхность бедра. Боль возникла внезапно, пациент беспокоен, мечется, не может найти удобное положение. В анализе мочи – макрогематурия.</p> <p>Вопрос: Как называется характерный для данной острой ситуации диагностический приём (симптом), при котором короткие отрывистые удары ребром ладони по поясничной области вызывают резкое усиление боли?</p>	<p>Симптом Пастернацкого (положительный) или Поколачивание по пояснице (положительный симптом Пастернацкого)</p>
181.	ОПК-4	<p>Пациент 25 лет, через 2 недели после перенесенной ангины предъявляет жалобы на головную боль, снижение диуреза, отеки на лице по утрам. В общем анализе мочи: протеинурия 1,5 г/л, гематурия 50-60 в п/зр, цилиндры гиалиновые и эритроцитарные. Артериальное давление 160/95 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз следует предположить в первую очередь?</p> <p>1) Острый пиелонефрит. 2) Хронический гломерулонефрит, обострение. 3) Острый постстрептококковый гломерулонефрит. 4) Интерстициальный нефрит, индуцированный НПВС.</p>	<p>3</p>
182.	ОПК-4	<p>У пациента 58 лет с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа при плановом обследовании в течение 3 месяцев и более сохраняется скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ, 48 мл/мин/1,73м². В анализах мочи стабильно определяется альбуминурия 350 мг/г креатинина. Какой стадии ХБП соответствует данное состояние согласно классификации KDIGO (2012)?</p>	<p>3</p>

		<p>1) С1 (СКФ >90) с альбуминурией. 2) С2 (СКФ 60-89) с альбуминурией. 3) С3а (СКФ 45-59) с альбуминурией А3. 4) С4 (СКФ 15-29) с альбуминурией.</p>	
183.	ОПК-4	<p>У пациента развернутый нефротический синдром (массивная протеинурия, гипоальбуминемия, отеки, гиперлипидемия). Какие из перечисленных ниже патологических состояний/осложнений являются наиболее характерными и требуют активного выявления при первичном обследовании? Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Гиповолемия и острое повреждение почек. 2) Гиперкалиемический метаболический алкалоз. 3) Венозные тромбозы (риск гиперкоагуляции). 4) Гипертиреоз.</p>	1, 3
184.	ОПК-4	<p>Пациент 65 лет, поступил с жалобами на отёки лица и голеней, появившиеся 2 недели назад. В общем анализе мочи: протеинурия 5.6 г/сут, гипоальбуминемия 24 г/л, гиперхолестеринемия. Артериальное давление 150/95 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный клинико-лабораторный синдром?</p> <p>1. Нефротический синдром 2. Острое почечное повреждение 3. Хроническая болезнь почек 3 стадии 4. Гипертоническая нефропатия</p>	1
185.	ОПК-4	<p>Для какого заболевания характерна триада: артериальная гипертензия, протеинурия (часто нефротического уровня) и гематурия (моча цвета «мясных помоев») в осадке мочи?</p> <p>1. Хронический пиелонефрит 2. Острый гломерулонефрит 3. Диабетическая нефропатия</p>	2

		4. Мочекаменная болезнь	
186.	ОПК-4	<p>При проведении дифференциальной диагностики олигоанурии у пациента в реанимации, какие исследования необходимо выполнить в первую очередь? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение уровня натрия и осмолярности мочи 2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. Биопсию почки 4. Радиоизотопную ренографию 	1, 2
187.	ОПК-4	<p>У пациента 30 лет с жалобами на макрогематурию, возникающую через 1-2 дня после перенесенной ОРВИ. АД в норме, отёков нет. В анализе мочи: эритроциты измененные, протеинурия 0.8 г/сут, цилиндры эритроцитарные. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IgA-нефропатия (болезнь Берже) 2. Острый постстрептококковый гломерулонефрит 3. Мочекаменная болезнь 4. Острый цистит 	1
188.	ОПК-4	<p>Для нефрогенного несахарного диабета характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Низкая осмолярность мочи при высокой осмолярности плазмы, отсутствие эффекта от введения десмопрессина 2. Высокая осмолярность мочи при низкой осмолярности плазмы 3. Глюкозурия и полиурия 4. Гипернатриемия и концентрированная моча 	1
189.	ОПК-4	<p>Какие из перечисленных состояний являются абсолютными противопоказаниями к</p>	1, 3

		<p>плановой чрескожной биопсии почки? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие единственной функционирующей почки 2. Артериальная гипертензия 160/100 мм рт.ст. 3. Нарушения свертываемости крови (МНО >1.5, тромбоциты < 80 000) 4. Протеинурия 3.5 г/сут 	
190.	ОПК-4	<p>У пациента с длительной гиперурикемией развилось снижение СКФ до 40 мл/мин/1.73м². УЗИ: почки нормальных размеров, повышенной эхогенности, без обструкции. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подагрическая нефропатия (уратная) 2. Острая мочекислая нефропатия 3. Интерстициальный нефрит, вызванный НПВП 4. Реноваскулярная гипертензия 	1
191.	ОПК-4	<p>Синдром Фанкони (проксимальный канальцевый ацидоз с глюкозурией, аминокацидурией, фосфатурией) может развиваться при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Множественной миеломе 2. Гиперпаратиреозе 3. Приеме препаратов лития 4. Все перечисленное верно 	4
192.	ОПК-4	<p>Какие данные анамнеза и обследования наиболее значимы для диагностики вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии почечного генеза? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дебют гипертензии в возрасте до 30 лет 2. Наличие шума в проекции почечных артерий при аускультации живота 3. Гипокалиемия на фоне приема диуретиков 	1, 2

		4. Стабильное течение гипертензии в течение 20 лет	
193.	ОПК-4	<p>Для синдрома Альпорта НЕ характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прогрессирующее снижение функции почек 2. Нейросенсорная тугоухость 3. Поражение переднего отрезка глаза (катаракта) 4. Гематурия как ведущий мочевого синдром 	3
194.	ОПК-4	<p>У пациента 70 лет внезапно развилась анурия, боли в пояснице отсутствуют. Какой первый и наиболее информативный метод инструментальной диагностики?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Экскреторная урография 2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. Компьютерная томография почек с контрастированием 4. Микционная цистоуретрография 	2
195.	ОПК-4	<p>Какие электролитные нарушения наиболее характерны для терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП С5)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия, гиперфосфатемия, гипокальциемия 2. Гипокалиемия, гипофосфатемия, гиперкальциемия 3. Гипернатриемия, гипомагниемия 4. Гипокалиемия, гиперхлоремический ацидоз 	1
196.	ОПК-4	<p>Мужчина 65 лет, госпитализирован с клиникой тяжелой внебольничной пневмонии. На фоне лихорадки, гипотонии и приема антибиотиков на 3-и сутки отмечается снижение диуреза до 0,3 мл/кг/ч. Уровень креатинина сыворотки увеличился с базового 90 мкмоль/л до 210 мкмоль/л.</p> <p>Вопрос: Какие из перечисленных диагностических мероприятий являются первоочередными и обязательными для установления формы и причины ОПП у данного пациента? Выберите один</p>	2, 4

		<p>или несколько верных ответов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов забрюшинного пространства с контрастированием. 2. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря с оценкой внутривидеочечного кровотока (доплерография). 3. Определение суточной протеинурии и электрофореза белков мочи. 4. Анализ мочи по Зимницкому и Нечипоренко, микроскопия мочевого осадка. 	
197.	ОПК-4	<p>Для нефротического синдрома характерны все перечисленные лабораторные признаки, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Протеинурия более 3,5 г/сутки 2. Гипоальбуминемия 3. Гипергаммаглобулинемия 4. Гиперлипидемия 	3
198.	ОПК-4	<p>У больного с макрогематурией, возникшей на фоне фарингита, наличием пальпируемой пурпуры на нижних конечностях и болями в животе, наиболее вероятным диагнозом является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит 2. IgA-нефropатия (болезнь Берже) 3. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) 4. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) 	3
199.	ОПК-4	<p>Для подтверждения ренального характера гематурии (гломерулярной протеинурии) наиболее информативным методом лабораторной диагностики является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проба Зимницкого 2. Фазово-контрастная микроскопия мочевого осадка 	2

		<p>3. Бактериологический посев мочи</p> <p>4. Определение суточной протеинурии</p>	
200.	ОПК-4	<p>Абсолютным показанием для экстренного начала заместительной почечной терапии (гемодиализа) при остром повреждении почек является:</p> <p>1. Олигурия в течение 3-х дней</p> <p>2. Уровень креатинина > 500 мкмоль/л</p> <p>3. Уремический перикардит</p> <p>4. Гиперкалиемия 5,5 ммоль/л</p>	3
201.	ОПК-4	<p>Для анальгетической нефропатии (нефропатии, вызванной фенацетинсодержащими препаратами) характерно:</p> <p>1. Быстрое начало с нефротического синдрома</p> <p>2. Раннее развитие сморщивания почек и ХБП</p> <p>3. Сочетание с асептическим некрозом головки бедренной кости</p> <p>4. Высокая лихорадка и ознобы</p>	2
202.	ОПК-4	<p>Какие изменения в анализах наиболее характерны для канальцевых нарушений (синдрома Фанкони)?</p> <p>1. Гиперкалиемия и гиперхлоремия</p> <p>2. Глюкозурия при нормальном уровне глюкозы крови, гипофосфатемия, метаболический ацидоз</p> <p>3. Протеинурия более 3 г/л и цилиндрурия</p> <p>4. Изолированная микрогематурия</p>	2
203.	ОПК-4	<p>У пациента с длительным анамнезом подагры при ультразвуковом исследовании выявлены гиперэхогенные включения в паренхиме почек, не дающие акустической тени.</p>	1

		<p>Это наиболее характерно для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нефрокальциноза 2. Коралловидного нефролитиаза 3. Поликистоза почек 4. Опухоли Вильмса 	
204.	ОПК-4	<p>При каком заболевании в биоптате почки при иммунофлюоресценции выявляется "линейное" свечение IgG вдоль базальной мембраны клубочков?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IgA-нефропатия 2. Волчаночный нефрит 3. Синдром Гудпасчера 4. Мембранозная нефропатия 	3
205.	ОПК-4	<p>Какие два основных клинико-лабораторных признака позволяют заподозрить острый пиелонефрит?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дизурия и лейкоцитурия с бактериурией 2. Отеки и массивная протеинурия 3. Боли в пояснице и лихорадка 4. Макрогематурия и почечная колика 	1, 3
206.	ОПК-4	<p>Наиболее частой причиной нефротического синдрома у взрослых является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь минимальных изменений 2. Мембранозная нефропатия 3. Фокально-сегментарный гломерулосклероз 4. Сахарный диабет 2 типа 	2

207.	ОПК-4	<p>Для диагностики реноваскулярной гипертензии (стеноза почечных артерий) "золотым стандартом" является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Экскреторная урография 2. УЗДГ сосудов почек 3. Селективная ангиография почечных артерий 4. МР-ангиография с контрастированием 	3
208.	ОПК-4	<p>Для диагностики туберкулеза почек наиболее специфичным методом является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обнаружение микобактерий туберкулеза в моче (посев, ПЦР) 2. Трехстаканная проба мочи 3. Экскреторная урография 4. Общий анализ мочи с кислотоустойчивой микроскопией 	1
209.	ОПК-4	<p>К немодифицируемым факторам риска хронической болезни почек (ХБП) относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальная гипертензия 2. Сахарный диабет 3. Пожилой возраст 4. Ожирение 	3
210.	ОПК-4	<p>Проба Реберга-Тареева позволяет оценить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Концентрационную функцию почек 2. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 3. Суточную экскрецию белка 4. Способность почек к кислотообразованию 	2
211.	ОПК-5	Установите соответствие между клиническим синдромом/симптомом при заболеваниях	1-А, 2-В, 3-С, 4-

		<p>почек и наиболее подходящим для его коррекции классом лекарственных препаратов (на старте терапии).</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Клинический синдром/симптом</th> <th style="text-align: center;">Класс лекарственных препаратов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Нефротический синдром (массивные отеки, гипоальбуминемия)</td> <td>А. Петлевые диуретики</td> </tr> <tr> <td>2. Артериальная гипертензия при диабетической нефропатии</td> <td>В. Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА)</td> </tr> <tr> <td>3. Гиперкалиемия у пациента с ХБП С4</td> <td>С. Катионообменные смолы (полистиролсульфонат)</td> </tr> <tr> <td>4. Метаболический ацидоз (бикарбонат плазмы < 18 ммоль/л) при ХБП</td> <td>Д. Препараты бикарбоната натрия</td> </tr> <tr> <td>5. Вторичный гиперпаратиреоз при ХБП С5</td> <td>Е. Активные метаболиты витамина D (альфакальцидол, кальцитриол)</td> </tr> </tbody> </table>	Клинический синдром/симптом	Класс лекарственных препаратов	1. Нефротический синдром (массивные отеки, гипоальбуминемия)	А. Петлевые диуретики	2. Артериальная гипертензия при диабетической нефропатии	В. Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА)	3. Гиперкалиемия у пациента с ХБП С4	С. Катионообменные смолы (полистиролсульфонат)	4. Метаболический ацидоз (бикарбонат плазмы < 18 ммоль/л) при ХБП	Д. Препараты бикарбоната натрия	5. Вторичный гиперпаратиреоз при ХБП С5	Е. Активные метаболиты витамина D (альфакальцидол, кальцитриол)	D, 5-E
Клинический синдром/симптом	Класс лекарственных препаратов														
1. Нефротический синдром (массивные отеки, гипоальбуминемия)	А. Петлевые диуретики														
2. Артериальная гипертензия при диабетической нефропатии	В. Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА)														
3. Гиперкалиемия у пациента с ХБП С4	С. Катионообменные смолы (полистиролсульфонат)														
4. Метаболический ацидоз (бикарбонат плазмы < 18 ммоль/л) при ХБП	Д. Препараты бикарбоната натрия														
5. Вторичный гиперпаратиреоз при ХБП С5	Е. Активные метаболиты витамина D (альфакальцидол, кальцитриол)														
212.	ОПК-5	<p>Установите соответствие между диагнозом (нозологической формой) и основным патогенетическим механизмом, который определяет тактику иммуносупрессивной терапии</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Диагноз (нозологическая форма)</th> <th style="text-align: center;">Основной патогенетический механизм / мишень терапии</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Волчаночный нефрит (пролиферативный, мезангиокапиллярный)</td> <td>А. Образование</td> </tr> </tbody> </table>	Диагноз (нозологическая форма)	Основной патогенетический механизм / мишень терапии	1. Волчаночный нефрит (пролиферативный, мезангиокапиллярный)	А. Образование	1-B, 2-C, 3-A, 4-D, 5-E								
Диагноз (нозологическая форма)	Основной патогенетический механизм / мишень терапии														
1. Волчаночный нефрит (пролиферативный, мезангиокапиллярный)	А. Образование														

		<p>2. Болезнь минимальных изменений (БМИ)</p> <p>3. Анти-GBM болезнь (синдром Гудпасчера)</p> <p>4. IgA-нефропатия (IgAN) с активными полулуниями и быстро прогрессирующим течением</p> <p>5. ANCA-ассоциированный васкулит с поражением почек</p>	<p>клубочковой базальной мембраны (анти-GBM)</p> <p>В. Отложение иммунных комплексов, активация системы комплемента, пролиферация клеток</p> <p>С. Активация Т-лимфоцитов с выработкой цитокинов, повреждающих подоциты</p> <p>Д. Отложение IgA-содержащих иммунных комплексов в мезангии, активация альтернативного пути комплемента</p> <p>Е. Образование антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), активация нейтрофилов и повреждение сосудов</p>	
213.	ОПК-5	<p>Установите соответствие между клинической ситуацией (побочным эффектом/состоянием) и группой нефротоксичных препаратов, наиболее часто его вызывающей</p> <p>Клиническая ситуация (побочный эффект / состояние)</p> <p>1. Острое канальцевое повреждение с</p>	<p>Группа лекарственных препаратов</p> <p>А. Ингибиторы кальциневрина</p>	1-С, 2-В, 3-А, 4-Д, 5-Е

		<p>гипокалиемией, гипомагниемией</p> <p>2. ОПП вследствие преренальной вазоконстрикции у пациентов, принимающих НПВП по поводу остеоартрита</p> <p>3. Тромботическая микроангиопатия (ТМА) у реципиента почки</p> <p>4. Интерстициальный нефрит с эозинофилией и кожной сыпью</p> <p>5. Миелома почки (протеинурия Бенс-Джонса, повреждение канальцев)</p>	<p>В. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)</p> <p>С. Аминогликозиды</p> <p>Д. Антибиотики пенициллинового ряда (реже - другие)</p> <p>Е. Химиотерапевтические препараты (бисфосфонаты, ифосфамид и др.) / Световые цепи иммуноглобулинов (при миеломе)</p>	
214.	ОПК-5	<p>Очередность назначения антигипертензивной терапии у пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 3 стадии и протеинурией >1 г/сут. Установите правильную последовательность добавления классов антигипертензивных препаратов для достижения целевого уровня АД (<130/80 мм рт.ст.) с учетом нефропротекции. Начните с первого шага.</p> <p>Последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить модификацию образа жизни (ограничение соли, контроль веса). 2. Назначить максимальную переносимую дозу ингибитора АПФ или БРА. 3. При недостаточном контроле АД добавить блокатор кальциевых каналов (недигидропиридиновый или дигидропиридиновый). 4. При недостаточном контроле АД добавить диуретик (тиазидный, при СКФ <30 - петлевой). 5. Рассмотреть добавление других классов (бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов) при необходимости. 		1, 2, 3, 4, 5.
215.	ОПК-5	<p>Этапность диагностического поиска при впервые выявленной изолированной гематурии. Установите правильную логическую последовательность действий врача-нефролога.</p>		3, 2, 4, 1, 5.

		<p>Начните с первого шага.</p> <p>Последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Исключить урологические причины (УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопия по показаниям). 2. Подтвердить наличие истинной почечной гематурии (анализ мочи по Нечипоренко, фазово-контрастная микроскопия осадка мочи для определения формы эритроцитов). 3. Собрать детальный анамнез и провести физикальное обследование (связь с инфекцией, семейный анамнез, АД). 4. Оценить функцию почек (СКФ по формуле СКD-EPI), уровень протеинурии (количественные методы). 5. Назначить углубленное обследование (комплемент, ANA, ANCA, anti-GBM, иммуноглобулины, 	
216.	ОПК-5	<p>Алгоритм действий при развитии острого повреждения почек (ОПП) у стационарного пациента. Установите хронологическую последовательность неотложных действий и диагностических шагов. Начните с первого шага.</p> <p>Последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленно отменить нефротоксичные препараты (НПВС, аминогликозиды, йодсодержащий контраст и др.), скорректировать дозы других лекарств. 2. Провести срочную оценку состояния гемодинамики и волнового статуса (АД, ЧСС, ЦВД, диурез за последние часы, признаки дегидратации или перегрузки). 3. Выполнить экспресс-диагностику для определения преренальной, ренальной и постренальной причин (УЗИ почек и мочевых путей, анализ крови на креатинин/мочевину/электролиты, общий анализ и биохимию мочи, фракционную экскрецию натрия). 4. Восстановить эффективный объем циркулирующей крови при гиповолемии или назначить диуретики при гиперволемии. 5. При отсутствии противопоказаний и сохраненном диурезе провести пробу с водной нагрузкой или фуросемидом. 	1, 2, 3, 4, 5.
217.	ОПК-5	Пациент 65 лет с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии поступил с уровнем креатинина сыворотки 350 мкмоль/л (eGFR 15	Цели: Снижение сердечно-

		<p>мл/мин/1.73м²), калием 5.8 ммоль/л, отеками до уровня голеней. АД 170/100 мм рт.ст. Укажите основные цели и составьте план стартовой медикаментозной терапии для замедления прогрессирования хронической болезни почек (ХБП), коррекции жизнеугрожающих состояний и подготовки к заместительной почечной терапии.</p>	<p>сосудистого риска, замедление прогрессии ХБП, коррекция гиперкалиемии и гиперволемии, подготовка к ЗПТ. 2. План лечения: Купирование гиперкалиемии: Кальция глюконат 10% 10-20 мл в/в (кардиопротекция), инсулин короткого действия с глюкозой в/в, сальбутамол ингаляционно. Назначение катионообменной смолы (полистиролсульфонат кальция) перорально или ректально. Контроль АД и протеинурии: Назначить/титро</p>
--	--	---	--

			<p>вать иАПФ (или БРА) до максимально переносимой дозы, если калий позволяет (<5.0 ммоль/л). Добавить блокатор кальциевых каналов (амлодипин) и/или тиазидоподобный диуретик (индапамид, при СКФ <30 – петлевой диуретик фуросемид). Снижение сердечно-сосудистого риска: Статин в переносимой дозе. Коррекция гиперволемии: Ограничение соли (<5г/сут) и жидкости. Петлевой диуретик</p>
--	--	--	--

			<p>(фуросемид 40-80 мг/сут) для контроля отеков.</p> <p>Подготовка к ЗПТ:</p> <p>Обсуждение методов ЗПТ, обследование для формирования сосудистого доступа (УЗИ сосудов).</p> <p>Контроль: ежедневный контроль К⁺, креатинина, АД, диуреза, веса.</p>
218.	ОПК-5	<p>Пациент 58 лет, получающий гемодиализ по поводу ХБП 5Д, предъявляет жалобы на выраженный кожный зуд, слабость, боли в костях. Уровень кальция сыворотки 2.3 ммоль/л, фосфора 2.4 ммоль/л, ПТГ 850 пг/мл. Оцените состояние минерально-костных нарушений (МКН) при ХБП. Назначьте лечение и определите цели терапии.</p>	<p>Оценка: У пациента выраженный вторичный гиперпаратиреоз (вПТГ) на фоне диализа. Уровни Са и Р находятся в целевом диапазоне, но симптомы (зуд, боли в костях) характерны для</p>

			<p>вПТГ. Цели терапии: Достижение целевых уровней: корригированный Ca 2.1-2.5 ммоль/л, P 1.13- 1.78 ммоль/л, ПТГ 130-585 пг/мл (для диализных пациентов). Назначения: 1. Фосфат- связывающие препараты: Продолжить/наз начить не содержащие кальция связыватели (севеламер, лантан) для поддержания P в целевом диапазоне. 2. Активированные метаболиты витамина D (альфакальцидол , кальцитриол):</p>
--	--	--	--

			<p>Назначать с осторожностью при нормальном/низко-нормальном Са. Возможно применение для подавления ПТГ.</p> <p>3. Агонисты рецептора кальцимитетика (цинакальцет): Препарат первого выбора для снижения ПТГ при нормальном/высоком Са. Начать с 30 мг/сут, титровать по уровню ПТГ, Са, Р.</p> <p>4. Контроль: Регулярный (ежемесячный) мониторинг Са, Р, ПТГ.</p>
219.	ОПК-5	<p>Пациент на перитонеальном диализе (ПД) обратился с жалобами на помутнение вытекающего диализата и диффузные боли в животе. При осмотре: температура 37.8°C, болезненность при пальпации по всему животу. Опишите неотложные диагностические и лечебные мероприятия.</p>	<p>Диагностика: Срочный забор вытекающего диализата на</p>

			<p>анализ: подсчет лейкоцитов (при перитоните >100/мкл, с преобладанием нейтрофилов >50%), посев на микрофлору. ОАК, биохимия (включая СРБ).</p> <p>2. Лечение (эмпирическое, до получения посева):</p> <p>Антибиотикотерапия внутрибрюшинно: Чаще всего старт с цефалоспорины 1 поколения (цефазолин) для покрытия грам+ флоры и цефтазидим или аминогликозид для покрытия грам- флоры. Антибиотики добавляют в один или несколько обменов в сутки.</p>
--	--	--	--

			<p>Промывание брюшной полости: Короткие циклы (1-2 часа) прозрачными растворами для уменьшения боли и удаления воспалительного детрита. Добавление гепарина в диализат для предотвращения образования фибрина. После получения посева – коррекция АБТ согласно чувствительности.</p>
220.	ОПК-5	<p>Пациент 65 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией, находится под вашим наблюдением с диагнозом: Хроническая болезнь почек (ХБП) 3а стадии (СКФ 50 мл/мин/1.73м²), диабетическая нефропатия. При плановом осмотре пациент жалуется на слабость. В анализах: Hb 105 г/л, ферритин 15 мкг/л, насыщение трансферрина железом 16%, креатинин сыворотки 180 мкмоль/л, СКФ по СКД-ЕРІ 35 мл/мин/1.73м². Пациент получает терапию: иАПФ, метформин, статины.</p> <p>Какую стартовую терапию препаратами железа для коррекции анемии при ХБП вы назначите</p>	3

		данному пациенту в первую очередь? 1. Назначить пероральный препарат трехвалентного железа (железа [III] гидроксид полимальтозат) на 1-3 месяца с последующей оценкой эффективности. 2. Назначить пероральный препарат двухвалентного железа (железа сульфат) на 1 месяц с последующим контролем. 3. Назначить внутривенное введение карбоксимальтозата железа в терапевтической дозе для коррекции дефицита. 4. Отложить назначение препаратов железа, так как анемия умеренная, и усилить терапию, стимулирующую эритропоэз.	
221.	ОПК-5	Пациент 45 лет с диагнозом: Быстропрогрессирующий гломерулонефрит (АНЦА-ассоциированный васкулит), ХБП 4 стадии (СКФ 25 мл/мин). Госпитализирован для индукции ремиссии. Вам необходимо спланировать начальную иммуносупрессивную терапию. Какие из перечисленных ниже препаратов или схем являются обоснованным выбором для индукции ремиссии у данного пациента? Выберите два верных ответа 1. Циклофосфамид (внутривенно пульс-терапия) в комбинации с глюкокортикоидами (метилпреднизолон с последующим переходом на преднизолон per os). 2. Ритуксимаб в комбинации с глюкокортикоидами. 3. Мофетила микофенолат в монотерапии. 4. Азатиоприн в комбинации с глюкокортикоидами.	1, 2
222.	ОПК-5	Пациент с диабетической нефропатией, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 45 мл/мин/1.73м², альбуминурия А2. Какие из перечисленных групп препаратов являются патогенетической терапией первого выбора? Выберите два верных ответа 1. Ингибиторы АПФ 2. Петлевые диуретики 3. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (БРА) 4. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	1, 3
223.	ОПК-5	У пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (СКФ 22 мл/мин) развивается	1, 3

		<p>гиперфосфатемия. Какие немедикаментозные и медикаментозные рекомендации по контролю фосфатов являются верными? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение в диете продуктов, богатых фосфатами (молоко, сыр, орехи) 2. Назначение фосфат-связывающих препаратов на основе солей алюминия 3. Прием фосфат-связывающих препаратов, содержащих кальций, во время еды 4. Увеличение потребления богатых фосфатами продуктов для стимуляции выведения 	
224.	ОПК-5	<p>Пациент с нефротическим синдромом (первичный мембранозный гломерулонефрит) получает терапию циклофосфамидом и преднизолоном. Какие параметры необходимо регулярно мониторировать для контроля безопасности терапии? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови (риск лейкопении) 2. Уровень глюкозы крови (риск стероидного диабета) 3. Только уровень креатинина 4. Посев мочи еженедельно 	1, 2
225.	ОПК-5	<p>При развитии острого канальцевого некроза (ОКН) на фоне применения ибупрофена у пациента с исходной ХБП 3 стадии, какая тактика ведения является приоритетной?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное назначение высоких доз глюкокортикоидов 2. Отмена нефротоксичного препарата, коррекция гиповолемии, поддержание гемодинамики 3. Экстренное начало процедур гемодиализа 4. Назначение антибиотиков широкого спектра действия 	2
226.	ОПК-5	<p>Пациенту с аутоиммунным поражением почек (васкулит с некротизирующим гломерулонефритом) планируется назначение ритуксимаба. Что является основным механизмом действия и ключевым риском данной терапии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Селективная иммуносупрессия за счет истощения В-лимфоцитов; риск инфекционных осложнений 2. Неспецифическая цитостатическая терапия; риск геморрагического цистита 3. Антицитокиновая терапия; риск реактивации туберкулеза 4. Стероид-сберегающий эффект; риск артериальной гипертензии 	1
227.	ОПК-5	<p>У пациента с терминальной ХБП (СКФ 10 мл/мин) и анурией развивается</p>	2, 4

		<p>гиперкалиемия 6.8 ммоль/л без изменений на ЭКГ. Какая экстренная тактика лечения показана? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение 10% раствора хлорида кальция 2. Внутривенное введение глюкозо-инсулиновой смеси и бикарбоната натрия 3. Прием внутрь калий-связывающей смолы (полистиролсульфонат натрия) 4. Срочное начало заместительной почечной терапии (гемодиализ) 	
228.	ОПК-5	<p>Какие из перечисленных препаратов являются средствами первой линии для лечения артериальной гипертензии у пациента с ХБП и протеинурией >0.5 г/сут? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бета-блокаторы (бисопролол) 2. Ингибиторы АПФ (рамиприл) 3. Антагонисты кальция (амлодипин) 4. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан) 	2, 4
229.	ОПК-5	<p>Пациент с поликистозной болезнью почек (ПБП) жалуется на выраженные боли в пояснице. Какие из предложенных вариантов лечения боли являются предпочтительными и безопасными с учетом заболевания? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение ибупрофена 2. Назначение парацетамола (ацетаминофена) 3. Назначение трамадола (с осторожностью, при неэффективности парацетамола) 4. Назначение диклофенака 	2, 3
230.	ОПК-5	<p>Для контроля эффективности терапии, направленной на замедление прогрессирования диабетической болезни почек, НАИБОЛЕЕ важными и информативными показателями являются: Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень креатинина крови 1 раз в год 2. Регулярная оценка уровня альбуминурии/протеинурии 3. Контроль скорости клубочковой фильтрации (по креатинину) 1-2 раза в год 4. Уровень калия крови 	2, 3
231.	ОПК-5	<p>У пациента с ХБП 5 стадии, получающего перитонеальный диализ, развился перитонит. Какие из перечисленных действий соответствуют стандарту лечения? Выберите два</p>	1, 3

		<p>верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное начало эмпирической внутрибрюшинной антибиотикотерапии после забора проб диализата 2. Удаление диализного катетера при любом подтвержденном перитоните 3. Добавление гепарина в диализный раствор для профилактики образования сгустков 4. Назначение системных антибиотиков без внутрибрюшинного введения 	
232.	ОПК-5	<p>Пациент с ХБП 3б стадии и анемией (Hb 100 г/л). Уровень ферритина 250 нг/мл, коэффициент насыщения трансферрина (НТЖ) 18%. Какова оптимальная тактика коррекции анемии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение только препаратов железа перорально 2. Назначение эритропоэз-стимулирующего агента (ЭСА) 3. Назначение препаратов железа внутривенно 4. Переливание эритроцитарной массы 	3
233.	ОПК-5	<p>Какие клинические и лабораторные признаки указывают на необходимость начала заместительной почечной терапии (диализа) у пациента с ХБП? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение СКФ до 20 мл/мин при полном отсутствии симптомов 2. Рефрактерные к лечению гиперкалиемия или ацидоз 3. Уремический перикардит 4. Только уровень мочевины выше 30 ммоль/л 	2, 3
234.	ОПК-5	<p>При лечении быстро прогрессирующего гломерулонефрита (БПН) пульс-терапией метилпреднизолоном, за каким потенциально жизнеугрожающим побочным эффектом необходимо наблюдать особенно тщательно?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острая задержка мочи 2. Отек легких и острая сердечная недостаточность из-за задержки жидкости 3. Острый гипертонический криз 4. Анафилактическая реакция 	2
235.	ОПК-5	<p>Пациенту 58 лет с диабетической нефропатией (ХБП 3а стадии, СКФ 55 мл/мин),</p>	1, 3

		<p>артериальной гипертензией и протеинурией 1.8 г/сут планируется назначение нефропротективной терапии. Какие препараты необходимо включить в схему лечения для достижения цели по замедлению прогрессирования поражения почек? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозин). 2. Петлевой диуретик (торасемид). 3. Антагонист минералокортикоидных рецепторов (финеренон). 4. Блокатор медленных кальциевых каналов (амлодипин). 	
236.	ОПК-5	<p>Пациенту с ХБП С3а А2 (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 55 мл/мин/1,73м², альбуминурия 150 мг/сут) для нефропротекции и снижения сердечно-сосудистого риска показана комбинированная терапия. Какой из следующих классов препаратов в комбинации с блокатором ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) достоверно замедляет прогрессирование ХБП и снижает риск сердечно-сосудистых событий, независимо от наличия сахарного диабета 2 типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридиновые). 2. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2). 3. Тиазидные диуретики. 4. Агонисты имидазолиновых рецепторов. 	2
237.	ОПК-5	<p>У пациента с волчаночным нефритом (III класс по ISN/RPS) и сохраняющейся протеинурией 2,5 г/сут после индукционной терапии мусорphenolate mofetil (ММФ) и глюкокортикоидами, планируется длительная поддерживающая иммуносупрессивная терапия. Какая схема поддерживающей терапии является предпочтительной с точки зрения эффективности и безопасности?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ММФ в низких дозах. 2. Азатиоприн в низких дозах. 3. Циклоспорин в низких дозах. 	1

		4. Такролимус в низких дозах.	
238.	ОПК-5	<p>При оценке безопасности терапии ингибиторами кальциневрина (циклоспорин, такролимус) у пациента с нефротическим синдромом, какой параметр требует наиболее тщательного мониторинга для предотвращения необратимого повреждения почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень гликемии натощак. 2. Концентрация препарата в цельной крови. 3. Уровень мочевой кислоты. 4. Активность трансаминаз (АЛТ, АСТ). 	2
239.	ОПК-5	<p>Пациенту с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), начавшему лечение гемодиализом, планируется коррекция анемии. Препараты какого класса являются препаратами первой линии для лечения анемии у данной категории пациентов?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Препараты железа для внутривенного введения. 2. Стимуляторы эритропоэза (СЭ). 3. Переливание эритроцитарной массы. 4. Аналоги витамина D. 	2
240.	ОПК-5	<p>Для оценки эффективности лечения анемии у пациента на диализе, получающего эритропоэтигы и внутривенные препараты железа, недостаточно ориентироваться только на уровень гемоглобина. Какие лабораторные показатели являются ключевыми для оценки адекватности терапии и исключения ее неэффективности?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень сывороточного креатинина и мочевины. 2. Уровень паратиреоидного гормона (ПТГ) и кальция. 3. Уровень ферритина и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ). 	3

		4. Уровень калия и фосфора.	
241.	ОПК-5	<p>Пациент с ХБП С4 получает иАПФ и петлевой диуретик. При плановом осмотре выявлено ухудшение функции почек (повышение креатинина на 35% от исходного) и калий сыворотки 5,6 ммоль/л. Какое первоочередное действие должно быть предпринято?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленно отменить иАПФ. 2. Добавить тиазидный диуретик для усиления диуреза. 3. Временно отменить диуретик и рекомендовать обильное питье. 4. Исключить гиповолемию и при необходимости временно отменить диуретик и/или иАПФ. 	4
242.	ОПК-5	<p>Пациент с подагрической нефропатией и ХБП С3б обратился с обострением подагры (артрит первого плюснефалангового сустава). Какой препарат для купирования острого приступа является наиболее безопасным с учетом функции почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Индометацин внутрь. 2. Преднизолон внутрь (коротким курсом) или внутримышечно. 3. Колхицин внутрь в стандартной дозировке. 4. Ацетилсалициловая кислота внутрь. 	2
243.	ОПК-5	<p>Планируется начало заместительной почечной терапии (ЗПТ) у пациента с ХБП С5. Какой подход к моменту инициации диализа является общепринятым в современной нефрологии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Начало диализа при достижении СКФ < 10 мл/мин. 2. Начало диализа при достижении СКФ < 15 мл/мин у всех пациентов старше 65 лет. 	3

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Решение о начале диализа основывается на клинических симптомах уремии и рефрактерных осложнениях ХБП, а не только на уровне СКФ. 4. Начало диализа при появлении лабораторных признаков гиперкалиемии или ацидоза, независимо от самочувствия пациента. 	
244.	ОПК-5	<p>Контроль эффективности диализа включает оценку "достаточной дозы". Какой показатель является наиболее признанным для оценки адекватности гемодиализа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень гемоглобина. 2. Уровень преддиализного калия. 3. Kt/V (клиренс × время / объём распределения мочевины). 4. Снижение массы тела за сеанс диализа. 	3
245.	ОПК-5	<p>Какое изменение электролитного состава диализата является наиболее эффективным для профилактики интрадиализной гипотензии у пациента, склонного к падению давления?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение концентрации калия в диализате. 2. Понижение концентрации кальция в диализате. 3. Повышение концентрации натрия в диализате (натриевый профиль). 4. Повышение концентрации магния в диализате. 	3
246.	ОПК-5	<p>Для контроля эффективности и безопасности инфузионной терапии у пациента с острым почечным повреждением (ОПП) в отделении реанимации, какой метод мониторинга волемического статуса является наиболее информативным для принятия решения о дальнейшей тактике?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ежедневное измерение артериального давления. 2. Оценка суточного диуреза. 	3

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Ультразвуковая оценка нижней полой вены (НПВ) и динамика веса. 4. Измерение центрального венозного давления (ЦВД). 	
247.	ОПК-5	<p>При лечении пациента с нефротическим синдромом (альбумин сыворотки 20 г/л, отеки), резистентного к диуретикам, рассматривается вопрос о введении альбумина. В какой ситуации это наиболее обоснованно?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Для коррекции гипоальбуминемии как лабораторного показателя. 2. Для улучшения транспорта эндогенных токсинов. 3. Для усиления диуреза в комбинации с петлевыми диуретиками при рефрактерных отеках. 4. Для профилактики тромбозов. 	3
248.	ОПК-5	<p>Для оценки безопасности длительной терапии глюкокортикоидами у пациента с гломерулонефритом, какой метод диагностики является обязательным для скрининга одного из самых частых и серьезных осложнений?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ежегодная рентгенография грудной клетки. 2. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA-денситометрия) для оценки минеральной плотности костной ткани. 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. Электрокардиография (ЭКГ). 	2
249.	ОПК-5	<p>Контроль безопасности при применении циклофосфида у пациента с гломерулонефритом включает обязательный мониторинг всех перечисленных показателей, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Общего анализа мочи (гематурия). 	3

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Общего анализа крови (лейкоциты, нейтрофилы). 3. Уровня глюкозы крови. 4. Функции печени (АЛТ, АСТ). 	
250.	ОПК-5	<p>Пациент с тромботической микроангиопатией (ТМА) на фоне злокачественной артериальной гипертензии получает интенсивную гипотензивную терапию. Какой класс препаратов является основой лечения для контроля АД и обратного развития ТМА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бета-адреноблокаторы. 2. Блокаторы РААС в высоких дозах. 3. Альфа-адреноблокаторы. 4. Прямые вазодилататоры (миноксидил). 	2
251.	ОПК-5	<p>У пациента с ХБП С4, получающего инсулинотерапию по поводу сахарного диабета 1 типа, отмечается учащение гипогликемических состояний. Что является наиболее вероятной причиной этого на фоне прогрессирования ХБП?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение аппетита и повышение массы тела. 2. Снижение аппетита и уменьшение углеводной нагрузки. 3. Удлинение периода полувыведения экзогенного инсулина из-за снижения почечного клиренса. 4. Повышение периферической чувствительности к инсулину. 	3
252.	ОПК-5	<p>Пациент с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (рСКФ 25 мл/мин/1,73 м²) на фоне диабетической нефропатии длительно получает терапию инсулином и ингибитором АПФ. При очередном контроле выявлено: калий сыворотки — 6,1 ммоль/л. Какое изменение в лечении должно быть предпринято в первую очередь для обеспечения безопасности пациента и контроля гиперкалиемии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полная отмена ингибитора АПФ и перевод на блокатор рецепторов ангиотензина II 	2

		<p>(БРА) для исключения побочных эффектов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Назначение петлевого диуретика (фуросемид) при отсутствии противопоказаний и строгое соблюдение низкокалиевой диеты. 3. Немедленное проведение сеанса гемодиализа. 4. Добавление к лечению калийсберегающего диуретика (спиронолактон). 	
253.	ОПК-9	<p>Установите соответствие между разделом медицинской документации и его основным предназначением в работе нефролога.</p> <p>Левая колонка (Раздел документации):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у) 2. Протокол заседания врачебной комиссии 3. Дневник курации в истории болезни 4. Листок учета диализных процедур 5. Амбулаторная карта (ф. 025/у) <p>Правая колонка (Основное предназначение в нефрологии):</p> <p>А. Фиксация динамики состояния пациента и результатов ежедневного осмотра, планирование лечебных мероприятий на день.</p> <p>Б. Документальное оформление решения о предоставлении сложного и дорогостоящего лечения (например, терапии генно-инженерными биологическими препаратами при гломерулонефритах).</p> <p>В. Отражение долгосрочного наблюдения за пациентом с хронической болезнью почек (ХБП), включая амбулаторные консультации, результаты обследований и планы лечения.</p> <p>Г. Полная регистрация всех параметров процедуры гемодиализа/перитонеального диализа (доза, длительность, осложнения) для контроля адекватности диализа.</p> <p>Д. Комплексное отражение этапа стационарного лечения, включая результаты обследования, обоснование диагноза, план и этапы терапии.</p>	<p>1 – Д</p> <p>2 – Б</p> <p>3 – А</p> <p>4 – Г</p> <p>5 – В</p>
254.	ОПК-9	<p>Установите соответствие между видом поручения младшему/среднему медицинскому персоналу и целью его организации в нефрологическом отделении.</p>	<p>1 – В</p> <p>2 – А</p> <p>3 – Д</p>

		<p>Левая колонка (Вид поручения/организации деятельности):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль и учет суточного диуреза и водного баланса. 2. Проведение термометрии 2 раза в сутки у пациентов с установленными постоянными мочевыми катетерами. 3. Обучение пациента с ХБП 5 стадии методике измерения артериального давления и ведению дневника самоконтроля. 4. Подготовка пациента и сопровождение на плазмаферез. 5. Регулярный забор крови на определение уровня калия, фосфора и креатинина у пациентов на консервативной терапии ХБП. <p>Правая колонка (Цель организации):</p> <p>А. Раннее выявление и профилактика возможных инфекционных осложнений, связанных с инвазивными устройствами.</p> <p>Б. Мониторинг риска жизнеугрожающих осложнений (гиперкалиемия) и оценки функции почек для коррекции терапии.</p> <p>В. Оценка задержки жидкости и эффективности диуретической терапии при нефротическом синдроме или острой почечной недостаточности.</p> <p>Г. Обеспечение безопасности и подготовительного этапа экстракорпорального метода лечения.</p> <p>Д. Формирование приверженности к лечению и профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациента, готовящегося к диализу.</p>	<p>4 – Г 5 – Б</p>
255.	ОПК-9	<p>Установите соответствие между диагностической процедурой/манипуляцией и разделом медицинской документации, где фиксируется ее назначение, согласие и результат.</p> <p>Левая колонка (Процедура/манипуляция):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чрескожная биопсия почки. 2. Назначение антибиотика по результатам посева мочи. 3. Ежедневное взвешивание пациента с асцитом. 4. Проведение сеанса гемодиализа по поводу острой почечной недостаточности. 5. Консультация сосудистого хирурга для формирования артериовенозной фистулы. <p>Правая колонка (Основной документ для фиксации):</p> <p>А. Назначения в листе назначений истории болезни. Результат – в дневнике курации и</p>	<p>1 – Б 2 – А 3 – Г 4 – В 5 – Д</p>

		<p>результатах анализов.</p> <p>Б. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (отдельный бланк). Назначение и результат – в истории болезни, возможно, протокол врачебной комиссии.</p> <p>В. Назначение в листе назначений. Результат (факт проведения и основные параметры) – в отдельном листе учета диализных процедур и дневнике курации.</p> <p>Г. Назначение в листе назначений как регулярное наблюдение. Результат – в температурном листе и/или дневнике курации.</p> <p>Д. Запись в листе консультаций истории болезни. Результат – заключение консультанта в истории болезни.</p>	
256.	ОПК-9	<p>Ведение истории болезни пациента с впервые выявленным хроническим заболеванием почек (ХБП) 4 стадии.</p> <p>Вы — врач-нефролог амбулаторного приема. К вам направлен пациент с результатами анализов, указывающими на ХБП С4. Вам необходимо правильно организовать последовательность внесения данных в медицинскую документацию (историю болезни) во время первичного приема.</p> <p>Установите правильную логическую последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести данные объективного осмотра с акцентом на локальный статус (АД, отеки, аускультация сердца и легких). 2. Зафиксировать развернутый диагноз с указанием основного заболевания, его стадии, осложнений и сопутствующей патологии. 3. Сформировать и внести в историю болезни план обследования, динамического наблюдения и лечения. 4. Записать жалобы и данные анамнеза заболевания на основании опроса пациента. 5. Вписать в медицинскую документацию результаты лабораторно-инструментальных исследований, с которыми пациент поступил (креатинин, СКФ, анализ мочи, УЗИ почек). 	4 - 1 - 5 - 2 - 3
257.	ОПК-9	<p>Вы — врач-нефролог, заведующий отделением. Вам необходимо организовать работу медицинской сестры процедурного кабинета для проведения плановой процедуры (внутривенной инфузии). Определите правильную последовательность ваших действий по организации этого процесса.</p>	5 - 1 - 4 - 2 - 3

		<p>Установите правильную логическую последовательность действий врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить и подписать в медицинской карте назначение на процедуру, убедившись в правильности дозировок и показаний. 2. Убедиться в наличии у медсестры действующего сертификата на проведение манипуляций и провести целевой инструктаж по специфике препарата. 3. Проконтролировать выполнение процедуры (косвенно или прямо) и оценить запись о результатах в медицинской документации. 4. Выдать устное распоряжение медицинской сестре о необходимости выполнения назначения. 5. Ознакомиться с письменным назначением, сделанным ранее в истории болезни или листе назначений. 	
258.	ОПК-9	<p>Вас вызывают к пациенту терапевтического отделения, у которого по данным контрольных анализов выявлен резкий рост креатинина. Ваша задача — организовать диагностический поиск и документирование. Определите последовательность оформления данных в истории болезни.</p> <p>Установите правильную логическую последовательность внесения записей в историю болезни:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Записать результаты специализированных исследований для уточнения типа ОПП (анализ мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря, расчет индексов). 2. Внести предварительное заключение "Острое почечное повреждение" в дневник или в виде этапного эпикриза. 3. Задokumentировать план консультаций смежных специалистов (уролог, реаниматолог), дальнейшего обследования и лечения. 4. Зафиксировать данные осмотра и текущего состояния пациента, акцентируя внимание на диурез, АД, признаки гипергидратации. 5. Внести (вклеить) в историю болезни результаты экстренно сданных лабораторных анализов (креатинин, мочеви́на, калий, КЩС). 	5 - 4 - 2 - 1 - 3
259.	ОПК-9	<p>В отделение нефрологии поступил пациент с впервые выявленной терминальной хронической болезнью почек (ХБП 5Д) для подготовки к заместительной почечной терапии. Составьте план организационных и документационных мероприятий на первые 24</p>	1. Экстренное оформление медицинской

		<p>часа пребывания пациента в стационаре.</p>	<p>карты стационарного больного.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Назначение и немедленное выполнение лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимия (креатинин, мочевины, калий, натрий, кальций, фосфаты, бикарбонаты), коагулограмма, общий анализ мочи.3. ЭКГ для оценки рисков гиперкалиемии.4. Осмотр сосудистого хирурга для планирования доступа для диализа с оформлением консультативной записи.5. Внесение в историю болезни информированн
--	--	---	---

			<p>ого добровольного согласия на медицинское вмешательство, включая возможное наложение сосудистого доступа.</p> <p>6. Инструктаж пациента и родственников о принципах лечения, диете (низкобелковая, с ограничением калия/фосфора).</p> <p>7. Назначение даты заседания диализного консилиума для выбора метода ЗПТ.</p>
260.	ОПК-9	Пациент на перитонеальном диализе (ПД) сообщает о помутнении перитонеального диализата и болях в животе. Опишите ваши действия по организации неотложной помощи, включая взаимодействие с медицинским персоналом (медсестра ПД, дежурный врач) и необходимое документирование.	<p>1. Немедленно: Дать указание медсестре ПД или пациенту (если амбулаторно) сохранить порцию мутного</p>

			<p>диализата для микроскопии и посева.</p> <p>2. Организовать забор крови пациента на общий анализ, С-реактивный белок, посев крови.</p> <p>3. Оформить экстренное назначение в истории болезни на антибактериальную терапию (чаще всего внутривенно), согласно протоколу лечения перитонита при ПД.</p> <p>4. Проинструктировать медсестру ПД об усилении режима асептики, увеличении частоты обменов с «сухим»</p>
--	--	--	--

			<p>периодом или изменении режима диализа.</p> <p>5. Связаться с дежурным врачом/заведующим для согласования диагноза «Острый перитонит на ПД» и тактики.</p> <p>6. Документирование: Запись в истории болезни о жалобах, осмотре, проведенных действиях. Заполнение специального бланка регистрации перитонита при ПД. Оформление направления в лабораторию.</p>
261.	ОПК-9	Поступил вызов из приемного отделения о госпитализации пациента с анурией и гиперкалиемией 6.8 ммоль/л. Опишите ваши распоряжения медицинской сестре палаты интенсивной терапии нефрологического отделения для подготовки к приему данного пациента (оборудование, медикаменты, документация).	<p>Распоряжения медсестре ПИТ:</p> <p>1. Оборудование:</p>

			<p>Подготовить палату/койку, аппарат ЭКГ, дефибрилятор на случай аритмии.</p> <p>2.</p> <p>Медикаменты: Приготовить 10% раствор глюконата кальция, инсулин короткого действия с 40% глюкозой, сальбутамол для ингаляции, раствор бикарбоната натрия.</p> <p>3.</p> <p>Документация: Завести «Лист интенсивного наблюдения», подготовить бланки направлений на экстренные анализы (креатинин, мочеви́на,</p>
--	--	--	---

			<p>электролиты, КЩС).</p> <p>4. Действия:</p> <p>При поступлении немедленно подключить пациента к кардиомонитору, обеспечить венозный доступ (периферически и центральный), взять кровь на анализ по указанию врача, быть готовой к проведению экстренного гемодиализа.</p>
262.	ОПК-9	<p>В стандартной истории болезни пациента нефрологического профиля, в разделе «Диагноз», основное заболевание формулируется в соответствии с общепринятой клинико-морфологической классификацией. Дополните предложение, вставив недостающее словосочетание.</p> <p>«В формулировке клинического диагноза хронической болезни почек (ХБП) обязательно указывается основное заболевание (например, диабетическая нефропатия), стадия ХБП по СКФ, альбуминурия/протеинурия по категориям СКД, а также _____, если он/она присутствует »</p>	<p>синдром артериальной гипертензии (или: артериальная гипертензия).</p>
263.	ОПК-9	<p>При ведении медицинской документации, в частности, при оформлении листка назначений, необходимо четко регламентировать проведение процедур. Вставьте</p>	<p>артериального давления (АД).</p>

		<p>недостающий термин в регламент проведения процедуры заместительной почечной терапии.</p> <p>«В протоколе сеанса гемодиализа обязательно фиксируются целевой вес пациента, параметры диализа (проведенный кровоток, время процедуры, состав диализирующего раствора), а также значения _____ до, в процессе и после окончания сеанса.»</p>	
264.	ОПК-9	<p>Организуя работу среднего медицинского персонала, врач-нефролог должен давать четкие инструкции по мониторингу состояния пациента. Дополните инструкцию, вставив необходимый лабораторный показатель.</p> <p>«Пациенту с 4-й стадией ХБП, получающему консервативную терапию, медицинская сестра обязана объяснить важность регулярного контроля уровня калия в диете и своевременной сдачи анализов. Помимо креатинина и мочевины, для предотвращения жизнеугрожающих осложнений необходимо строго следить за уровнем _____ в сыворотке крови.»</p>	калия (K+).
265.	ОПК-9	<p>В отделение нефрологии поступил пациент с диагнозом "Хроническая болезнь почек (ХБП) 4 стадии". Ординатору необходимо подготовить план ведения пациента на первые 24 часа и делегировать задачи среднему медицинскому персоналу.</p> <p>Какой из следующих пунктов плана и поручений является НЕПРАВИЛЬНЫМ (не соответствует стандартам организации работы и документации) в данной ситуации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначить палатной медицинской сестре измерение и регистрацию артериального давления каждые 4 часа с занесением данных в температурный лист. 2. Попросить процедурную медицинскую сестру обеспечить взятие крови на общий анализ, креатинин, мочевину, калий, натрий и оформить соответствующие направления в лабораторию. 3. Поручить палатной медицинской сестре начать ежедневный учет водного баланса (суточного диуреза) со следующего утра, объяснив методику подсчета пациенту. 4. Устно поручить дежурной медицинской сестре начать подготовку пациента к плановому амбулаторному плазмаферезу через неделю, не внося это назначение в историю болезни. 	4
266.	ОПК-9	При обходе пациента с острым канальцевым некрозом на фоне сепсиса заведующий	2, 4

		<p>отделением поручает ординатору организовать и проконтролировать работу персонала по коррекции назначений.</p> <p>Какие действия ординатора будут соответствовать принципам грамотного ведения медицинской документации и организации работы персонала? Выберите два правильных варианта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лично внести изменения в лист назначений истории болезни, вычеркнув старую дозу нефротоксичного антибиотика и вписав новую рядом, с указанием даты и своей подписи. 2. Создать новую запись в листе назначений с указанием даты, времени, нового препарата, его дозы, пути введения и частоты, завершив запись своей подписью. 3. Передать процедурной медицинской сестре устную информацию об изменении дозы и попросить ее сразу отметить это в своей рабочей тетради для выполнения инъекций. 4. Оформить официальное направление в лабораторию для срочного контроля уровня креатинина и калия в сыворотке крови, убедившись, что бланк правильно заполнен и подписан. 	
267.	ОПК-9	<p>Пациент с терминальной стадией ХБП, находящийся на программном гемодиализе, был выписан из нефрологического отделения для продолжения амбулаторного лечения. Ординатору поручено подготовить этапный эпикриз. Какой раздел в этапном эпикризе для данного пациента является НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ для обеспечения преемственности и безопасности пациента на амбулаторном этапе и в диализном центре?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подробное описание перенесенных в детстве заболеваний. 2. Данные о функционировании артериовенозной фистулы (состояние, локализация, шумы) и режиме гемодиализа (длительность, кровоток, параметры диализатора, целевой вес). 3. Результаты общего анализа мочи при поступлении. 4. Рекомендации по общему режиму дня и отдыху. 	2
268.	ОПК-9	<p>Какой из перечисленных документов является обязательным для заполнения при поступлении пациента в нефрологическое отделение стационара?</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности 2. История болезни (медицинская карта стационарного больного) 3. Санаторно-курортная карта 4. Медицинское свидетельство о смерти 	
269.	ОПК-9	<p>Какие сведения должны быть обязательно отражены в дневнике врача нефролога в истории болезни пациента с острым повреждением почек (ОПП)? Выберите два правильных варианта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Суточный диурез 2. Профессия пациента 3. Любимая музыка пациента 4. Результаты ежедневного осмотра (жалобы, статус, данные аускультации) 	1, 4
270.	ОПК-9	<p>При выписке пациента после проведения сеанса гемодиализа в дневнике обязательно указывают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Состояние сосудистого доступа до и после процедуры 2. Режим диализа (длительность, скорость кровотока, диализат) 3. Все перечисленное 4. Вес до и после процедуры, объем удаленной жидкости 	3
271.	ОПК-9	<p>Кто из среднего медицинского персонала находится в непосредственном подчинении врача-нефролога в отделении гемодиализа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Старшая медицинская сестра отделения 2. Медицинские сестры процедурного кабинета и постовые сестры отделения 3. Санитарки отделения 4. Медицинские статистики 	2
272.	ОПК-9	<p>Какой документ оформляется при направлении пациента из нефрологического отделения</p>	2

		<p>на консультацию к другому специалисту (например, кардиологу)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выписка из истории болезни 2. Направление на консультацию 3. Протокол врачебной комиссии 4. Лист первичного осмотра 	
273.	ОПК-9	<p>В обязанности врача-нефролога по организации работы среднего медицинского персонала в отделении входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составление графиков дежурств 2. Проведение инструктажей и контроль за выполнением манипуляций (например, забор крови, измерение АД) 3. Выдача заработной платы 4. Утверждение плана ремонта отделения 	2
274.	ОПК-9	<p>Какой из перечисленных показателей необходимо ежедневно вносить в температурный лист пациента с нефротическим синдромом?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальное давление 2. Температура тела 3. Суточный диурез 4. Все перечисленное 	4
275.	ОПК-9	<p>Какая форма первичной медицинской документации используется для регистрации процедуры перитонеального диализа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Журнал учета процедур перитонеального диализа 2. Карта профилактических прививок 3. Лист назначений 4. Статистический талон 	1

276.	ОПК-9	<p>При возникновении неотложного состояния у пациента на амбулаторном приеме (например, гиперкалиемии), врач-нефролог обязан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оказать неотложную помощь, сделать запись в амбулаторной карте, при необходимости организовать госпитализацию 2. Выписать рецепт и отпустить пациента домой 3. Перенаправить пациента в поликлинику по месту жительства 4. Сообщить родственникам по телефону 	1
277.	ОПК-9	<p>Кто утверждает план работы и отчеты о деятельности нефрологического отделения?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Старшая медицинская сестра 2. Заведующий отделением 3. Процедурная медицинская сестра 4. Главная медицинская сестра больницы 	2
278.	ОПК-9	<p>Какой документ является основным для передачи информации о пациенте при переводе его из нефрологического отделения в реанимацию?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности 2. Переводной эпикриз (запись в истории болезни) 3. Табель учета рабочего времени персонала 4. Журнал учета движения больных 	2
279.	ОПК-9	<p>Какие действия врача-нефролога обеспечивают преемственность в лечении пациента при передаче дежурства? Выберите два правильных варианта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Устный доклад дежурному врачу об особенностях состояния тяжелых больных 2. Передача ключей от кабинета 3. Внесение записей в историю болезни о состоянии пациентов и плане действий на время 	1, 3

		дежурства 4. Составление отчета для страховой компании	
280.	ОПК-9	Контроль за правильностью хранения и учета сильнодействующих лекарственных препаратов в нефрологическом отделении осуществляет: 1. Санитарка 2. Старшая медицинская сестра под руководством заведующего отделением 3. Бухгалтер 4. Родственники пациентов	2
281.	ОПК-9	В каких случаях решение о необходимости проведения диализа пациенту должно быть зафиксировано в медицинской документации коллегиально? 1. Во всех случаях начала диализа 2. Только при проведении экстренного диализа 3. При оценке нуждаемости пациента в гемо- или перитонеальном диализе комиссией врачей (не менее 3 человек) 4. Только при отказе пациента от диализа	3
282.	ОПК-9	Кто отвечает за непосредственное руководство медицинским персоналом диализного центра в течение смены? 1. Главный врач 2. Старшая медицинская сестра 3. Врач (дежурный или смены) 4. Администратор центра	3
283.	ОПК-9	Какой документ является основополагающим для определения тактики лечения	2

		<p>пациента с хронической болезнью почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ Минздрава о штатных нормативах 2. Клинические рекомендации Минздрава РФ по ведению пациентов с ХБП 3. Должностная инструкция врача-нефролога 4. Устав медицинской организации 	
284.	ОПК-9	<p>Как часто рекомендуется обновлять клинические рекомендации согласно методологии их разработки?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не реже одного раза в 10 лет 2. Не реже одного раза в три года 3. Ежегодно 4. Только по распоряжению Минздрава 	2
285.	ОПК-9	<p>Что должен предпринять врач-нефролог при выявлении нарушений в работе палатной медицинской сестры?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленно уволить медицинскую сестру 2. Сделать устное замечание и потребовать устранения нарушений, при необходимости доложить заведующему отделением и старшей медсестре 3. Не обращать внимания, так как это не входит в его компетенцию 4. Обсудить это с пациентом 	2
286.	ОПК-9	<p>В каких случаях врач-нефролог обязан организовать экстренное совещание (консилиум) с привлечением другого персонала?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При резком ухудшении состояния пациента, угрожающем жизни 	1

		<ol style="list-style-type: none"> 2. При возникновении конфликтной ситуации между медсестрами 3. При подозрении на врачебную ошибку 4. При отказе пациента от лечения 	
287.	ОПК-9	<p>КТО НЕСЕТ ПЕРСОНАЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Главный врач больницы 2. Заведующий отделением (совместно со старшей медсестрой) 3. Отдел кадров 4. Сам медицинский работник 	2
288.	ОПК-9	<p>В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ПАЦИЕНТА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ, ВРАЧ ОБЯЗАН: (Выберите два верных ответа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить пациенту подписать добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства 2. Прекратить лечение и выписать пациента 3. Разъяснить возможные последствия отказа и зафиксировать это в медицинской документации 4. Сообщить в полицию 	1, 3
289.	ОПК-9	<p>КАКОЙ ДОКУМЕНТ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "НЕФРОЛОГИЯ" В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (№ 323-ФЗ) 	2

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 № 17н 3. Клинические рекомендации (Национальное руководство) по нефрологии 4. Трудовой кодекс РФ 	
290.	ОПК-9	<p>КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ-НЕФРОЛОГ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР? (Выберите два верных ответа)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 2. Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (историю болезни) 3. Справку для получения санаторно-курортного лечения 4. Талон амбулаторного пациента 	1, 2
291.	ОПК-9	<p>При поступлении пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией для исключения реноваскулярного генеза лечащий врач в первую очередь должен оформить в истории болезни:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Направление на консультацию к неврологу 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 3. Согласие на обработку персональных данных 4. Заявку на проведение ультразвукового дуплексного сканирования почечных артерий 	2
292.	ОПК-9	<p>Врач-нефролог выдал пациенту листок нетрудоспособности. В какой срок он обязан передать сведения в Фонд социального страхования (Социальный фонд России) по системе электронного документооборота?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Немедленно, в день выдачи 	3

		<ul style="list-style-type: none"> 2. В течение 3 календарных дней 3. В течение 3 рабочих дней 4. При закрытии больничного (в последний день) 	
293.	ОПК-9	<p>Пациенту с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии планируется проведение программного гемодиализа. Для организации этой помощи врач должен оформить следующий документ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Выписку из истории болезни для МСЭ 2. Направление на госпитализацию (форма 057/у-04) 3. Направление на консультацию в бюро медико-социальной экспертизы 4. Рецепт на льготное лекарственное обеспечение 	2
294.	ОПК-9	<p>При оформлении статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у-04) на пациента с хроническим гломерулонефритом, какие коды обязан проверить и указать врач?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Код по МКБ-10 и код осложнения 2. Код отделения и код страховой компании 3. Код льготы и код места жительства 4. Код медицинской услуги и код врача 	1
295.	ПК-2	<p>Установите соответствие между клиническим синдромом/состоянием при неотложной нефрологической патологии и основным диагностическим критерием/ключевым лабораторным признаком.</p> <p>СИНДРОМ / СОСТОЯНИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Олигурическая стадия острого повреждения почек (ОПП) 2. Гиперкалиемия, угрожающая жизни 3. Уремический перикардит 4. Злокачественная артериальная гипертензия с почечным кризом 	1 – Б 2 – А 3 – В 4 – Г

		<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ / ПРИЗНАК:</p> <p>А) Уровень калия сыворотки крови > 6,5 ммоль/л в сочетании с изменениями на ЭКГ (высокие зубцы Т, расширение комплекса QRS)</p> <p>Б) Диурез менее 0,5 мл/кг/час в течение 6 часов</p> <p>В) Шум трения перикарда при аускультации на фоне высокого уровня мочевины и креатинина</p> <p>Г) Сочетание АД > 180/120 мм рт.ст. с ретинопатией III-IV степени и/или быстро прогрессирующей почечной недостаточностью</p>	
296.	ПК-2	<p>Установите соответствие между неотложным состоянием при болезнях почек и первоочередным лечебным мероприятием (на догоспитальном этапе или в приемном отделении).</p> <p>НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анурия (менее 50 мл/сут) у пациента с известной ХБП 2. Приступ почечной колики с макрогематурией и интенсивной болью 3. Тяжелый метаболический ацидоз (рН < 7,2) на фоне ОПП 4. Гипертонический криз с острой левожелудочковой недостаточностью (отек легких) у пациента со стенозом почечных артерий <p>ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Внутривенное введение петлевых диуретиков (фуросемид) Б) Немедленное начало заместительной почечной терапии (гемодиализ) В) Обезболивание (НПВП, спазмолитики, опиоидные анальгетики по показаниям) Г) Инфузия натрия гидрокарбоната (сода) 	<p>1 – Б</p> <p>2 – В</p> <p>3 – Г</p> <p>4 – А</p>
297.	ПК-2	<p>Установите соответствие между заболеванием, приводящим к неотложным состояниям в нефрологии, и характерным для него осложнением, требующим срочного вмешательства.</p> <p>ЗАБОЛЕВАНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Быстро прогрессирующий (креатининовый) гломерулонефрит 2. Острый пиелонефрит (обструктивный) 3. Тромбоз почечной вены 	<p>1 – Б</p> <p>2 – А</p> <p>3 – В</p> <p>4 – Г</p>

		<p>4. Миеломная нефропатия</p> <p>ОСЛОЖНЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:</p> <p>А) Уросепсис на фоне нарушения оттока мочи</p> <p>Б) Олигурическая острая почечная недостаточность, требующая пульс-терапии глюкокортикоидами и/или плазмафереза</p> <p>В) Массивная протеинурия и нефротический криз (гиповолемия, анурия)</p> <p>Г) Острая почечная недостаточность, индуцированная контрастом или нефротоксичными препаратами, на фоне дегидратации</p>	
298.	ПК-2	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога (или терапевта) при поступлении пациента с острой задержкой мочи, вызвавшей сильный болевой синдром и беспокойство. Начало ситуации: пациент доставлен в приемное отделение.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести экстренное отведение мочи с помощью уретрального катетера. 2. Выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря для оценки степени гидронефроза и объема остаточной мочи. 3. Оценить витальные функции (АД, ЧДД, пульс, сатурация), собрать краткий анамнез и провести физикальный осмотр с перкуссией над лоном. 4. Назначить общий анализ мочи, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, электролиты) для оценки функции почек. 5. Назначить альфа-адреноблокатор (тамсулозин) для снятия динамического компонента обструкции после восстановления оттока мочи. 	3 → 1 → 2 → 4 → 5
299.	ПК-2	<p>Тактика ведения пациента с анурией и подозрением на обструктивную уропатию.</p> <p>Установите правильную последовательность диагностических и лечебных действий при поступлении пациента с анурией (диурез < 50 мл/сут) в течение последних 24 часов. Уровень креатинина повышен в 2 раза по сравнению с исходным. Начало ситуации: пациент в приемном отделении.</p>	4 → 3 → 5 → 1 → 2

		<p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести экстренную мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) мочевыводящих путей без контрастирования для визуализации уровня обструкции. 2. Выполнить экстренное чрескожное пункционное нефростомие дренирование под контролем УЗИ для восстановления пассажа мочи. 3. Установить мочевого катетер в мочевой пузырь для исключения инфравезикальной обструкции и мониторинга диуреза. 4. Собрать анамнез, провести осмотр, оценить состояние гидратации, признаки перегрузки объемом (отеки, хрипы в легких) или дегидратации. 5. Назначить лабораторные исследования: общий анализ мочи (если получится получить), биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, калий, натрий), ОАК. 	
300.	ПК-2	<p>Установите правильную последовательность действий врача при неосложненной почечной колике (до постановки окончательного диагноза).</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить состояние пациента (АД, ЧСС, наличие симптомов «острого живота», лихорадки). 2. Ввести спазмолитики (дротаверин, папаверин) внутримышечно или внутривенно. 3. Ввести нестероидные противовоспалительные средства (кеторолак, диклофенак) внутримышечно для купирования боли и уменьшения отека мочеточника. 4. При неэффективности – рассмотреть вопрос о введении опиоидных анальгетиков (трамадол) под контролем врача. 5. Обеспечить мониторинг диуреза и отхождения конкрементов. 6. Назначить ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря для подтверждения диагноза и выявления уровня обструкции. 7. При наличии признаков инфекции (лихорадка, лейкоцитоз) начать эмпирическую антибактериальную терапию. 	1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 5.
301.	ПК-2	<p>Пациент 65 лет, с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и хронической болезни почек (ХБП 4 ст.), доставлен бригадой СМП с жалобами на выраженную одышку в покое, усиливающуюся в положении лежа, и отеки голеней. В легких выслушиваются влажные хрипы. Сатурация кислорода 90% на комнатном воздухе.</p>	1. Диагноз: Острая декомпенсация сердечной

		<p>О каком неотложном состоянии, требующем срочного вмешательства, идет речь? Каков патогенез его развития у данного пациента? Перечислите неотложные мероприятия, которые необходимо начать в первые минуты после поступления.</p>	<p>недостаточности по левожелудочковому типу (кардиоренальный синдром II типа), гипергидратация, отек легких. 2. Патогенез: Прогрессирующая ХБП → задержка натрия и воды → гиперволемия → повышенная пред- и постнагрузка на сердце → декомпенсация диастолической/ систолической функции на фоне диабетического поражения миокарда → застой в малом круге кровообращения → интерстициальный, а затем</p>
--	--	---	---

			<p>альвеолярный отек легких.</p> <p>3. Мероприятия:</p> <p>Подача увлажненного кислорода (через маску/носовые катетеры), при необходимости – неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ).</p> <p>Введение петлевых диуретиков (фуросемид в/в болюсно).</p> <p>Нитраты (нитроглицерин сублингвально/в/в инфузия) для снижения преднагрузки.</p> <p>Возвышенное положение верхней половины туловища.</p>
302.	ПК-2	<p>Пациентка 30 лет, поступила в стационар с жалобами на олигурию (диурез < 400 мл/сут), макрогематурию (моча цвета «мясных помоев») и отеки лица, появившиеся через 2 недели после перенесенной ангины. В биохимическом анализе крови: креатинин 450 мкмоль/л (неделю назад был 90 мкмоль/л), мочевины 25 ммоль/л.</p>	<p>1. Вариант ОПП:</p> <p>Быстро прогрессирующий</p>

		<p>Острое поражение почек по какому патогенетическому варианту следует заподозрить? Назовите ключевые патогенетические механизмы его развития. Какие два обязательных исследования необходимо срочно выполнить для уточнения диагноза?</p>	<p>гломерулонефрит (БПГН), постинфекционный, вероятно, стрептококковый. 2. Механизмы: Образование антител к антигенам стрептококка, перекрестно реагирующих с антигенами клубочков базальной мембраны → иммунокомплексное воспаление → пролиферация клеток клубочка, образование «полулуний» → быстрое снижение функции. 3. Исследования: 1) УЗИ почек (для исключения обструкции и оценки</p>
--	--	--	--

			размеров); 2) Срочная биопсия почки (для морфологической верификации и определения тактики иммуносупрессии).
303.	ПК-2	<p>Больной на перитонеальном диализе обратился с жалобами на помутнение перитонеального диализата, диффузные боли в животе, повышение температуры тела до 38,5°C.</p> <p>Диагностируйте неотложное состояние. Каков наиболее вероятный возбудитель? Перечислите ключевые элементы неотложной помощи: диагностические (первый шаг) и лечебные (эмпирическая терапия).</p>	<p>1. Диагноз: Острый бактериальный перитонит, связанный с перитонеальным диализом (ПД-ассоциированный перитонит).</p> <p>2. Вероятный возбудитель: Грамположительные кокки (чаще Staphylococcus epidermidis или S. aureus).</p> <p>3. Элементы помощи: Диагностика: Срочный посев перитонеального диализата,</p>

			<p>подсчет лейкоцитов в нем (>100/мкл, с преобладанием нейтрофилов). Лечение: Эмпирическая внутрибрюшинная антибиотикотерапия, покрывающая грамположительную и грамотрицательную флору (например, цефазолин + цефтазидим или аминогликозид), коррекция режима ПД (увеличение числа обменов, возможно – переход на «сухой» период).</p>
304.	ПК-2	<p>У пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП 5Д), находящегося на программном гемодиализе, внезапно появилась выраженная слабость, спутанность сознания, подергивания мышц и аритмия. При срочном исследовании уровня калия в крови выявлена гиперкалиемия > 6,5 ммоль/л. Какие два первоочередных медикаментозных средства для кардиопротекции и снижения</p>	<p>1. 10% раствор кальция глюконата (или хлорида кальция)</p>

		<p>уровня калия в плазме крови должны быть введены пациенту экстренно (вести словосочетания)?</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>	<p>2. Инсулин короткого действия с глюкозой (допустимо: «инсулин на глюкозе» или отдельно: инсулин и глюкоза 40% как единая мера)</p>
305.	ПК-2	<p>Пациент с анамнезом мочекаменной болезни доставлен с жалобами на невыносимую приступообразную боль в пояснице слева, иррадирующую в паховую область, тошноту, макрогематурию. На фоне боли развилась олигурия. Для купирования болевого синдрома при почечной колике и восстановления пассажа мочи, помимо спазмолитиков, препаратом выбора являются _____ (вставить группу лекарственных средств или конкретный препарат).</p>	<p>Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (допустимо: «кеторолак» или «диклофенак» как представители).</p>
306.	ПК-2	<p>У пациента с нефротическим синдромом на фоне мембранозной нефропатии внезапно развился односторонний отек и боль в нижней конечности с цианозом и расширением подкожных вен. Наиболее вероятное острое осложнение, требующее неотложной диагностики и вмешательства, — это _____. Основным методом верификации диагноза является _____ (вставить термин и метод исследования).</p>	<p>Тромбоз глубоких вен (ТГВ, тромбоз почечной вены/нижней полой вены — также допустимый, более специфичный ответ). Основной метод</p>

			верификации: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей (или компрессионное дуплексное сканирование, УЗИ с доплером).
307.	ПК-2	<p>Пациент 45 лет, с терминальной хронической болезнью почек, получающий перитонеальный диализ, доставлен с жалобами на разлитые боли в животе, тошноту, повышение температуры до 38,9°C. При осмотре: живот напряжен, болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена. В анализе мутный диализат с нейтрофильным цитозом. Какое состояние является наиболее вероятным и требует неотложного вмешательства?</p> <p>1) Острый аппендицит 2) Перитонит, связанный с перитонеальным диализом 3) Острая кишечная непроходимость 4) Обострение хронического панкреатита</p>	2
308.	ПК-2	<p>У пациента 60 лет, с анурией на фоне острого повреждения почек, через 2 дня после кардиохирургического вмешательства внезапно развились: одышка в покое, ортопноэ, влажные хрипы в нижних отделах легких, тахикардия. Сатурация кислорода 88% на воздухе. Какое неотложное состояние наиболее вероятно и требует срочного вмешательства нефролога?</p> <p>Выберите два верных ответа</p> <p>1) Тромбоэмболия легочной артерии</p>	2, 3

		<p>2) Отек легких на фоне гипергидратации</p> <p>3) Острая левожелудочковая недостаточность</p> <p>4) Госпитальная пневмония</p>	
309.	ПК-2	<p>Пациент 35 лет с хроническим гломерулонефритом и почечной недостаточностью (СКФ 25 мл/мин) поступил с жалобами на выраженную мышечную слабость, парестезии в области кистей и стоп, ощущение перебоев в работе сердца. На ЭКГ: укорочение интервала QT, высокие заостренные зубцы T. Какой жизнеугрожающий электролитный дисбаланс наиболее вероятен и требует немедленной коррекции?</p> <p>1) Гипонатриемия</p> <p>2) Гиперкалиемия</p> <p>3) Гипокальциемия</p> <p>4) Гипермагниемия</p>	2
310.	ПК-2	<p>Ведущий патогенетический механизм развития истинного уремического перикардита:</p> <p>1. Бактериальная инфекция</p> <p>2. Вирусная инфекция</p> <p>3. Накопление уремических токсинов</p> <p>4. Аутоиммунное воспаление</p>	3
311.	ПК-2	<p>У пациента с анурией на фоне ХБП 5 ст. внезапно появились перебои в работе сердца, мышечные подергивания. На ЭКГ: удлинение интервала QT, эпизоды бигеминии. Наиболее вероятная причина и неотложная мера:</p> <p>1. Гиперкалиемия, в/в введение кальция глюконата</p> <p>2. Гипокалиемия, в/в введение раствора калия хлорида</p> <p>3. Гиперкальциемия, в/в введение физраствора</p> <p>4. Гипонатриемия, в/в введение гипертонического раствора NaCl</p>	1
312.	ПК-2	<p>У пациента с диабетической нефропатией и нефротическим синдромом внезапно появилась сильная боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при дыхании,</p>	2

		<p>одышка. Наиболее вероятное осложнение и метод диагностик:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфаркт миокарда, ЭКГ и тропонины 2. ТЭЛА, КТ-ангиография легких 3. Уремический перикардит, ЭхоКГ 4. Нефротический (гипокоагуляционный) тромбоз почечных вен, УЗДГ почечных сосудов 	
313.	ПК-2	<p>При гиперкалиемии 7.0 ммоль/л с пиковыми зубцами Т на ЭКГ экстренная терапия включает Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В/в струйное введение 10% раствора кальция глюконата 2. В/в капельное введение 4% раствора калия хлорида 3. В/в капельное введение инсулина с глюкозой 4. Прием внутрь калийсвязывающей смолы (полистиролсульфоната натрия) 	1, 3
314.	ПК-2	<p>У пациента с ХБП 5 ст., не получающего диализ, развилась уремическая энцефалопатия с судорогами. Эффективным методом лечения является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В/в введение магния сульфата 2. В/в введение седативных препаратов (диазепам) 3. Срочное начало гемодиализа с низким потоком и без буферного ацетата 4. В/в введение маннитола для дегидратации мозга 	3
315.	ПК-2	<p>Состояние, которое НЕ является абсолютным противопоказанием для проведения перитонеального диализа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спаечная болезнь брюшной полости после множественных операций 2. Паховая или пупочная грыжа 3. Выраженная сердечно-легочная недостаточность 4. Поликистоз почек с огромным увеличением их объема 	3
316.	ПК-2	<p>К клиническим признакам синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ), при котором может потребоваться экстренный гемодиализ из-за развития ОПШ, относятся:</p>	1

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Асцит, гидроторакс, олигурия 2. Профузная диарея и гиповолемия 3. Массивная гематурия 4. Выраженные периферические отеки 	
317.	ПК-2	<p>Пациент с терминальной хронической болезнью почек, получающий перитонеальный диализ, доставлен с жалобами на разлитые боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до 38,5°C. Живот напряжен, болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена. Наиболее вероятный диагноз, требующий неотложного вмешательства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обострение хронического панкреатита. 2. Острый аппендицит. 3. Перитонит, связанный с перитонеальным диализом (инфекция PD-ассоциированная). 4. Кишечная непроходимость. 	3
318.	ПК-2	<p>У пациента с анурией на фоне острого гломерулонефрита внезапно появились интенсивная головная боль, тошнота, рвота, нарушение зрения, психомоторное возбуждение. АД 210/120 мм рт.ст. ЧСС 110 в мин. Какое неотложное состояние развилось? Выберите ОДИН верный ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертонический криз, осложненный острой гипертонической энцефалопатией. 2. Субарахноидальное кровоизлияние. 3. Отравление. 4. Уремическая кома. 	1
319.	ПК-2	<p>Больной с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и диабетической нефропатией (ХБП 4 ст.) поступает в отделение с симптомами тошноты, многократной рвоты, нарастающей слабости, нарушения ритма дыхания (дыхание Куссмауля). В биохимическом анализе крови: креатинин 540 мкмоль/л, мочевина 38 ммоль/л, глюкоза 24 ммоль/л, рН крови 7,18. Выберите ДВА наиболее вероятных неотложных состояния:</p>	2, 4

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Острое повреждение почек на фоне хронической болезни почек. 2. Диабетический кетоацидоз. 3. Гипогликемическая кома. 4. Уремический ацидоз. 	
320.	ПК-2	<p>На амбулаторном приеме у пациента с единственной почкой (состояние после нефрэктомии по поводу травмы 5 лет назад) внезапно возникла интенсивная боль в поясничной области слева, иррадиирующая в пах, сопровождающаяся беспокойством, гематурией. АД 140/90 мм рт.ст. ЧСС 98 в мин. Ваши предположения о диагнозе и первоочередное диагностическое действие? Выберите ОДИН верный ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый пиелонефрит – назначить антибиотики. 2. Почечная колика, обусловленная обструкцией мочеточника камнем – выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. Острый инфаркт почки – срочно госпитализировать. 4. Обострение мочекаменной болезни – назначить аллопуринол. 	2
321.	ПК-2	<p>У пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 5-й стадии, не получающего заместительную почечную терапию, внезапно развилась выраженная одышка, тахикардия, влажные хрипы в легких при аускультации, АД 190/100 мм рт.ст. Наиболее вероятная причина состояния:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия 2. Отек легких на фоне перегрузки объемом 3. Острый гломерулонефрит 4. Инфекция мочевыводящих путей 	2
322.	ПК-2	<p>У пациента на амбулаторном приеме выявлен уровень калия 7,1 ммоль/л на фоне ХБП 4-й стадии. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм, отсутствие зубца Р, расширение комплекса QRS. Какое действие является первоочередным?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация в терапевтическое отделение 2. Немедленное начало перитонеального диализа 	3

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Срочное проведение гемодиализа 4. Назначение фуросемида внутривенно и наблюдение 	
323.	ПК-2	<p>Пациент 65 лет с диагностированным ранее хроническим гломерулонефритом доставлен в приемное отделение с жалобами на резкую слабость, тошноту и «перебои» в работе сердца. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. ЧСС — 42 уд/мин, АД — 80/50 мм рт. ст. На ЭКМ — широкие комплексы QRS, отсутствие зубцов Р, высокие остроконечные зубцы Т. Ваш диагноз и неотложное состояние?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Острый коронарный синдром 2. Тромбоэмболия легочной артерии 3. Гиперкалиемия, угрожающая остановкой сердца 4. Гипогликемическая кома 	3
324.	ПК-2	<p>Какие из перечисленных лечебных мероприятий являются первоочередными при подтверждении жизнеугрожающей гиперкалиемии ($K^+ > 7,0$ ммоль/л с изменениями на ЭКГ) у пациента с анурией?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение 10 мл 10% раствора кальция глюконата 2. Ингаляция сальбутамола через небулайзер 3. Внутривенная инфузия 5% глюкозы с инсулином 4. ВСЕ перечисленные (А, Б, В) применяются в комплексе 	4
325.	ПК-2	<p>У пациента с отечным синдромом на фоне нефротического синдрома (амилоидоз) внезапно появились боли в грудной клетке, одышка и кровохарканье. Объективно: тахипноэ 28 в мин, сатурация 88%. Что наиболее вероятно произошло?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Отек легких 2. Спонтанный пневмоторакс 3. Тромбоэмболия легочной артерии (тромбоз почечной вены) 4. Приступ бронхиальной астмы 	3
326.	ПК-2	<p>Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью (отек легких) у нефрологического пациента, препаратом выбора является:</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Нифедипин сублингвально 2. Внутривенная инфузия нитроглицерина или нитропруссиды натрия 3. Внутримышечное введение магния сульфата 4. Пропранолол внутрь 	
327.	ПК-2	<p>Пациент с ХБП С5Д (гемодиализ) пропустил 2 сеанса диализа. Поступил с тошнотой, рвотой, кожным зудом, АД 200/120 мм рт. ст. На ЭКГ: признаки гиперкалиемии. Наиболее вероятный волевический статус?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиповолемия 2. Гиперволемия (перегрузка жидкостью) 3. Нормоволемия 4. Перераспределительный дефицит 	2
328.	ПК-2	<p>Что из перечисленного является абсолютным показанием для проведения экстренного гемодиализа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мочевина 30 ммоль/л при сохранном диурезе 2. Перикардит (шум трения перикарда) у пациента с уремией (Верно) 3. Анемия легкой степени (Hb 100 г/л) 4. Протеинурия 3,5 г/сут 	2
329.	ПК-2	<p>При лечении тяжелой артериальной гипертензии у пациента с острым гломерулонефритом и олигурией необходимо помнить, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ИАПФ (ингибиторы АПФ) являются препаратами первого ряда в острой фазе из-за нефропротекции 2. Тиазидные диуретики неэффективны при СКФ < 30 мл/мин 3. Бета-блокаторы абсолютно противопоказаны 4. Снижать АД нужно до целевых 120/80 мм рт. ст. в течение 1 часа 	2
330.	ПК-2	<p>У пациента с подагрической нефропатией внезапно развилась почечная колика и анурия. Какое состояние необходимо заподозрить в первую очередь?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тромбоз почечных вен 2. Острый пиелонефрит 3. Обструкция мочевыводящих путей уратным конкрементом 	3

		4. Внутриканальцевая обструкция кристаллами (острый тубуло-интерстициальный нефрит)	
331.	ПК-2	<p>Для неотложной коррекции ацидоза ($\text{pH} < 7,2$) у пациента с ХБП перед началом диализа (если диализ недоступен немедленно) используют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение трисамина 2. Форсированный диурез лазиксом 3. Внутривенное капельное введение 4% натрия гидрокарбоната 4. Пероральный прием раствора соды 	3
332.	ПК-2	<p>Пациент с волчаночным нефритом, получающий высокие дозы преднизолона, поступил с жалобами на резкую слабость, боли в мышцах, тошноту. АД 70/40 мм рт. ст. ЧСС 110 уд/мин. Накануне самостоятельно отменил преднизолон. Что наиболее вероятно?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия 2. Острая надпочечниковая недостаточность (аддисонический криз) 3. Гипертонический криз 4. Отек мозга 	2
333.	ПК-2	<p>Какое состояние при остром пиелонефрите требует экстренного хирургического вмешательства?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка до 39°C 2. Бактериурия 10^5 КОЕ/мл 3. Острый гнойный пиелонефрит (апостематоз, карбункул почки) с нарушением пассажа мочи 4. Дизурия 	3
334.	ПК-2	<p>Для купирования судорожного синдрома, вызванного эклампсией (тяжелая преэклампсия у беременной с нефропатией), препаратом выбора является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диазепам 2. Магния сульфат (в/в) 3. Тиопентал натрия 4. Фенитоин 	2
335.	ПК-2	<p>У диализного пациента с фистулой для гемодиализа появилось внезапное жгучее боль, отек и похолодание кисти. Пульсация на фистуле отсутствует. Ваши действия?</p>	3

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Наложить согревающий компресс 2. Назначить гепарин и наблюдать 3. Срочно вызвать сосудистого хирурга (подозрение на тромбоз/ишемию) 4. Провести УЗИ фистулы в плановом порядке 	
336.	ПК-2	<p>При оказании неотложной помощи пациенту с отеком легких на фоне терминальной ХБП и анурии, какой метод является патогенетическим и наиболее эффективным?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение петлевых диуретиков в высоких дозах 2. Ингаляция кислорода через пеногасители 3. Наложение венозных жгутов на конечности 4. Экстренное проведение сеанса гемодиализа/ультрафильтрации 	4