
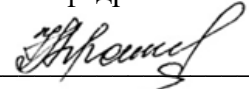


**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра поликлинической терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.08.43 Нефрология
 /Н.В. Агранович/
« 21 » _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой поликлинической терапии
 /Н.В. Агранович/
« 21 » _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по практике

Наименование дисциплины	Клиническая практика 3
Направление подготовки	31.08.43 Нефрология
Направленность (профиль)	Нефрология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
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-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-1	Способен проводить заместительную почечную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контроль ее эффективности и безопасности
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-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 +14
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 +14
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 +14
ОПК-5	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 +14
ОПК-8	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 +14
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 +14
ПК-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 +14

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 +14
Всего		336 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

		<p>определения активности и хронизации процесса, что критически важно для выбора терапии.</p> <p>D. Позволяет системно оценить генетическую природу заболевания, определить прогноз и тактику ведения семьи, что является применением достижений фундаментальной науки на практике.</p>			
2.	УК-1	<p>Установите соответствие между новым классом препаратов и его принципиальным вкладом в системное изменение парадигмы лечения в нефрологии</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Класс препаратов / Конкретный препарат</p> <p>1. Ингибиторы SGLT2 (глифлозины)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Принципиальное изменение в терапии (критический анализ возможностей)</p> <p>A. Первый класс препаратов с доказанным нефропротективным действием, выходящим за рамки контроля гликемии и артериального давления, за счет воздействия на внутриклубочковую гипертензию и метаболизм.</p> </td> </tr> </table>	<p>Класс препаратов / Конкретный препарат</p> <p>1. Ингибиторы SGLT2 (глифлозины)</p>	<p>Принципиальное изменение в терапии (критический анализ возможностей)</p> <p>A. Первый класс препаратов с доказанным нефропротективным действием, выходящим за рамки контроля гликемии и артериального давления, за счет воздействия на внутриклубочковую гипертензию и метаболизм.</p>	<p>1 – A 2 – B 3 – C 4 – D</p>
<p>Класс препаратов / Конкретный препарат</p> <p>1. Ингибиторы SGLT2 (глифлозины)</p>	<p>Принципиальное изменение в терапии (критический анализ возможностей)</p> <p>A. Первый класс препаратов с доказанным нефропротективным действием, выходящим за рамки контроля гликемии и артериального давления, за счет воздействия на внутриклубочковую гипертензию и метаболизм.</p>				

		<p>2. Антагонисты рецепторов минералокортикоидов (финеренон)</p> <p>3. Ингибиторы фактора комплемента В (икэлимаб) при С3-гломерулонефрите</p> <p>4. Блокатор эндотелина и ангиотензина II (спарсентан) при ФСГС</p>	<p>В. Таргетная терапия, блокирующая ключевой провоспалительный и профибротический путь при IgA-нефропатии, меняющая естественное течение болезни.</p> <p>С. Применение достижений иммунологии для точного воздействия на альтернативный путь активации комплемента при редких заболеваниях, требующее системного анализа диагностики.</p> <p>Д. Двойное патогенетическое действие, направленное на два ключевых механизма прогрессирования гломерулосклероза, демонстрирующее переход от симптоматической к таргетной терапии.</p>	
3.	УК-1	<p>Установите соответствие между инновационным организационно-технологическим решением и ключевой проблемой в нефрологии, для преодоления которой оно направлено.</p> <p>Организационно-технологическое решение / Подход</p> <p>1. Телемедицинские консультации и мониторинг</p>	<p>Ключевая проблема в нефрологической помощи, которую оно призвано решить</p> <p>А. Неравенство в доступе к специализированной помощи для пациентов из отдаленных</p>	<p>1 – А 2 – В 3 – С 4 – D</p>

		<p>2. Внедрение навигаторов (координаторов) для пациентов на ЗПТ</p> <p>3. Создание быстрых диагностических путей (fast-track) для острого повреждения почек (ОПП)</p> <p>4. Программы отсроченного доступа к диализу (управляемая ХБП)</p>	<p>больных с ХБП.</p> <p>В. Фрагментарность помощи, низкая приверженность лечению и сложность ориентации пациента в системе при переходе на диализ или трансплантацию.</p> <p>С. Задержка в диагностике и начале патогенетической терапии быстро прогрессирующих гломерулопатий, ведущая к необратимой потере функции почек.</p> <p>Д. Оптимизация сроков начала заместительной почечной терапии, улучшение подготовки пациента и снижение частоты неотложных (неплановых) стартов диализа с центральным катетером.</p>	
4.	УК-1	<p>Установите правильную последовательность стадий диабетической нефропатии согласно современной классификации хронической болезни почек (СКД), отражающей естественное течение заболевания.</p> <p>Элементы для последовательности</p> <p>1) Стадия почечной недостаточности (СКД 5, СКФ < 15 мл/мин/1.73 м²).</p> <p>2) Стадия микроальбуминурии (СКД 1-2, СКФ нормальная или повышенная, УАИ 30-300 мг/сут).</p> <p>3) Стадия гиперфльтрации и гипертрофии почек (предшествует клиническим признакам, СКФ повышена).</p> <p>4) Стадия выраженной нефропатии (протеинурия, СКД 4, СКФ 15-29 мл/мин/1.73 м²).</p>		3, 2, 5, 4, 1

		5) Стадия макроальбуминурии/протеинурии (СКД 3, СКФ 30-59 мл/мин/1.73 м ²).	
5.	УК-1	<p>Установите логическую последовательность действий врача-нефролога при первичном выявлении у пациента стойкой протеинурии для установления нозологического диагноза.</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Проведение иммуносерологического обследования (АНФ, АНЦА, анти-БМК, комплемент), ультразвукового исследования почек. 2) Оценка суточной протеинурии, соотношения альбумин/креатинин в моче, электрофореза белков мочи и крови. 3) Сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка общего анализа мочи, показателей функции почек (СКФ, креатинин). 4) Назначение морфологического исследования почечной ткани (биопсия почки) при неясном диагнозе и показаниях. 5) Дифференциация преренальной, ренальной и постренальной протеинурии, исключение инфекции и функциональных причин 	3, 5, 2, 1, 4
6.	УК-1	<p>Установите последовательность назначения нефропротективной и иммуносупрессивной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями, основанными на оценке риска прогрессирования.</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) При высоком риске прогрессирования или отсутствии ответа на базисную терапию — добавление циклофосамида или циклоспорина/такролимуса. 2) Оценка степени протеинурии, функции почек (СКФ) и индивидуальных факторов риска для стратификации пациента. 3) Начало базисной нефропротективной терапии: иАПФ или БРА в максимально переносимой дозе, статины при дислипидемии. 4) Мониторинг эффективности и безопасности лечения, коррекция доз, решение вопроса о длительности терапии. 5) При сохранении высокого уровня протеинурии через 6 месяцев базисной терапии — рассмотрение назначения ритуксимаба или циклоспорина. 	2, 3, 5, 1, 4
7.	УК-1	В мета-анализе показано, что использование бикарбоната натрия для замедления	Решение должно

		<p>прогрессирования ХБП имеет противоречивые результаты, а некоторые работы указывают на потенциальный риск сердечно-сосудистых событий. Как вы, как будущий нефролог, будете принимать решение о коррекции метаболического ацидоза у конкретного пациента? Сформулируйте системный подход, учитывающий доказательства, индивидуальные риски и доступные альтернативы.</p>	<p>быть индивидуальным. Системный подход: 1) Оценка тяжести ацидоза (уровень бикарбонатов, симптомы). 2) Оценка сердечно-сосудистого риска и объема пациента (риск перегрузки натрием). 3) Рассмотрение нефропротективной терапии (иАПФ/БРА, иНГЛТ-2), которая также может влиять на ацидоз. 4) Обсуждение пользы и рисков с пациентом. 5) Начало с низкой дозы бикарбоната при явных показаниях с тщательным мониторингом</p>
--	--	---	--

			<p>АД, отеков, уровней натрия и калия. б) Рассмотрение альтернатив (цитрат калия при гипокалиемии).</p>
8.	УК-1	<p>Онколог планирует терапию иммунными контрольными точками (ингибиторами PD-1) у пациента с метастатическим раком почки и ХБП С4а стадии (СКФ 25 мл/мин). Каков ваш системный подход к консультации этого пациента? Какие данные необходимо запросить и какие риски минимизировать?</p>	<p>Подход: 1) Анализ текущей функции почек: уточнить этиологию ХБП, наличие протеинурии, аутоиммунной патологии в анамнезе. 2) Оценка риска нефротоксичности: запросить данные биопсии почки (если была), анализы на аутоантитела (ANA, ANCA, анти-ГБМ), общий анализ мочи с микроскопией осадка. 3) Информирование онколога о</p>

			<p>риске развития иммуноопосредованного острого интерстициального нефрита (ИИН) и других IgAE (миозита, колита). 4) Разработка плана мониторинга: креатинин, общий анализ мочи до начала и регулярно во время терапии. 5) Обсуждение с пациентом ранних симптомов (олигурия, отеки, боль в пояснице).</p>
9.	УК-1	<p>Внедряется телемедицинская платформа для консультаций пациентов с ХБП из отдаленных районов. Какие группы пациентов будут приоритетными для такого наблюдения? Опишите оптимальный алгоритм взаимодействия "терапевт районной больницы — теленефролог — пациент".</p>	<p>Приоритеты: пациенты с ХБП С3b-С4 стадии, на раннем перитонеальном диализе, после трансплантации почки в стабильном</p>

			<p>состоянии. Алгоритм: 1) Терапевт собирает минимум данных (жалобы, АД, вес, последние анализы: креатинин, калий, гемоглобин, мочевины, общий анализ мочи) и загружает в систему. 2) Нефролог в выделенные часы проводит видео-консультацию с пациентом при участии (онлайн или по телефону) терапевта/медсестры. 3) По итогам в систему вносятся рекомендации по коррекции</p>
--	--	--	--

			<p>терапии, дальнейшему обследованию, дате следующего визита/консультации. 4) Контроль выполнения рекомендаций возлагается на терапевта.</p>
10.	УК-1	<p>Дополните клиническое рассуждение, вставив пропущенный термин. На основании этих новых данных, нефролог, критически оценив состояние пациента с ХБП 3А стадии, персистирующей протеинурией 1.5 г/сут и сердечной недостаточностью, но без диабета в анамнезе, может системно расширить показания для назначения терапии. Помимо стандартного ингибитора РААС (иАПФ или БРА), он теперь обоснованно может добавить препарат из группы _____ для кардиоренопротекции</p>	<p>ингибиторов SGLT2 (или глифлозинов).</p>
11.	УК-1	<p>Дополните клиническое рассуждение, вставив пропущенный термин. При обследовании пациента с впервые выявленной протеинурией (2.1 г/сут) и микрогематурией, для подтверждения или исключения иммуновоспалительного гломерулярного заболевания по современным клиническим рекомендациям «золотым стандартом» диагностики является _____.</p>	<p>чрескожная биопсия почки (допустимо: пункционная биопсия почки или морфологическое исследование почечной ткани).</p>
12.	УК-1	<p>Дополните клиническое рассуждение, вставив пропущенный термин. У пациента с терминальной хронической болезнью почек, находящегося на перитонеальном диализе, развился рецидивирующий перитонит, вызванный Pseudomonas aeruginosa. Согласно принципам современного ведения таких пациентов, для сохранения возможности продолжения диализа и предотвращения дальнейших осложнений часто требуется _____.</p>	<p>удаление диализного катетера (допустимо: катетерэктомия или удаление</p>

			перитонеального катетера).
13.	УК-1	<p>Пациент 58 лет с ХБП 5 стадии (СКФ 10 мл/мин/1.73м²) на фоне диабетической нефропатии. Состояние относительно стабильное, но нарастают симптомы уремии (слабость, тошнота, кожный зуд). Вы обсуждаете с пациентом варианты заместительной почечной терапии (ЗПТ).</p> <p>Вопрос: Какие из предложенных методов лечения в данной клинической ситуации соответствуют современным принципам заместительной почечной терапии и являются вариантами выбора? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное начало программного гемодиализа в амбулаторном диализном центре. 2. Активное динамическое наблюдение с коррекцией консервативной терапии, отложив начало диализа до появления абсолютных показаний (гиперкалиемия, рефрактерные отеки и т.д.). 3. Обсуждение и планирование создания артериовенозной фистулы для последующего гемодиализа, как наиболее оптимального метода. 4. Обсуждение всех вариантов ЗПТ: перитонеальный диализ, гемодиализ (включая вопрос о доступе) и трансплантация почки (при наличии возможности). 	2, 4
14.	УК-1	<p>В клиническую практику для лечения диабетической болезни почек (ДБП) с альбуминурией внедрены препараты нового класса – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2). Вы анализируете историю болезни пациента с СД 2 типа, ХБП 3а стадии (СКФ 50 мл/мин) и альбуминурией А2.</p> <p>Вопрос: На основании данных доказательной медицины, какие из перечисленных эффектов иНГЛТ-2 являются обоснованием для их назначения данному пациенту с целью нефропротекции? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Преимущественное снижение артериального давления за счет мощного диуретического эффекта. 2. Доказанная способность замедлять снижение скорости клубочковой фильтрации и 	2, 4

		<p>уменьшать альбуминурию независимо от гликемического контроля.</p> <p>3. Высокий риск развития острого повреждения почек (ОПП) на фоне приема, что требует постоянного мониторинга.</p> <p>4. Кардио- и нефропротективный эффекты, включая снижение риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности и прогрессирования ХБП, подтвержденные крупными рандомизированными исследованиями.</p>	
15.	УК-1	<p>Для нефротического синдрома, развившегося на фоне мембранозной нефропатии, наиболее характерно:</p> <p>1) Быстрое нарастание почечной недостаточности.</p> <p>2) Высокий риск тромботических осложнений.</p> <p>3) Частое спонтанное выздоровление в течение нескольких месяцев.</p> <p>4) Высокая чувствительность к монотерапии глюкокортикостероидами.</p>	2
16.	УК-1	<p>Пациент 65 лет с сахарным диабетом 2 типа, СКФ 28 мл/мин/1.73 м², АД 145/90 мм рт.ст. Какие из перечисленных групп препаратов являются средствами первого выбора для нефропротекции в данной ситуации? Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА).</p> <p>2) Бета-адреноблокаторы.</p> <p>3) Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (например, спиронолактон).</p> <p>4) Ингибиторы SGLT2.</p>	1,4
17.	УК-1	<p>Какие из следующих патогенетических механизмов лежат в основе развития острого канальцевого некроза (ОКН) при применении аминогликозидов?</p> <p>1) Ишемия почечной ткани.</p> <p>2) Прямое цитотоксическое действие на клетки канальцев.</p> <p>3) Образование кристаллов в просвете канальцев.</p> <p>4) Острый интерстициальный нефрит.</p>	2
18.	УК-1	<p>Для быстро прогрессирующего гломерулонефрита (БПГН) с антителами к базальной мембране клубочков (болезнь Гудпасчера) характерно: Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Наличие ANCA-антител.</p> <p>2) Линейное свечение IgG при иммунофлюоресценции биоптата почки.</p> <p>3) Частое сочетание с легочным кровотечением.</p> <p>4) Высокая эффективность монотерапии циклофосфамидом.</p>	2, 3
19.	УК-1	<p>У пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП 5 ст.), получающего</p>	2, 4

		<p>перитонеальный диализ, развился перитонит. Наиболее вероятные возбудители: Выберите два верных ответа. 1) <i>Escherichia coli</i>. 2) <i>Staphylococcus epidermidis</i> и другие коагулаза-негативные стафилококки. 3) <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. 4) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>.</p>	
20.	УК-1	<p>Какие из следующих утверждений о поликистозной болезни почек (АДПКП) верны? Выберите два верных ответа. 1) Мутация в гене PKD1 ассоциирована с более поздним началом и мягким течением по сравнению с мутацией в гене PKD2. 2) Основной метод скрининга у родственников первой линии — УЗИ почек. 3) Применение толваптана показано для замедления прогрессирования болезни у пациентов с быстро прогрессирующим течением. 4) Противопоказано применение ингибиторов АПФ/БРА для контроля артериальной гипертензии.</p>	2, 3
21.	УК-1	<p>Какое из перечисленных состояний НЕ является абсолютным противопоказанием к трансплантации почки? 1) Активная злокачественная опухоль. 2) ВИЧ-инфекция с неопределяемой вирусной нагрузкой на ВААРТ. 3) Активный туберкулез. 4) Тяжелая сердечная недостаточность (IV ФК по NYHA) с низкой фракцией выброса.</p>	2
22.	УК-1	<p>Для диагностики реноваскулярной гипертензии, обусловленной атеросклерозом почечных артерий, наиболее информативны: Выберите два верных ответа. 1) Радиоизотопная динамическая нефросцинтиграфия с каптоприлом. 2) Спиральная КТ-ангиография почечных артерий. 3) Измерение разницы уровней ренина в крови из почечных вен. 4) Дуплексное ультразвуковое сканирование почечных артерий.</p>	2, 4
23.	УК-1	<p>Пациент с гиперурикемией и ХБП 3b стадии (СКФ 38 мл/мин). Для профилактики обострений подагры и замедления прогрессирования ХБП целесообразно назначить: Выберите два верных ответа. 1) Аллопуринол, начиная с низкой дозы с титрацией. 2) Фебуксостат, начиная с низкой дозы с титрацией. 3) Пробенецид.</p>	1, 2

		4) Колхицин для постоянного приема.	
24.	УК-1	<p>У пациента с диабетической нефропатией и протеинурией 3.5 г/сут. на фоне терапии лизиноприлом 40 мг/сут. и фуросемидом отмечается прогрессирующее снижение СКФ (с 45 до 28 мл/мин за 4 месяца) и нарастание отеков. Какие из следующих действий наиболее оправданы?</p> <p>1) Отмена лизиноприла из-за подозрения на двусторонний стеноз почечных артерий. 2) Увеличение дозы фуросемида и добавление спиронолактона. 3) Назначение препарата из группы ингибиторов SGLT2. 4) Назначение такролимуса.</p>	3
25.	УК-1	<p>При анализе клинического случая пациента с быстро прогрессирующим гломерулонефритом (анти-ГБМ-болезнь) и анурией, какую комбинацию современных терапевтических подходов следует признать наиболее агрессивной и соответствующей актуальным стандартам? Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Пульс-терапия метилпреднизолоном + плазмаферез + циклофосфамид. 2) Высокие дозы пероральных глюкокортикоидов + азатиоприн. 3) Плазмаферез + ритуксимаб + преднизолон. 4) Гемодиализная поддержка в режиме ожидания без иммуносупрессии.</p>	1, 3
26.	УК-1	<p>Критический анализ применения биопсии почки в современной клинической практике показывает, что ее роль эволюционирует. В каких из перечисленных ситуаций биопсия почки остается строго необходимой для определения тактики лечения? Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Впервые выявленный нефротический синдром у взрослого. 2) Изолированная микрогематурия у молодого пациента без протеинурии и изменений в анализах крови. 3) Острое почечное повреждение неясной этиологии, сохраняющееся более 3 недель. 4) Диабетическая нефропатия с типичной клинико-лабораторной картиной и длительным анамнезом.</p>	1, 3

27.	УК-1	<p>Появление новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) создало дилемму в лечении фибрилляции предсердий у пациентов с ХБП. Критический анализ их применения показывает, что: Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Все НОАК могут безопасно применяться при СКФ <15 мл/мин и на диализе. 2) Дабигатран требует наибольшей коррекции дозы в зависимости от СКФ среди НОАК. 3) Апиксабан имеет наиболее широкие разрешенные границы применения при сниженной СКФ среди НОАК. 4) Ривароксабан является препаратом выбора при СКФ <30 мл/мин в стандартной дозе.</p>	2, 3.
28.	УК-1	<p>Пациент с поликистозной болезнью почек (АДПКБП) и прогрессирующим снижением СКФ. Какие из перечисленных современных фармакологических подходов направлены на патогенетическое звено заболевания и имеют доказанную эффективность в замедлении прогрессирования? Выберите два верных ответа.</p> <p>1) Толваптан (антагонист V2-рецепторов вазопрессина). 2) Ингибиторы АПФ в качестве базовой нефропротекции. 3) Регулярная антибиотикопрофилактика инфекций мочевых путей. 4) Ингибиторы mTOR (сиролимус, эверолимус) для уменьшения размера кист.</p>	1, 2
29.	УК-1	<p>Согласно анализу исследований 2024 года, комбинация каких классов препаратов позволяет достичь максимального нефропротективного эффекта при диабетической болезни почек и других формах ХБП?</p> <p>1. Ингибиторы АПФ + БРА 2. Ингибиторы SGLT2 + антагонисты эндотелиновых рецепторов + агонисты GLP-1 3. Диуретики + бета-блокаторы 4. Блокаторы кальциевых каналов + альфа-адреноблокаторы</p>	2

30.	УК-1	<p>Терапия анти-CD38 моноклональными антителами, заимствованная из гематологии, в 2024 году показала многообещающие результаты при лечении рефрактерных форм:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тубулоинтерстициального нефрита 2. Первичного гиперпаратиреоза 3. Реноваскулярной гипертензии 4. Гломерулопатий (например, волчаночного нефрита) 	4
31.	УК-1	<p>В 2024 году было подтверждено, что назначение ингибиторов SGLT2 (например, эмпаглифлозина) пациентам с сахарным диабетом 1 типа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Противопоказано из-за высокого риска кетоацидоза 2. Не влияет на сердечно-сосудистую систему 3. Снижает сердечно-сосудистый риск и риск терминальной ХБП 4. Требуется обязательного сочетания с метформином 	3
32.	УК-1	<p>Какие нефропротективные свойства, помимо снижения гликемии, были подтверждены для агонистов GLP-1 (семаглутид) в исследованиях 2024 года?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение риска почечных исходов и замедление прогрессирования ХБП 2. Прямое антибактериальное действие на канальцевый эпителий 3. Растворение кальциевых камней в почках 4. Предотвращение острого повреждения почек при сепсисе 	1
33.	УК-1	<p>Согласно обновленным клиническим рекомендациям KDIGO 2024 по ведению детей с нефротическим синдромом, какой режим первичной стероидной терапии рекомендуется для достижения ремиссии?</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Пульс-терапия метилпреднизолоном 3 дня, затем переход на преднизолон через день 2. 8-недельный курс (4 недели ежедневно, затем 4 недели через день) 3. Терапия только при возникновении рецидива 4. Назначение цитостатиков с первых дней лечения 	
34.	УК-1	<p>Анализируя проект новых клинических рекомендаций по АНЦА-ассоциированным васкулитам с поражением почек (2024), что является ключевым изменением в подходах к индукции ремиссии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полный отказ от глюкокортикостероидов 2. Более широкое применение плазмообмена у всех пациентов 3. Акцент на комбинированную терапию с возможным использованием новых анти-CD20 препаратов 4. Замена циклофосфида на монотерапию микофенолата мофетилом при всех формах 	3
35.	УК-1	<p>В клинических рекомендациях по нефрологии (РФ, 2024) для быстрого принятия обоснованных клинических решений предусмотрены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Только текстовое описание нозологий 2. Ссылки на зарубежные PubMed статьи без перевода 3. Алгоритмы действий врача по диагностике, лечению и профилактике 4. Исключительно фармакологические справочники 	3
36.	УК-1	<p>При анализе эффективности ингибиторов SGLT2 у пожилых пациентов с ХБП (исследования 2024 года) было доказано, что канаглифлозин:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не должен применяться у пациентов старше 75 лет 2. Снижает риск сердечно-сосудистых и почечных исходов и безопасен даже в старшей 	2

		<p>возрастной группе</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Вызывает необратимую острую почечную недостаточность у всех пациентов >75 лет 4. Эффективен только в комбинации с инсулином 	
37.	УК-1	<p>Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при хроническом гломерулонефрите, что требует включения нефропротективных мероприятий?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Только гематурия 2. Протеинурия и трансферинурия 3. Гипонатриемия 4. Повышение уровня креатинина крови само по себе 	2
38.	УК-1	<p>Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируется при наличии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изолированной протеинурии 2. Массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией и быстрым снижением СКФ 3. Стойкой нормотензии 4. Гиперфилтрации 	2
39.	УК-1	<p>Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от гипертонической болезни при системном анализе данных?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мочевой синдром (протеинурия, гематурия), предшествующий повышению АД или возникающий одновременно с ним 2. Гипертрофия левого желудочка на ранних стадиях 3. Исключительно редкие гипертонические кризы 	1

		4. Отсутствие изменений глазного дна	
40.	УК-1	<p>При какой комбинации показаний к проведению биопсии почки решение врача будет наиболее обоснованным (согласно протоколу)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дебют нефротического синдрома у ребенка 3-х лет 2. Изолированная микрогематурия у молодого пациента без протеинурии 3. Быстро прогрессирующее снижение СКФ (потеря >50% за 3 месяца) у пациента с нефритическим синдромом 4. Лихорадка и дизурия 	3
41.	УК-1	<p>Сравнивая подходы к нефропротекции, какой из вариантов комбинированной терапии в настоящее время рассматривается как наиболее перспективный для максимального замедления прогрессирования ХБП?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ингибитор АПФ + антагонист рецепторов ангиотензина II 2. Ингибитор SGLT2 + антагонист эндотелина (апроцитентан) 3. Петлевой диуретик + верошпирон 4. Нифедипин + ателолол 	2
42.	УК-1	<p>Анализируя новые данные о лечении резистентной артериальной гипертензии на фоне ХБП, применение нового препарата апроцитентана (двойной антагонист эндотелиновых рецепторов) обосновано, так как он:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшает функцию печени 2. Эффективно снижает АД и оказывает нефропротективный эффект 3. Является калийсберегающим диуретиком 	2

		4. Полностью заменяет ингибиторы АПФ																
43.	ОПК-1	<p>Установите соответствие между специализированными информационными технологиями (ИКТ) и целями их использования в профессиональной деятельности врача-нефролога.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>№</th> <th>Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)</th> <th>Цель использования в нефрологии</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> <tr> <td>2</td> <td>Калькулятор СКФ (СКD-EPI, MDRD)</td> <td>В) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)</td> <td>С) Проведение популяционных исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга</td> <td>Д) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.</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.	2	Калькулятор СКФ (СКD-EPI, MDRD)	В) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.	3	Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)	С) Проведение популяционных исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.	4	Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга	Д) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.	<p>1 – С 2 – А 3 – D 4 – В</p>
№	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.																
2	Калькулятор СКФ (СКD-EPI, MDRD)	В) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.																
3	Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)	С) Проведение популяционных исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.																
4	Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга	Д) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.																

44.	ОПК-1	Установите соответствие между потенциальной угрозой информационной безопасности и мерой по ее предотвращению в работе нефрологического отделения/кабинета.		1 – С 2 – D 3 – А 4 – В
№	Потенциальная угроза или нарушение	Мера по предотвращению и соблюдению информационной безопасности		
1	Утечка конфиденциальных данных пациентов (диагнозы, результаты обследований) через мессенджеры или личную почту.	А) Регулярное обновление антивирусного ПО, использование лицензионного программного обеспечения, запрет 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		

		<p>4</p> <p>Фальсификация электронных назначений или записей в истории болезни.</p>	<p>защищенная почта внутри ЛПУ), шифрование передаваемых данных, строгий запрет на передачу данных через личные ресурсы.</p> <p>D) Настройка системы разграничения прав доступа (ролевая модель), использование сложных уникальных паролей, двухфакторная аутентификация, аудит действий пользователей.</p>						
45.	ОПК-1	<p>Установите соответствие между видом аналитического отчета/графического представления данных и его назначением для принятия клинических решений в нефрологии.</p> <table border="0" data-bbox="501 1098 1534 1412"> <thead> <tr> <th data-bbox="501 1129 539 1155">№</th> <th data-bbox="591 1129 1010 1155">Вид аналитического отчета / График</th> <th data-bbox="1211 1098 1473 1187">Назначение для клинической практики нефролога</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="501 1310 517 1335">1</td> <td data-bbox="591 1278 1084 1367">Динамический график изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня альбуминурии у пациента во времени.</td> <td data-bbox="1211 1235 1534 1412">А) Оценка тенденции прогрессирования почечной дисфункции, эффективности нефропротективной терапии.</td> </tr> </tbody> </table>	№	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.	<p>1 – А 2 – С 3 – В 4 – D</p>
№	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.							

		<p>2 Отчет-сводка по пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в центре.</p> <p>3 Диаграмма (круговая или столбчатая) распределения пациентов по стадиям ХБП в прикрепленной популяции.</p> <p>4 Интерактивная номограмма для прогнозирования риска терминальной почечной недостаточности.</p>	<p>В) Визуализация структуры заболеваемости для планирования учебных мероприятий или профилактических программ.</p> <p>С) Определение потребности в расходных материалах, лекарствах, планирование графиков диализа, анализ нагрузки на персонал.</p> <p>Д) Индивидуальное консультирование пациента о прогнозе заболевания, обсуждение плана лечения и модификации факторов риска на основе персонализированной математической модели.</p>	
46.	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. 		4, 2, 6, 5, 1, 3.

		<p>5. Проанализировать динамику лабораторных показателей (креатинин, скорость клубочковой фильтрации) за последний месяц.</p> <p>6. Проверить, к какому конкретному пациенту открыта ЭИБ, сверить идентификаторы.</p>	
47.	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 (анализы, УЗИ почек, ЭКГ). 4. Провести очный осмотр пациента и формализовать консультативный вопрос. 5. Обезличить данные: удалить ФИО, адрес, паспортные данные, номер полиса, заменив на уникальный номер случая. 6. Зарегистрировать случай консультации в журнале телемедицинских консультаций. 	4, 2, 3, 5, 6, 1.
48.	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). 	2 → 5 → 4 → 3 → 1

		5. Открыть карту пациента по ФИО/полису и заполнить раздел "Анамнез", включая данные офисного измерения артериального давления и жалоб.	
49.	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 нарушает конфиденциальность персональных данных пациента (ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», 152-ФЗ «О персональных данных»). Личная почта не гарантирует защиту информации от утечки или перехвата.</p> <p>2. Я отвечу</p>

			<p>пациенту в вежливой форме, поблагодарю за активность, но объясню, что для сохранения врачебной тайны и обеспечения качества консультации необходимо использовать официальные 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</p>
--	--	--	---

			<p>обмен сообщениями, прикреплять файлы, видеть всю историю болезни и назначения. Все данные шифруются и хранятся в соответствии с требованиями безопасности.</p> <p>4. Акцентирую важность очного визита для осмотра, измерения АД и сдачи лабораторных анализов в аккредитованной лаборатории, так как данные домашних экспресс-тестов могут быть неточны.</p>
50.	ОПК-1	<p>Коллега из другого города просит вас по WhatsApp пересмотреть компьютерную томографию почек его родственника, отправив вам DICOM-файлы и ФИО пациента.</p> <p>Ваши действия с обоснованием с точки зрения ИКТ и безопасности.</p>	<p>Я откажусь проводить консультацию в таком формате и</p>

			<p>объясню коллеге причины:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Нарушение конфиденциальности: Мессенджер WhatsApp, даже с включенным шифрованием, не является сертифицированным медицинским каналом связи для передачи персональных данных и изображений в РФ. Отправка файлов с ФИО — прямое нарушение врачебной тайны.2. Отсутствие юридической силы и ответственности: Консультация в неофициальном мессенджере не фиксируется в медицинской
--	--	--	---

			<p>документации, не имеет юридического статуса. В случае ошибки невозможно установить ответственность.</p> <p>3. Неполнота информации: Для принятия врачебного решения недостаточно только КТ-изображения. Необходим доступ к полной истории болезни, анализам, что невозможно в мессенджере.</p> <p>4. Альтернативное предложение: Я предложу коллеге организовать официальную телемедицинскую консультацию в рамках</p>
--	--	--	---

			<p>действующего законодательства: его родственник оформляет запрос в моем лечебном учреждении, предоставляет информированное согласие на телеконсультацию. Данные КТ и медицинская 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>
--	--	--	---

51.	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 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</p>
-----	-------	---	---

			<p>удалить или дополнительно отредактировать (сильнее обезличить) данное сообщение.</p> <p>3. Внутренне сделать вывод о недопустимости размещения даже якобы анонимных случаев в 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</p>
--	--	--	--

			знаю, откуда и кем мог быть выложен этот случай (например, коллегой из моего учреждения), деликатно поговорить с ним на эту тему, объяснив риски.
52.	ОПК-1	В контексте соблюдения врачебной тайны при использовании электронной медицинской 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	принцип минимально необходимого доступа (или "принцип наименьших привилегий").
53.	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").
54.	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
55.	ОПК-1	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	3, 4

		<p>(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). 	
56.	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
57.	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 	2, 4

		3. Хранение только обезличенных данных для научных исследований 4. Работа с базой данных через незащищенное публичное Wi-Fi-соединение	
58.	ОПК-1	При подготовке научной публикации, включающей данные пациентов отделения, врач-нефролог должен обеспечить: Выберите два верных ответа. 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
59.	ОПК-1	Использование информационно-коммуникационных технологий и обеспечение информационной безопасности в практике врача-нефролога. Выберите два верных ответа. Какие из перечисленных видов информационных систем являются специализированными медицинскими и наиболее релевантными для работы нефролога? 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).	3, 4
60.	ОПК-1	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? 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
61.	ОПК-1	Какое действие врача-нефролога соответствует принципам информационной	3

		<p>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. 	
62.	ОПК-1	<p>Для безопасного онлайн-консультирования пациента с артериальной гипертензией и ХБП врач-нефролог должен использовать:</p> <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. 	2
63.	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
64.	ОПК-1	<p>Врач-нефролог участвует в многоцентровом исследовании. Для безопасного обмена</p>	2

		<p>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. 	
65.	ОПК-1	<p>Что из перечисленного относится к обязательным организационным мерам по соблюдению требований к защите персональных данных в медицинской организации?</p> <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. 	2
66.	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
67.	ОПК-1	<p>Какое действие нарушает принципы этики и информационной безопасности при</p>	3

		<p>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. 	
68.	ОПК-1	<p>Информационно-коммуникационные технологии в нефрологии позволяют повысить 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. 	2, 4
69.	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. 	2

		<p>3. Целостность – гарантия точности и неизменности медицинских данных в процессе анализа.</p> <p>4. Актуальность – использование только самых последних данных из системы.</p>	
70.	ОПК-1	<p>Для ведения регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам СКD-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> <p>1. Электронная медицинская карта (ЭМК), встроенная в МИС лечебного учреждения.</p> <p>2. Специализированный нефрологический калькулятор (например, в виде мобильного приложения или онлайн-сервиса) для расчета СКФ, индекса массы тела, доз лекарств.</p> <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>	1, 2
71.	ОПК-1	<p>Для передачи информации, содержащей врачебную тайну, пациенту через мессенджеры (например, WhatsApp или Telegram) медицинскому работнику необходимо:</p> <p>1. Использовать только мессенджеры с функциями исчезающих сообщений</p> <p>2. Получить письменное согласие пациента на такой способ передачи</p> <p>3. Использовать только корпоративные информационные системы и защищенные каналы связи, соответствующие требованиям законодательства</p> <p>4. Передавать данные разрешено любым способом, так как пациент является их владельцем</p>	3
72.	ОПК-1	<p>Согласно новым требованиям к субъектам КИИ, все медицинские организации обязаны подключиться к:</p>	2

		<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 	
73.	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> <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 	2
74.	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
75.	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>	2

		<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 	
76.	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 3. Назначения немедикаментозного лечения без сбора анамнеза 4. Замены диализных процедур 	1
77.	ОПК-1	<p>Что понимается под "системой поддержки принятия врачебных решений" (СППВР) в контексте информационных технологий?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Электронная почта для консультаций с коллегами 2. Программное обеспечение, которое предоставляет врачу персонализированные рекомендации по диагностике и лечению на основе анализа клинических данных пациента 3. Календарь для записи на прием 4. Справочник лекарственных средств в формате PDF 	2
78.	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врач утрачивает доступ к данным пациента до полного восстановления системы 	3

		<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>	
79.	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> <p>3. Отправку СМС-уведомлений родственникам</p> <p>4. Блокировку всех действий врача при малейшем подозрении на сбой</p>	2
80.	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
81.	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>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Предпочтения страховой компании 2. Ожидаемую продолжительность жизни и функциональный статус пациента 3. Марку оборудования в процедурном кабинете 4. Наличие у пациента домашних животных 	
82.	ОПК-1	<p>При увольнении или переходе в другое отделение, каковы ваши действия в отношении учетных записей в информационных системах больницы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ничего не делать, система заблокирует доступ автоматически через год 2. Сообщить администратору системы для блокировки/деактивации учетной записи и сдать пропуск/токены 3. Передать свой пароль коллеге, который остается работать 4. Сохранить доступ на случай, если понадобятся старые данные 	2
83.	ОПК-1	<p>Какие меры предосторожности следует соблюдать при использовании облачных сервисов (например, Яндекс.Диск, Google Drive) для хранения рабочих документов?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Можно хранить любые документы, так как это удобно 2. Хранить только документы, прошедшие проверку на вирусы 3. Не использовать публичные облака для хранения персональных данных и врачебной тайны без дополнительного шифрования; использовать сертифицированные корпоративные облачные решения 4. Хранить документы только в запароленных архивах 	3
84.	ОПК-1	<p>Что необходимо сделать перед утилизацией (выбрасыванием) бумажных документов, содержащих персональные данные пациентов?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сдать их в макулатуру 	2

		<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 неположенном месте на территории больницы</p>	
85.	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> <ol 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>	<p>1 - В</p> <p>2 - А</p> <p>3 - Б</p> <p>4 - Г</p>
86.	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> <ol 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> <p>Б. Окончательная верификация морфологического диагноза при гломерулопатиях, неясной</p>	<p>1 - В</p> <p>2 - Б</p> <p>3 - А</p> <p>4 - Г</p>

		<p>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>	
87.	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-нефропатия (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>
88.	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 лежа и стоя). 	<p>2, 1, 4, 5, 3, 6</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>	
89.	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
90.	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
91.	ОПК-4	Пациент, 45 лет, доставлен скорой помощью с жалобами на резкую боль в пояснице	Предполагаемый

		<p>слева, irradiрующую 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>диагноз: Почечная колика, обусловленная мочекаменной болезнью (конкремент левого мочеточника). Обоснование: острое начало, характерный болевой синдром с irradiацией, макрогематурия, положительный симптом Пастернацкого, беспокойное поведение пациента. 2. Диагностический алгоритм: Экстренно: Общий анализ мочи (ождается макрогематурия, возможно кристаллурия, лейкоцитуря), общий анализ крови (возможен</p>
--	--	---	---

			<p>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 почек и</p>
--	--	--	--

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

			удаление).
92.	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 оценки скорости</p>

			<p>клубочковой фильтрации), мочевины, альбумин крови, общий белок крови, липидный спектр.</p> <p>Иммунологические: 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>Инструментальные: УЗИ почек</p>
--	--	--	--

			<p>(для исключения анатомических аномалий, оценки размеров и экзогенности).</p> <p>Обоснование:</p> <p>Комплекс исследований направлен на подтверждение гломерулярной природы поражения, установление этиологии (связь со стрептококком), оценку тяжести функциональных нарушений и исключение других причин гломерулонефрита.</p>
93.	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, мочевина 38 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л.</p> <p>Вопрос: Какой синдром является ведущим в данной клинической картине? Опишите план</p>	<p>1. Ведущий синдром: Уремический синдром (интоксикация продуктами азотистого обмена), обусловленный</p>

		<p>вашего клинического обследования данного пациента (цель – уточнение стадии и причины ХБП, выявление осложнений).</p>	<p>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 дна (для оценки</p>
--	--	---	---

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

			<p>Сердечно-сосудистый риск: ЭКГ (особенно важно при гиперкалиемии), ЭхоКГ, липидный спектр.</p> <p>Подготовка к заместительной почечной терапии:</p> <p>Обследование сосудистого доступа (УЗИ сосудов предплечья), консультация сосудистого хирурга.</p>
94.	ОПК-4	<p>Пациент 58 лет жалуется на периодические ноющие боли в пояснице, слабость, снижение аппетита. В биохимическом анализе крови: креатинин 220 мкмоль/л, мочевины 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>
95.	ОПК-4	<p>На амбулаторном приеме пациент 45 лет с длительным анамнезом артериальной гипертензии. При расспросе выяснилось, что в последнее время он отмечает появление пенистой мочи и пастозность голеней к вечеру.</p>	<p>1. Общий анализ мочи</p> <p>2.</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>Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, расчет СКФ)</p>
96.	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>
97.	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>	3
98.	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-EPI, 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>1) С1 (СКФ >90) с альбуминурией.</p>	3

		<p>2) С2 (СКФ 60-89) с альбуминурией.</p> <p>3) С3а (СКФ 45-59) с альбуминурией А3.</p> <p>4) С4 (СКФ 15-29) с альбуминурией.</p>	
99.	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.</p> <p>2) Гиперкалиемический метаболический алкалоз.</p> <p>3) Венозные тромбозы (риск гиперкоагуляции).</p> <p>4) Гипертиреоз.</p>	1, 3
100.	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</p> <p>2. Острое почечное повреждение</p> <p>3. Хроническая болезнь почек 3 стадии</p> <p>4. Гипертоническая нефропатия</p>	1
101.	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</p> <p>2. Острый гломерулонефрит</p> <p>3. Диабетическая нефропатия</p> <p>4. Мочекаменная болезнь</p>	2

102.	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
103.	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
104.	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
105.	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"> Наличие единственной функционирующей почки Артериальная гипертензия 160/100 мм рт.ст. Нарушения свертываемости крови (МНО >1.5, тромбоциты < 80 000) Протеинурия 3.5 г/сут 	
106.	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"> Подагрическая нефропатия (уратная) Острая мочекислая нефропатия Интерстициальный нефрит, вызванный НПВП Реноваскулярная гипертензия 	1
107.	ОПК-4	<p>Синдром Фанкони (проксимальный канальцевый ацидоз с глюкозурией, аминокацидурией, фосфатурией) может развиваться при:</p> <ol style="list-style-type: none"> Множественной миеломе Гиперпаратиреозе Приеме препаратов лития Все перечисленное верно 	4
108.	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"> Дебют гипертензии в возрасте до 30 лет Наличие шума в проекции почечных артерий при аускультации живота Гипокалиемия на фоне приема диуретиков 	1, 2

		4. Стабильное течение гипертензии в течение 20 лет	
109.	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
110.	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
111.	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
112.	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

		или несколько верных ответов. 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.	
113.	ОПК-4	Для нефротического синдрома характерны все перечисленные лабораторные признаки, КРОМЕ: 1. Протеинурия более 3,5 г/сутки 2. Гипоальбуминемия 3. Гипергаммаглобулинемия 4. Гиперлипидемия	3
114.	ОПК-4	У больного с макрогематурией, возникшей на фоне фарингита, наличием пальпируемой пурпуры на нижних конечностях и болями в животе, наиболее вероятным диагнозом является: 1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит 2. IgA-нефropатия (болезнь Берже) 3. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) 4. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)	3
115.	ОПК-4	Для подтверждения ренального характера гематурии (гломерулярной протеинурии) наиболее информативным методом лабораторной диагностики является: 1. Проба Зимницкого 2. Фазово-контрастная микроскопия мочевого осадка	2

		<p>3. Бактериологический посев мочи</p> <p>4. Определение суточной протеинурии</p>	
116.	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
117.	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
118.	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
119.	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 	
120.	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
121.	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
122.	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

123.	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
124.	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
125.	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
126.	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
127.	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)														
128.	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. АНЦА-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>	
129.	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>	
130.	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.
131.	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, 	
132.	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.
133.	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.</p> <p>2. План лечения:</p> <p>Купирование гиперкалиемии:</p> <p>Кальция глюконат 10% 10-20 мл в/в (кардиопротекция), инсулин короткого действия с глюкозой в/в, сальбутамол ингаляционно.</p> <p>Назначение катионообменной смолы (полистиролсульфонат кальция) перорально или ректально.</p> <p>Контроль АД и протеинурии:</p> <p>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. Подготовка к ЗПТ: Обсуждение методов ЗПТ, обследование для формирования сосудистого доступа (УЗИ сосудов). Контроль: ежедневный контроль К⁺, креатинина, АД, диуреза, веса.</p>
134.	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>
135.	ОПК-5	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>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>
136.	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.	
137.	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
138.	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
139.	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 	
140.	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
141.	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
142.	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
143.	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) 	
144.	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
145.	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
146.	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
147.	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 	
148.	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
149.	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
150.	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
151.	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). 	
152.	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. 4. Такролимус в низких дозах. 	1
153.	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

154.	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
155.	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). 4. Уровень калия и фосфора. 	3
156.	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 	4

		иАПФ.	
157.	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
158.	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. 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. 	3
159.	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). 	3

		4. Снижение массы тела за сеанс диализа.	
160.	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
161.	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. Ультразвуковая оценка нижней полой вены (НПВ) и динамика веса. 4. Измерение центрального венозного давления (ЦВД). 	3
162.	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> <ol 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. 	3

		4. Для профилактики тромбозов.	
163.	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> <ol 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
164.	ОПК-5	<p>Контроль безопасности при применении циклофосфида у пациента с гломерулонефритом включает обязательный мониторинг всех перечисленных показателей, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общего анализа мочи (гематурия). 2. Общего анализа крови (лейкоциты, нейтрофилы). 3. Уровня глюкозы крови. 4. Функции печени (АЛТ, АСТ). 	3
165.	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. 	2

		4. Прямые вазодилататоры (миноксидил).	
166.	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
167.	ОПК-5	<p>Пациент с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (pСКФ 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 (БРА) для исключения побочных эффектов. 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). 	2
168.	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</p>	1

		<p>терапия. Какая схема поддерживающей терапии является предпочтительной с точки зрения эффективности и безопасности?</p> <p>5. ММФ в низких дозах. 6. Азатиоприн в низких дозах. 7. Циклоспорин в низких дозах. 8. Такролимус в низких дозах.</p>											
169.	ОПК-8	<p>Установите соответствие между группой пациентов (фактором риска) и основным профилактическим мероприятием, направленным на предотвращение развития или прогрессирования ХБП</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Группа пациентов (фактор риска)</th> <th>Основное профилактическое мероприятие</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа</td> <td>А. Регулярный контроль артериального давления, строгое соблюдение гипотензивной терапии и диеты с ограничением соли.</td> </tr> <tr> <td>2. Пациенты с артериальной гипертензией</td> <td>Б. Отказ от неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анальгетиков.</td> </tr> <tr> <td>3. Пациенты с ожирением и метаболическим синдромом</td> <td>В. Регулярный скрининг на микроальбуминурию, жесткий контроль гликемии и АД.</td> </tr> <tr> <td>4. Пациенты с привычным неконтролируемым приемом обезболивающих</td> <td>Г. Снижение массы тела, коррекция дислипидемии, повышение физической активности.</td> </tr> </tbody> </table>	Группа пациентов (фактор риска)	Основное профилактическое мероприятие	1. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа	А. Регулярный контроль артериального давления, строгое соблюдение гипотензивной терапии и диеты с ограничением соли.	2. Пациенты с артериальной гипертензией	Б. Отказ от неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анальгетиков.	3. Пациенты с ожирением и метаболическим синдромом	В. Регулярный скрининг на микроальбуминурию, жесткий контроль гликемии и АД.	4. Пациенты с привычным неконтролируемым приемом обезболивающих	Г. Снижение массы тела, коррекция дислипидемии, повышение физической активности.	<p>1 – В 2 – А 3 – Г 4 – Б</p>
Группа пациентов (фактор риска)	Основное профилактическое мероприятие												
1. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа	А. Регулярный контроль артериального давления, строгое соблюдение гипотензивной терапии и диеты с ограничением соли.												
2. Пациенты с артериальной гипертензией	Б. Отказ от неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анальгетиков.												
3. Пациенты с ожирением и метаболическим синдромом	В. Регулярный скрининг на микроальбуминурию, жесткий контроль гликемии и АД.												
4. Пациенты с привычным неконтролируемым приемом обезболивающих	Г. Снижение массы тела, коррекция дислипидемии, повышение физической активности.												
170.	ОПК-8	Установите соответствие между рекомендацией по здоровому образу жизни и ее	1 – Б										

		<p>обоснованием с точки зрения профилактики заболеваний почек</p> <p>Рекомендация</p> <p>1. Поддерживать адекватный питьевой режим (1.5-2 л в день при отсутствии противопоказаний).</p> <p>2. Ограничить потребление поваренной соли до 5 г/сутки.</p> <p>3. Ограничить потребление красного мяса и субпродуктов.</p> <p>4. Отказаться от курения.</p> <p>Обоснование для здоровья почек</p> <p>А. Способствует поддержанию нормального уровня мочевой кислоты и профилактике уратного нефролитиаза.</p> <p>Б. Обеспечивает нормальный диурез, снижает риск инфицирования мочевыводящих путей и образования концентрированной мочи, способствующей камнеобразованию.</p> <p>В. Позволяет контролировать артериальное давление, уменьшает гиперфильтрацию и нагрузку на клубочки почек.</p> <p>Г. Снижает риск развития реноваскулярных заболеваний и прогрессирования уже имеющейся ХБП.</p>	<p>2 – В 3 – А 4 – Г</p>
171.	ОПК-8	<p>Установите соответствие между нозологической формой и ключевым направлением санитарно-гигиенического просвещения пациента для профилактики осложнений</p> <p>Нозологическая форма</p> <p>1. Мочекаменная болезнь (нефролитиаз).</p> <p>2. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у</p> <p>Ключевое направление просвещения</p> <p>А. Обучение правилам асептики при проведении процедур, раннему выявлению признаков перитонита и инфекции.</p> <p>Б. Обучение принципам диеты в зависимости от типа камней (оксалаты,</p>	<p>1 – Б 2 – В 3 – А 4 – Г</p>

		<p>режима..</p> <p>3. ХБП 4-5 стадии, получающая лечение перитонеальным диализом.</p> <p>4. Пациенты с синдромом катетер-ассоциированной бактериурии.</p> <p>В. Обучение правилам интимной гигиены, режиму мочеиспускания, профилактике переохлаждения.</p> <p>Г. Обучение правилам ухода за постоянным мочевым катетером, важности регулярной его замены.</p>	
172.	ОПК-8	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога (или терапевта, консультирующегося по нефрологическим рискам) при проведении профилактического консультирования пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией, не имеющего диагноза ХБП.</p> <p>А) Оценка индивидуальных факторов риска (семейный анамнез по болезням почек, диабет, курение, прием нефротоксичных препаратов).</p> <p>Б) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина в крови и назначение анализа на альбуминурию/протеинурию.</p> <p>В) Формулировка конкретных рекомендаций по модификации образа жизни (ограничение соли, контроль АД, отказ от курения, адекватный питьевой режим).</p> <p>Г) Разъяснение пациенту связи между артериальной гипертензией и риском повреждения почек, целей профилактики.</p> <p>Д) Назначение (или коррекция) антигипертензивной терапии с нефропротективной целью (при необходимости).</p> <p>Е) Планирование динамического наблюдения (сроки контроля АД, анализов).</p>	$\Gamma \rightarrow A \rightarrow B \rightarrow B$ $\rightarrow D \rightarrow E$
173.	ОПК-8	<p>Этапы ведения пациента с диагностированной ХБП 3 стадии для профилактики прогрессирования и сердечно-сосудистых осложнений. Установите логическую последовательность профилактических мероприятий, которые должны быть инициированы или усилены у пациента с установленной ХБП 3а стадии.</p> <p>Действия:</p> <p>А) Назначение диеты с контролем потребления белка, калия и фосфора (по показаниям).</p>	$D \rightarrow B \rightarrow E \rightarrow A$ $\rightarrow \Gamma \rightarrow B$

		<p>Б) Оценка и достижение целевого уровня артериального давления (<130/80 мм рт.ст.).</p> <p>В) Вакцинация против гриппа, пневмококковой и COVID-19 инфекций.</p> <p>Г) Контроль и коррекция минерально-костных нарушений (уровень кальция, фосфора, ПТГ).</p> <p>Д) Отмена (или замена) всех потенциально нефротоксичных препаратов (НПВС, некоторые антибиотики и др.).</p> <p>Е) Скрининг и лечение сердечно-сосудистых факторов риска (дислипидемия, гипергликемия).</p>	
174.	ОПК-8	<p>Последовательность работы при выявлении бессимптомной лейкоцитурии в общем анализе мочи у взрослой женщины. Установите правильный алгоритм действий врача для профилактики хронизации инфекции и возможного развития рефлюкс-нефропатии или пиелонефрита.</p> <p>Действия:</p> <p>А) Назначение антибактериальной терапии согласно чувствительности возбудителя.</p> <p>Б) Сбор гинекологического анамнеза и рекомендация консультации гинеколога (для исключения воспалительных заболеваний половых органов).</p> <p>В) Проведение уронефрологического УЗИ для исключения обструкции, конкрементов, анатомических аномалий.</p> <p>Г) Направление на бактериологическое исследование мочи (посев) с определением чувствительности к антибиотикам.</p> <p>Д) Повторная беседа о правилах личной гигиены, особенностях мочеиспускания (рекомендация не терпеть), питьевом режиме.</p> <p>Е) Назначение повторного общего анализа мочи через 7-10 дней после проведенного лечения.</p>	<p>Б → Д → Г → В → А → Е</p>
175.	ОПК-8	<p>Пациент, 45 лет, с впервые выявленной гиперурикемией (уровень мочевой кислоты 520 мкмоль/л), без клинических проявлений подагры. Какие рекомендации по модификации образа жизни и питания вы ему дадите для профилактики урат-индуцированного поражения почек? Составьте краткую памятку для пациента.</p>	<p>Памятка должна включать:</p> <p>1. Питьевой режим: Увеличение потребления воды до 2-2.5 л/сут для снижения концентрации</p>

			<p>мочевой кислоты и профилактики кристаллизации.</p> <p>2. Диета:</p> <p>Ограничение продуктов, богатых пуринами (красное мясо, субпродукты, жирные бульоны, некоторые морепродукты).</p> <p>Ограничение фруктозы (сладкие газировки, соки, мед).</p> <p>Увеличение доли овощей, фруктов (кроме очень сладких), нежирных молочных продуктов.</p> <p>3. Отказ от алкоголя, особенно пива и крепких напитков.</p> <p>4.</p>
--	--	--	--

			<p>Нормализация массы тела (постепенно, без голодания и кетогенных диет, которые могут провоцировать повышение уровня мочевой кислоты).</p> <p>5. Регулярная физическая активность умеренной интенсивности.</p>
176.	ОПК-8	<p>В рамках диспансеризации у пациента 50 лет, страдающего артериальной гипертензией 10 лет, выявлена микроальбуминурия (30 мг/сут). Какие профилактические мероприятия и просветительскую беседу вы проведете, чтобы замедлить прогрессирование гипертензивной нефропатии? Перечислите ключевые тезисы беседы.</p>	<p>Ключевые тезисы беседы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение, что микроальбуминурия – ранний сигнал о повышенной нагрузке на почки из-за гипертензии. 2. Абсолютная необходимость строгого контроля АД: Целевой уровень

			<p>< 130/80 мм рт.ст., регулярный прием назначенных антигипертензивных препаратов (часто предпочтительны иАПФ или БРА, обладающие нефропротективным действием).</p> <p>3. Ограничение соли до <5 г/сут (убрать солонку, избегать полуфабрикатов, консервов).</p> <p>4. Отказ от курения и алкоголя.</p> <p>5. Контроль липидного спектра: (диета, статины по назначению).</p> <p>6. Регулярный (1 раз в 6-12 мес.) контроль уровня альбумина в</p>
--	--	--	--

			моче и креатинина крови.
177.	ОПК-8	Пациент, 38 лет, перенесший острый пиелонефрит, спрашивает о мерах профилактики рецидивов инфекций мочевых путей и их влияния на почки. Какие рекомендации вы предоставите? Особо остановитесь на немедикаментозных и гигиенических аспектах.	Рекомендации: 1. Питьевой режим: Обильное питье (вода, клюквенные морсы – с осторожностью при МКБ) для регулярного мочеиспускания и «промывания» мочевых путей. 2. Регулярное мочеиспускание: Не терпеть, опорожнять мочевой пузырь до и после полового акта. 3. Гигиена: Правильное подмывание (спереди назад), ношение хлопкового белья, отказ от агрессивных гигиенических

			<p>средств.</p> <p>4. Своевременная санация очагов инфекции (лечение кариеса, хронического тонзиллита).</p> <p>5. Избегание переохлаждения (особенно области поясницы и ног).</p> <p>6. Контрольные анализы мочи после курса лечения и далее 1-2 раза в год.</p>
178.	ОПК-8	<p>Первичная профилактика хронической болезни почек (ХБП) среди населения в значительной степени направлена на контроль основных модифицируемых факторов риска. Важнейшими из них являются артериальная гипертензия и _____.</p> <p>Регулярный скрининг этих состояний, их раннее выявление и эффективная терапия являются краеугольным камнем профилактических мероприятий.</p> <p>(Вставить термин/словосочетание)</p>	сахарный диабет
179.	ОПК-8	<p>При проведении санитарно-гигиенического просвещения пациентов с начальными стадиями ХБП или находящихся в группах риска, нефролог или терапевт должен рекомендовать соблюдение "почечной" диеты. Основными принципами такой диеты являются: ограничение поваренной соли до 5 г/сутки, контроль потребления белка в соответствии со стадией заболевания, отказ от продуктов, богатых фосфатами и калием (на поздних стадиях), а также _____ для снижения метаболической нагрузки на почки.</p>	<p>контроль калорийности пищи / борьба с ожирением / поддержание нормальной массы тела</p>

		(Вставить термин/словосочетание, дополните предложение)	(допустимы близкие по смыслу формулировки, подчеркивающие важность нормального веса).
180.	ОПК-8	<p>Для формирования здорового образа жизни с целью профилактики заболеваний почек в рамках работы с населением медицинский работник должен акцентировать внимание на следующих ключевых поведенческих факторах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Достаточное потребление чистой воды (1.5-2 л/сут при отсутствии противопоказаний). 2. Отказ от курения и злоупотребления алкоголем. 3. Регулярная умеренная физическая активность. 4. Недопущение бесконтрольного приема лекарственных средств, в первую очередь _____. <p>Назовите одну наиболее релевантную группу препаратов.</p>	нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) / анальгетики (например, ибупрофен, диклофенак).
181.	ОПК-8	<p>При проведении скринингового мероприятия в рамках Дня здоровья участковый терапевт выявил у пациента 45 лет с ожирением (ИМТ=32) и отягощенной наследственностью по сахарному диабету 2 типа уровень глюкозы в крови натощак 6,8 ммоль/л. Какое из следующих профилактических вмешательств является НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫМ для предотвращения развития ХБП у данного пациента?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное назначение ингибиторов АПФ для нефропротекции. 2. Рекомендовать консультацию уролога для исключения аномалий развития почек. 3. Назначить комплексное обследование для уточнения диагноза «предиабет/сахарный диабет» и дать рекомендации по модификации образа жизни (гипокалорийная диета, физическая активность). 4. Назначить ультразвуковое исследование почек для исключения поликистоза. 	3
182.	ОПК-8	Медицинская сестра нефрологического кабинета проводит беседу в «Школе здоровья»	1, 3

		<p>для женщин репродуктивного возраста. Какие из следующих рекомендаций являются НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМИ И ЭФФЕКТИВНЫМИ для профилактики рецидивирующих ИМП и предотвращения развития хронического пиелонефрита? Выберите два верных ответа</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендовать ежедневный прием клюквенного морса, так как проантоцианидины клюквы препятствуют адгезии бактерий к уроэпителию. 2. Советовать обязательно проводить гигиеническую обработку perineum после каждого акта дефекации по направлению сзади наперед. 3. Объяснить важность регулярного опорожнения мочевого пузыря (не реже чем каждые 3-4 часа), не допуская длительного застоя мочи. 4. Посоветовать профилактический прием низких доз антибиотиков после каждого полового акта. 	
183.	ОПК-8	<p>В рамках программы формирования здорового образа жизни для пациентов с гипертонической болезнью и высоким риском развития ХБП врач-нефролог дает рекомендации по питанию. Какие из перечисленных диетических советов являются ДОКАЗАННО ЭФФЕКТИВНЫМИ для нефропротекции и контроля артериального давления? Выберите два верных ответа</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Строгое ограничение потребления белка до 0,2-0,3 г/кг/сут для снижения нагрузки на почки. 2. Ограничение поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут). 3. Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов и нежирных молочных продуктов. 4. Полный отказ от кофе и других кофеинсодержащих напитков. 	2, 3
184.	ОПК-8	<p>Какие из перечисленных факторов образа жизни являются модифицируемыми (управляемыми) факторами риска развития хронической болезни почек (ХБП)? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст старше 60 лет 	2, 3

		<p>2. Чрезмерное потребление поваренной соли</p> <p>3. Неконтролируемая артериальная гипертензия</p> <p>4. Наследственная предрасположенность к поликистозу почек</p>	
185.	ОПК-8	<p>Какие меры санитарно-гигиенического просвещения наиболее эффективны для профилактики инфекций мочевыводящих путей (ИМП), которые могут осложняться поражением почек?</p> <p>1. Обучение правилам личной гигиены (особенно девочек и женщин)</p> <p>2. Рекомендация избегать переохлаждений</p> <p>3. Пропаганда своевременного опорожнения мочевого пузыря, недопущение привычки "терпеть"</p> <p>4. Все перечисленное</p>	4
186.	ОПК-8	<p>Какое из утверждений о нестероидных противовоспалительных препаратах (НПВП) является ВЕРНЫМ в контексте профилактики лекарственно-индуцированного поражения почек? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Их можно принимать длительно и безрецептурно при любых болях.</p> <p>2. Их следует с осторожностью применять у пожилых, пациентов с ХБП, сердечной недостаточностью, обезвоживанием.</p> <p>3. Сочетание нескольких НПВП усиливает обезболивающий эффект и безопасно для почек.</p> <p>4. Риск нефротоксичности выше при приеме НПВП вместе с ингибиторами АПФ или диуретиками.</p>	2, 4
187.	ОПК-8	<p>Целевые уровни артериального давления для пациентов с ХБП и протеинурией в рамках вторичной профилактики прогрессирования почечной недостаточности составляют:</p> <p>1. < 140/90 мм рт.ст.</p> <p>2. < 130/80 мм рт.ст.</p> <p>3. < 150/90 мм рт.ст.</p>	2

		4. < 125/75 мм рт.ст.	
188.	ОПК-8	<p>Основной целью санитарно-гигиенического просвещения пациентов, получающих заместительную почечную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ), является профилактика: Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доступ-ассоциированных инфекций (перитонита, инфицирования сосудистого доступа) 2. Нарушений диеты и питьевого режима 3. Гиподинамии 4. Профессиональной переподготовки 	1, 2
189.	ОПК-8	<p>Какие компоненты включает "здоровый" для почек образ жизни?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отказ от курения 2. Контроль массы тела, избегание ожирения 3. Регулярная умеренная физическая активность 4. Все перечисленное 	4
190.	ОПК-8	<p>Для профилактики острого почечного повреждения (ОПП) у пожилых пациентов необходимо избегать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бесконтрольного приема диуретиков 2. Состояний дегидратации (при лихорадке, диарее) 3. Планового контрастирования при КТ-исследованиях без оценки рисков 4. Все перечисленное 	4
191.	ОПК-8	<p>Пациент с сахарным диабетом 2 типа на первичном приеме. Какие рекомендации по образу жизни вы дадите для профилактики диабетической нефропатии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Строгое ограничение углеводов, увеличение доли животных белков в рационе. 	2

		<p>2. Достижение целевых уровней гликированного гемоглобина (HbA1c) и артериального давления, отказ от курения.</p> <p>3. Ежедневный прием аспирина для улучшения почечного кровотока.</p> <p>4. Ограничение физической активности для снижения нагрузки на почки.</p>	
192.	ОПК-8	<p>Какие из следующих утверждений о питьевом режиме для здоровья почек являются верными?</p> <p>1. Для профилактики мочекаменной болезни всем людям необходимо выпивать не менее 3-4 литров воды в сутки.</p> <p>2. Адекватное потребление жидкости (1,5-2,5 л/сут) снижает риск образования конкрементов и инфекций мочевых путей.</p> <p>3. При уже имеющейся ХБП 4-5 стадии необходимо резко увеличить потребление воды.</p> <p>4. Употребление сладких газированных напитков является безопасной альтернативой воде.</p>	2
193.	ОПК-8	<p>Какие лабораторные исследования являются минимально необходимыми для скрининга функции почек и раннего выявления ХБП у пациента с артериальной гипертензией?</p> <p>1. Только общий анализ мочи.</p> <p>2. Общий анализ мочи, определение креатинина сыворотки с расчетом СКФ.</p> <p>3. Суточный анализ мочи на белок и мочевую кислоту.</p> <p>4. Ультразвуковое исследование почек и радиоизотопная ренография.</p>	2
194.	ОПК-8	<p>пациенту с диагностированной подагрой для профилактики уратной нефропатии и нефролитиаза рекомендуется:</p> <p>1. Соблюдение низкопуриновой диеты, достаточное потребление жидкости, алкализация мочи.</p> <p>2. Ограничение жидкости для снижения нагрузки на почки.</p> <p>3. Бессолевая диета как основной метод профилактики.</p> <p>4. Регулярный прием антибиотиков для профилактики пиелонефрита.</p>	1

195.	ОПК-8	<p>Какое из следующих утверждений о связи курения и здоровья почек является НЕВЕРНЫМ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Курение является независимым фактором риска развития и прогрессирования ХБП. 2. Курение ускоряет поражение почек у пациентов с сахарным диабетом. 3. Курение не влияет на эффективность антигипертензивной терапии. 4. Отказ от курения — важнейший компонент профилактики почечных и сердечно-сосудистых осложнений. 	3
196.	ОПК-8	<p>При проведении профилактического осмотра у молодого человека без жалоб выявлена протеинурия 0,15 г/л. Ваши первоначальные действия в рамках вторичной профилактики?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное направление на биопсию почки. 2. Назначение глюкокортикостероидов. 3. Рекомендация повторить общий анализ мочи через 1-2 недели, оценить возможные причины (физическая нагрузка, лихорадка накануне). 4. Уверенность в ошибке лаборатории и игнорирование результата. 	3
197.	ОПК-8	<p>КАКАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обильное питье при лечении антибиотиками 2. Ограничение поваренной соли 3. Исключение бесконтрольного приема анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов 4. Ежегодное санаторно-курортное лечение 	3
198.	ОПК-8	ПАЦИЕНТУ С ДИАГНОЗОМ "МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ" В РАМКАХ	2

		<p>ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЛЕДУЕТ ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полное исключение кальция из рациона 2. Обильное питье (до 2-2,5 л/сут) при отсутствии противопоказаний 3. Прием больших доз аскорбиновой кислоты 4. Диету с преобладанием мясных продуктов 	
199.	ОПК-8	<p>ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В "ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ" НАПРАВЛЕНО НА ПРОФИЛАКТИКУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекционных осложнений 2. Реноваскулярной гипертензии 3. Поражения почек как органа-мишени (вторичной нефропатии) 4. Ортостатических реакций 	3
200.	ОПК-8	<p>КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ХБП?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение уровня гемоглобина 2. Положительный азотистый баланс 3. Стабилизация или замедление темпа снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 4. Исчезновение отеков 	3
201.	ОПК-8	<p>КЛЮЧЕВЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Борьба с мальнутрицией 	2

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Достижение целевых уровней артериального давления и коррекция дислипидемии 3. Периодическая плазмафильтрация 4. Ограничение физической активности 	
202.	ОПК-8	<p>ВАШ ПАЦИЕНТ С ХБП 3а СТАДИИ СПРАШИВАЕТ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ. ЧТО ВЫ ЕМУ ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вакцинация противопоказана всем пациентам с заболеваниями почек 2. Проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и гриппа 3. Вакцинация возможна только живыми вакцинами 4. Вакцинация проводится только перед началом диализа 	2
203.	ОПК-8	<p>В РАМКАХ КОНСУЛЬТАЦИИ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПАЦИЕНТУ С МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Высокобелковую диету (палео-диета) 2. Снижение массы тела и регулярную физическую активность 3. Прием растительных нефропротекторов (клюквенный морс) 4. Увеличение потребления поваренной соли для стимуляции диуреза 	2
204.	ОПК-8	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Динамическое наблюдение до родов 2. Назначение антибактериальной терапии 3. Обильное подкисленное питье 	2

		4. Немедленная госпитализация в урологический стационар	
205.	ОПК-8	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение процедуры на фоне дегидратации 2. Назначение петлевых диуретиков до процедуры 3. Адекватная гидратация изотоническими растворами до и после процедуры 4. Плановый гемодиализ сразу после исследования 	3
206.	ОПК-8	<p>ПОНЯТИЕ "НЕФРОПРОТЕКЦИЯ" ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение активного нефрита иммунодепрессантами 2. Замедление темпов прогрессирования ХБП и снижение риска сердечно-сосудистой смертности 3. Удаление токсинов с помощью диализа 4. Защиту почек от травматического повреждения 	2
207.	ОПК-8	<p>КАКОЕ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНО ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ И ТОФУСАМИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение употребления субпродуктов (печень, почки) и красного мяса 2. Увеличение потребления молочных продуктов высокой жирности 3. Полное голодание для снижения веса 4. Исключение всех круп из рациона 	1

208.	ОПК-8	<p>ПАЦИЕНТА С ХБП 4 СТАДИИ НЕОБХОДИМО СВОЕВРЕМЕННО НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЧАЛЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ЗПТ). ЭТО МЕРОПРИЯТИЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичной 2. Вторичной 3. Третичной 4. Четвертичной 	3
209.	ОПК-8	<p>ПРИ БЕСЕДЕ С МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНОЙ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ, И ИМЕЮЩЕЙ В АНАМНЕЗЕ ОДИН ЭПИЗОД ПИЕЛОНЕФРИТА, СЛЕДУЕТ АКЦЕНТИРОВАТЬ ВНИМАНИЕ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимости прерывания беременности 2. Регулярном контроле анализов мочи в течение всего срока беременности 3. Профилактическом приеме антибиотиков с первого дня зачатия 4. Категорическом отказе от грудного вскармливания 	2
210.	ОПК-8	<p>ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТА С ХБП 1-2 СТАДИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Освоение методики самостоятельного подсчета скорости клубочковой фильтрации 2. Отказ от курения, контроль массы тела и артериального давления 3. Полный переход на вегетарианскую диету 4. Самостоятельную отмену гипотензивных препаратов при нормализации давления 	2

211.	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 2 – Б 3 – А 4 – Г 5 – В</p>
212.	ОПК-9	<p>Установите соответствие между видом поручения младшему/среднему медицинскому персоналу и целью его организации в нефрологическом отделении.</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. 	<p>1 – В 2 – А 3 – Д 4 – Г 5 – Б</p>

		<p>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> <p>Правая колонка (Цель организации): А. Раннее выявление и профилактика возможных инфекционных осложнений, связанных с инвазивными устройствами. Б. Мониторинг риска жизнеугрожающих осложнений (гиперкалиемия) и оценки функции почек для коррекции терапии. В. Оценка задержки жидкости и эффективности диуретической терапии при нефротическом синдроме или острой почечной недостаточности. Г. Обеспечение безопасности и подготовительного этапа экстракорпорального метода лечения. Д. Формирование приверженности к лечению и профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациента, готовящегося к диализу.</p>	
213.	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): 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> <p>Правая колонка (Основной документ для фиксации): А. Назначения в листе назначений истории болезни. Результат – в дневнике курации и результатах анализов. Б. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (отдельный бланк). Назначение и результат – в истории болезни, возможно, протокол врачебной комиссии. В. Назначение в листе назначений. Результат (факт проведения и основные параметры) – в отдельном листе учета диализных процедур и дневнике курации. Г. Назначение в листе назначений как регулярное наблюдение. Результат – в температурном</p>	<p>1 – Б 2 – А 3 – Г 4 – В 5 – Д</p>

		<p>листе и/или дневнике курации.</p> <p>Д. Запись в листе консультаций истории болезни. Результат – заключение консультанта в истории болезни.</p>	
214.	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
215.	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> <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. 	5 - 1 - 4 - 2 - 3

		<p>3. Проконтролировать выполнение процедуры (косвенно или прямо) и оценить запись о результатах в медицинской документации.</p> <p>4. Выдать устное распоряжение медицинской сестре о необходимости выполнения назначения.</p> <p>5. Ознакомиться с письменным назначением, сделанным ранее в истории болезни или листе назначений.</p>	
216.	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
217.	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 часа пребывания пациента в стационаре.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстренное оформление медицинской карты стационарного больного. 2. Назначение и немедленное выполнение

			<p>лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимия (креатинин, мочеви́на, калий, натрий, кальций, фосфаты, бикарбонаты), коагулограмма, общий анализ мочи.</p> <p>3. ЭКГ для оценки рисков гиперкалиемии.</p> <p>4. Осмотр сосудистого хирурга для планирования доступа для диализа с оформлением консультативной записи.</p> <p>5. Внесение в историю болезни информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, включая</p>
--	--	--	--

			<p>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>
218.	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 диализата для микроскопии и посева.</p> <p>2. Организовать забор крови пациента на</p>

			<p>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» периодом или изменении режима диализа.</p> <p>5. Связаться с дежурным врачом/заведую</p>
--	--	--	--

			<p>щим для согласования диагноза «Острый перитонит на ПД» и тактики.</p> <p>б.</p> <p>Документирован ие: Запись в истории болезни о жалобах, осмотре, проведенных действиях. Заполнение специального бланка регистрации перитонита при ПД. Оформление направления в лабораторию.</p>
219.	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.</p> <p>Оборудование: Подготовить палату/койку, аппарат ЭКГ, дефибриллятор на случай аритмии.</p>

			<p>2. Медикаменты: Приготовить 10% раствор глюконата кальция, инсулин короткого действия с 40% глюкозой, сальбутамол для ингаляции, раствор бикарбоната натрия.</p> <p>3. Документация: Завести «Лист интенсивного наблюдения», подготовить бланки направлений на экстренные анализы (креатинин, мочевина, электролиты, КЩС).</p> <p>4. Действия: При поступлении немедленно</p>
--	--	--	--

			подключить пациента к кардиомонитору, обеспечить венозный доступ (периферически и центральный), взять кровь на анализ по указанию врача, быть готовой к проведению экстренного гемодиализа.
220.	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>	синдром артериальной гипертензии (или: артериальная гипертензия).
221.	ОПК-9	<p>При ведении медицинской документации, в частности, при оформлении листка назначений, необходимо четко регламентировать проведение процедур. Вставьте 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>	артериального давления (АД).

222.	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+).
223.	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
224.	ОПК-9	<p>При обходе пациента с острым канальцевым некрозом на фоне сепсиса заведующий 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>	2, 4

		<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. 	
225.	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, кровотоки, параметры диализатора, целевой вес). 3. Результаты общего анализа мочи при поступлении. 4. Рекомендации по общему режиму дня и отдыху. 	2
226.	ОПК-9	<p>Какой из перечисленных документов является обязательным для заполнения при поступлении пациента в нефрологическое отделение стационара?</p> <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 	2
227.	ОПК-9	Какие сведения должны быть обязательно отражены в дневнике врача нефролога в	1, 4

		<p>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) 	
228.	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
229.	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
230.	ОПК-9	<p>Какой документ оформляется при направлении пациента из нефрологического отделения 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 	2

231.	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
232.	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
233.	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
234.	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 	1

		<p>организовать госпитализацию</p> <p>2. Выписать рецепт и отпустить пациента домой</p> <p>3. Перенаправить пациента в поликлинику по месту жительства</p> <p>4. Сообщить родственникам по телефону</p>	
235.	ОПК-9	<p>Кто утверждает план работы и отчеты о деятельности нефрологического отделения?</p> <p>1. Старшая медицинская сестра</p> <p>2. Заведующий отделением</p> <p>3. Процедурная медицинская сестра</p> <p>4. Главная медицинская сестра больницы</p>	2
236.	ОПК-9	<p>Какой документ является основным для передачи информации о пациенте при переводе его из нефрологического отделения в реанимацию?</p> <p>1. Листок нетрудоспособности</p> <p>2. Переводной эпикриз (запись в истории болезни)</p> <p>3. Табель учета рабочего времени персонала</p> <p>4. Журнал учета движения больных</p>	2
237.	ОПК-9	<p>Какие действия врача-нефролога обеспечивают преемственность в лечении пациента при передаче дежурства? Выберите два правильных варианта</p> <p>1. Устный доклад дежурному врачу об особенностях состояния тяжелых больных</p> <p>2. Передача ключей от кабинета</p> <p>3. Внесение записей в историю болезни о состоянии пациентов и плане действий на время дежурства</p> <p>4. Составление отчета для страховой компании</p>	1, 3
238.	ОПК-9	<p>Контроль за правильностью хранения и учета сильнодействующих лекарственных</p>	2

		<p>препаратов в нефрологическом отделении осуществляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санитарка 2. Старшая медицинская сестра под руководством заведующего отделением 3. Бухгалтер 4. Родственники пациентов 	
239.	ОПК-9	<p>В каких случаях решение о необходимости проведения диализа пациенту должно быть зафиксировано в медицинской документации коллегиально?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
240.	ОПК-9	<p>Кто отвечает за непосредственное руководство медицинским персоналом диализного центра в течение смены?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Главный врач 2. Старшая медицинская сестра 3. Врач (дежурный или смены) 4. Администратор центра 	3
241.	ОПК-9	<p>Какой документ является основополагающим для определения тактики лечения 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 	2

		4. Устав медицинской организации	
242.	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
243.	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
244.	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 2. При возникновении конфликтной ситуации между медсестрами 3. При подозрении на врачебную ошибку 4. При отказе пациента от лечения 	1

245.	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
246.	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
247.	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. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 № 17н 3. Клинические рекомендации (Национальное руководство) по нефрологии 4. Трудовой кодекс РФ 	2

248.	ОПК-9	<p>КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ-НЕФРОЛОГ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР? (Выберите два верных ответа)</p> <ol 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
249.	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> <ol 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
250.	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленно, в день выдачи 2. В течение 3 календарных дней 3. В течение 3 рабочих дней 	3

		4. При закрытии больничного (в последний день)							
251.	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> <ol 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						
252.	ОПК-9	<p>При оформлении статистической карты вышедшего из стационара (форма 066/у-04) на пациента с хроническим гломерулонефритом, какие коды обязан проверить и указать врач?</p> <ol 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						
253.	ПК-1	<p>Установите соответствие между видом заместительной почечной терапии (ЗПТ) и его характеристикой или ключевым элементом. К каждому виду ЗПТ подберите одну соответствующую характеристику.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Вид ЗПТ</th> <th>Характеристика / Ключевой элемент</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Гемодиализ (ГД)</td> <td>А. Использование биологической мембраны (брюшины) в качестве диализующей поверхности.</td> </tr> <tr> <td>2. Перитонеальный диализ (ПД)</td> <td>Б. Необходимость сосудистого доступа (артерио-венозная фистула, катетер).</td> </tr> </tbody> </table>	Вид ЗПТ	Характеристика / Ключевой элемент	1. Гемодиализ (ГД)	А. Использование биологической мембраны (брюшины) в качестве диализующей поверхности.	2. Перитонеальный диализ (ПД)	Б. Необходимость сосудистого доступа (артерио-венозная фистула, катетер).	1 – Б 2 – А 3 – В 4 – Г
Вид ЗПТ	Характеристика / Ключевой элемент								
1. Гемодиализ (ГД)	А. Использование биологической мембраны (брюшины) в качестве диализующей поверхности.								
2. Перитонеальный диализ (ПД)	Б. Необходимость сосудистого доступа (артерио-венозная фистула, катетер).								

		<p>3. Гемофильтрация</p> <p>4. Гемодиализация</p>	<p>В. Преобладающий механизм удаления токсинов за счет конвекции (ультрафильтрации).</p> <p>Г. Сочетание двух механизмов очищения: диффузии и конвекции.</p>	
254.	ПК-1	<p>Установите соответствие между клинической ситуацией или риском у пациента с терминальной почечной недостаточностью и методом ЗПТ, который предпочтителен для минимизации данного риска</p>		<p>1 – А 2 – Б 3 – В 4 – Г</p>
		<p>Клиническая ситуация / Риск</p> <p>1. Пациент с нестабильной гемодинамикой, тяжелой сердечной недостаточностью, у которого резкие колебания объема и АД на процедуре опасны.</p> <p>2. Молодой активный пациент, желающий сохранить социальную и профессиональную активность, без противопоказаний со стороны брюшной полости.</p> <p>3. Пациент с выраженной катаболической 状態 (распад белка), нуждающийся в максимально эффективном очищении от средних молекул.</p> <p>4. Пациент после трансплантации почки в период острой дисфункции трансплантата, требующий временной поддержки.</p>	<p>Предпочтительный метод ЗПТ</p> <p>А. Перитонеальный диализ</p> <p>Б. Автоматический перитонеальный диализ (АПД)</p> <p>В. Домашний ночной гемодиализ</p> <p>Г. Пролонгированный (slow low-efficiency) гемодиализ</p>	
255.	ПК-1	<p>Установите соответствие между методом заместительной почечной терапии (ЗПТ) и его ключевыми характеристиками/показаниями.</p> <p>Методы ЗПТ: А) Программный гемодиализ</p>		<p>А – 2 Б – 1 В – 3</p>

		<p>Б) Перитонеальный диализ В) Продолженная вено-венозная гемофильтрация (ПВВГФ)</p> <p>Характеристики/Показания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводится через катетер в брюшной полости, использует брюшину как полупроницаемую мембрану; подходит для пациентов с сохраненным остаточным диурезом и желающих сохранить мобильность. 2. Стандартный процедурный режим, обычно 3 раза в неделю по 4 часа; требует создания сосудистого доступа (артериовенозной фистулы или синтетического протеза) и работы на диализном аппарате. 3. Метод заместительной почечной терапии, наиболее подходящий для пациентов в отделении реанимации с нестабильной гемодинамикой, полиорганной недостаточностью или тяжелым сепсисом. 	
256.	ПК-1	<p>Подготовка пациента и системы к процедуре гемодиализа. Установите правильную последовательность действий медицинского персонала перед началом сеанса гемодиализа.</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пункция сосудистого доступа (артериовенозной фистулы). 2. Визуальная проверка целостности диализатора и магистралей. 3. Введение болюса гепарина в диализный контур. 4. Программирование параметров диализа на аппарате (Qb, Qd, время, UF). 5. Промывка и заполнение диализного контура физиологическим раствором. 6. Подсоединение артериальной и венозной магистралей к сосудистому доступу пациента. 7. Оценка состояния сосудистого доступа (пальпация, аускультация). 	2 → 5 → 4 → 7 → 1 → 3 → 6
257.	ПК-1	<p>Алгоритм действий при развитии гипотензии во время сеанса гемодиализа. Установите логическую последовательность действий врача/персонала при резком снижении артериального давления у пациента на гемодиализе.</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прекратить ультрафильтрацию (UF=0). 2. Ввести болюс физиологического раствора по протоколу. 	3 → 5 → 1 → 4 → 2 → 7 → 6

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Оценить состояние пациента (АД, пульс, сознание, жалобы). 4. Уложить пациента в положение Тренделенбурга (с приподнятым ножным концом). 5. Снизить скорость кровотока (Qb) до 100-150 мл/мин. 6. Восстановить параметры диализа по мере стабилизации состояния. 7. Аспирировать содержимое из ротовой полости при риске аспирации (при тошноте, рвоте). 	
258.	ПК-1	<p>Этапы подготовки и начала проведения перитонеального диализа (CAPD). Установите правильную последовательность шагов при выполнении процедуры обмена раствора при постоянном амбулаторном перитонеальном диализе (CAPD).</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подсоединение нового пакета с диализным раствором. 2. Дренаж отработанного диализата из брюшной полости. 3. Введение свежего диализного раствора в брюшную полость. 4. Отсоединение пустого дренажного пакета и закрытие порта 5. Промывка линии 6. Подготовка материалов и гигиеническая обработка рук. 7. Подключение системы к катетеру (после асептической обработки места выхода). 	<p>6 → 7 → 2 → 5 → 1 → 3 → 4</p>
259.	ПК-1	<p>Пациент, 58 лет, на программном гемодиализе (ГД) по поводу ХБП 5Д вследствие диабетической нефропатии, обратился с жалобами на выраженную мышечную слабость, перебои в работе сердца. На ЭКГ: высокий заостренный зубец Т, укорочение интервала QT. Какое неотложное лабораторное исследование вы должны назначить в первую очередь и почему? Каков наиболее вероятный патогенез данного состояния у данного пациента и каковы будут ваши действия?</p>	<p>Исследование: Срочное определение уровня калия в сыворотке крови (К+). Клиника и ЭКГ характерны для тяжелой гиперкалиемии. 2. Патогенез: У пациента с диабетом часто есть гипоренинемический</p>

			<p>гипоальдостеронизм (IV тип почечного канальцевого ацидоза), приводящий к нарушению экскреции калия. На фоне ГД междиализный прирост K^+ может быть значительным.</p> <p>3. Действия: Немедленное начало сеанса ГД с безкалиевым диализатом (или с минимальной концентрацией K^+ 1-2 ммоль/л), контроль ЭКГ. До начала ГД – медикаментозная терапия: кальция глюконат в/в для стабилизации мембраны кардиомиоцитов, инсулин с глюкозой,</p>
--	--	--	---

			сальбутамол для временного перевода калия в клетки.
260.	ПК-1	У пациента на амбулаторном автоматическом перитонеальном диализе (ПД) появились мутность перитонеального диализата и разлитые боли в животе. Опишите ваш алгоритм действий от момента обращения пациента: диагностические мероприятия, эмпирическую терапию, критерии выбора антибиотика, принципы коррекции режима диализа. Что является ключевым лабораторным исследованием для подтверждения диагноза?	<p>Алгоритм: Сбор анамнеза, осмотр, срочный забор перитонеального диализата для анализа (количество лейкоцитов, нейтрофилов, посев).</p> <p>2. Диагноз: Перитонит, связанный с ПД. Ключевой тест: количество лейкоцитов в диализате >100/мкл с преобладанием нейтрофилов (>50%).</p> <p>3. Терапия: Немедленное начало эмпирической внутрибрюшинной</p>

			<p>антибиотикотерапии, покрывающей грамположительную (цефазолин/ванкомицин) и грамотрицательную флору (цефтазидим/гентамицин). Антибиотик выбирается с учетом локальной резистентности, функции почек (для системной абсорбции).</p> <p>4. Коррекция диализа: Добавление гепарина в растворы для предотвращения образования фибриновых сгустков, возможно, увеличение частоты обменов с коротким временем</p>
--	--	--	---

			<p>пребывания для улучшения клиренса и удаления воспалительных медиаторов. После получения посева – коррекция антибиотика по чувствительности.</p>
261.	ПК-1	<p>Пациент на гемодиализе поступает с жалобами на сильные боли в костях, перелом при минимальной травме, кожный зуд. При обследовании: ПТГ 1200 пг/мл, кальций 2,3 ммоль/л, фосфор 2,5 ммоль/л. Оцените минерально-костные нарушения. Какой диагноз ставят при таких изменениях? Какая тактика лечения (медикаментозная и экстракорпоральная) показана пациенту? Какой параметр гемодиализа может быть скорректирован для улучшения контроля фосфора?</p>	<p>1. Оценка: Тяжелый вторичный гиперпаратиреоз с высоким обменом костной ткани. 2. Диагноз: Почечная остеодистрофия по фиброзно-кистозному остеиту. 3. Тактика: Медикаментозная: Активные метаболиты витамина D (парикальцитол)</p>

			или кальцимитетики (цинакальцет) для снижения ПТГ. Экстракорпоральная: Рассмотрение вопроса о паратиреоидэктомии при неэффективности и медикаментозной терапии. 4. Коррекция ГД: Увеличение времени процедуры или частоты сеансов улучшает удаление фосфора.
262.	ПК-1	Для начала проведения процедуры гемодиализа необходимо обеспечить сосудистый доступ. Долговременным доступом, создаваемым хирургическим путем путем соединения артерии и вены, является _____. (Вставить термин)	артериовенозная фистула (АВФ, нативная фистула).
263.	ПК-1	При проведении перитонеального диализа для оценки адекватности дозы диализа используются два ключевых показателя: общий клиренс малых молекул, выражаемый как _____, и остаточная функция почек (суточный диурез). (Вставить термин)	Кt/V (ка-тэ-на-вэ).

264.	ПК-1	<p>Одним из наиболее серьезных и острых осложнений во время сеанса гемодиализа, связанным с быстрым удалением осмотически активных веществ и опережающим снижением осмоляльности плазмы относительно внутриклеточной жидкости, является _____.</p> <p>(Вставить термин)</p>	<p>диализный дисбаланс (диализный дискомфорт, синдром дисэквилибриума).</p>
265.	ПК-1	<p>Показания к экстренному началу заместительной почечной терапии (ЗПТ) у пациента с терминальной хронической болезнью почек (тХБП).</p> <p>Пациент с тХБП 5 стадии (СКФ 8 мл/мин) поступил в отделение с жалобами на нарастающую одышку в покое, ортопноэ, периферические отеки. При осмотре: АД 180/110 мм рт.ст., частота дыхания 28 в минуту, в легких влажные хрипы в нижних отделах. Сатурация кислорода 92%.</p> <p>Выберите ОДИН верный вариант ответа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основным показанием к экстренному началу ЗПТ в данной ситуации является выраженная гиперкалиемия. 2. Пациенту показано плановое начало гемодиализа через неделю после дообследования. 3. Клиническая картина соответствует угрожающему жизни состоянию — отеку легких на фоне перегрузки объемом, что является показанием к срочному сеансу ультрафильтрации/гемодиализа. 4. Необходимо начать терапию перитонеальным диализом, так как он более безопасен при острой сердечной недостаточности. 	3
266.	ПК-1	<p>Оценка адекватности гемодиализа.</p> <p>При оценке эффективности программного гемодиализа у пациента с тХБП используются различные расчетные показатели.</p> <p>Выберите два верных ответа</p>	1, 4

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Достаточным считается еженедельный стандартизированный Kt/V urea не менее 1.2 для гемодиализа, проводимого 3 раза в неделю. 2. Целевой уровень снижения мочевины за сеанс (URR) должен составлять менее 50%. 3. Оценка клиренса фосфатов является более точным методом оценки дозы диализа, чем Kt/V, и используется в рутинной практике. 4. Для комплексной оценки адекватности диализа необходимо учитывать не только дозу диализа (Kt/V), но и контроль гипергидратации, уровни гемоглобина, фосфора, кальция и нутритивный статус пациента. 	
267.	ПК-1	<p>Медсестра при проведении плановой смены раствора для перитонеального диализа у пациента отметила помутнение вытекающего диализата. У пациента незначительно повышена температура тела (37.4°C), болезненность живота при пальпации минимальна.</p> <p>Выберите ОДИН верный вариант ответа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Помутнение вытекающего диализата чаще всего связано с гиперлипидемией и не требует срочных действий. 2. Данная картина в первую очередь подозрительна на развитие перитонита. Необходимо срочно отправить диализат на цитологическое исследование (подсчет лейкоцитов) и посев, оценить симптомы у пациента и начать эмпирическую антибактериальную терапию в соответствии с протоколом. 3. Необходимо немедленно удалить перитонеальный катетер, так как это признак инфицирования туннеля. 4. Следует увеличить концентрацию глюкозы в диализном растворе для улучшения фильтрации, и проблема разрешится самостоятельно. 	3
268.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных показаний являются абсолютными для начала программного гемодиализа? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия > 6,5 ммоль/л, резистентная к консервативной терапии. 2. Клубочковая фильтрация (СКФ) < 15 мл/мин/1.73 м². 3. Тяжелый метаболический ацидоз (рН < 7.2), не поддающийся коррекции. 4. Рефрактерные к терапии периферические отеки. 	1, 3

269.	ПК-1	<p>У пациента на перитонеальном диализе развился перитонит. Какие критерии подтверждают диагноз?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Помутнение перитонеального эффлюента и абдоминальная боль. 2. Помутнение перитонеального эффлюента, количество лейкоцитов в нем > 100/мкл с долей нейтрофилов > 50%. 3. Положительный посев перитонеального эффлюента при отсутствии клиники. 4. Повышение температуры тела > 37.5°C и боль в области катетера. 	2
270.	ПК-1	<p>Признаками синдрома дисэквилибрия (диализного дисбаланса) являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Головная боль, тошнота, рвота, артериальная гипертензия во время процедуры. 2. Судороги, резкая слабость, гипотензия в середине или конце процедуры. 3. Головная боль, спутанность сознания, судороги, возникающие к концу или после процедуры гемодиализа. 4. Озноб, лихорадка, гипотензия через 1-2 часа после начала процедуры. 	3
271.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных действий являются первоочередными при развитии жизнеугрожающей анафилактической реакции на диализную мембрану или стерилизанта в начале гемодиализа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение антигистаминных препаратов. 2. Немедленное прекращение диализа без возврата крови. 3. Замена диализного контура и продолжение процедуры. 4. Уменьшение скорости потока крови и введение гепарина. 	2
272.	ПК-1	<p>Артериовенозная фистула (АВФ) является сосудистым доступом первого выбора для гемодиализа, потому что:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Она имеет самый низкий риск инфекционных осложнений по сравнению с другими доступами. 2. Она обеспечивает наибольший и стабильный кровоток и имеет наибольшую 	2

		<p>долговечность.</p> <p>3. Ее можно использовать сразу после создания.</p> <p>4. Она не требует специального ухода со стороны пациента.</p>	
273.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных факторов повышают риск кровотечения у пациента на гемодиализе и требуют коррекции режима гепаринизации? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Гипокальциемия. 2. Тромбоцитопения (< 50 000/мкл). 3. Гиперкалиемия. 4. Прием пероральных антикоагулянтов.</p>	2, 4
274.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных электролитных нарушений чаще всего ассоциированы с использованием концентратов диализата с низким содержанием кальция (1.25 ммоль/л)?</p> <p>1. Гиперкальциемия. 2. Гипокальциемия. 3. Гипермагниемия. 4. Гипокалиемия.</p>	2
275.	ПК-1	<p>Для контроля безопасности гемодиализа в ходе процедуры обязательно мониторируются:</p> <p>1. Артериальное давление и частота сердечных сокращений. 2. Температура тела и диализата. 3. Трансмембранное давление и скорость ультрафильтрации. 4. Все перечисленное</p>	4
276.	ПК-1	<p>Какое из утверждений о заместительной почечной терапии у реципиентов почечного трансплантата в период отторжения является верным?</p> <p>1. Гемодиализ всегда предпочтительнее перитонеального диализа. 2. Перитонеальный диализ противопоказан из-за риска инфицирования.</p>	3

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Выбор метода ЗПТ зависит от клинического состояния пациента, сохранности перитонеальной функции и срочности начала терапии. 4. Трансплантированная почка должна быть удалена перед началом любого диализа. 	
277.	ПК-1	<p>Профилактика синдрома «истощения» у пациентов на длительном перитонеальном диализе включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение дозы эритропоэз-стимулирующих агентов (ЭСА). 2. Ограничение белка в диете. 3. Адекватный диализный клиренс и нутритивный статус, сохранение остаточной функции почек. 4. Регулярную смену метода диализа на гемодиализ каждые 2 года. 	3
278.	ПК-1	<p>Признаками неэффективной дезинфекции водоподготовки для гемодиализа (повышение уровня бактерий или эндотоксинов) могут быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эпизоды пирогенных реакций у пациентов в диализном центре. 2. Стойкая анемия, резистентная к ЭСА. 3. Повышенный уровень ферритина. 4. Рецидивирующий тромбоз сосудистых доступов. 	1
279.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных ниже состояний у пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии являются абсолютными показаниями к срочному началу гемодиализа? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень креатинина сыворотки крови 450 мкмоль/л. 2. Стойкая гиперкалиемия ($K^+ \geq 6,5$ ммоль/л), резистентная к консервативной терапии. 3. Наличие периферических отеков. 4. Уремический перикардит. 	2, 4
280.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных состояний относятся к острым осложнениям процедуры гемодиализа, возникающим во время или непосредственно после сеанса? Выберите два верных ответа</p>	2, 3

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром беспокойных ног. 2. Артериальная гипотензия. 3. Мышечные судороги. 4. Амилоидоз, связанный с диализом. 	
281.	ПК-1	<p>Абсолютным противопоказанием для проведения программного гемодиализа у пациента с терминальной хронической почечной недостаточностью является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая сердечная недостаточность II А стадии. 2. Активный инфекционный процесс в стадии сепсиса. 3. Возраст старше 80 лет. 4. Наличие сахарного диабета 2 типа. 	2
282.	ПК-1	<p>Какие лабораторные показатели являются критериями адекватности гемодиализа (должного "Клиренса")? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение уровня мочевины после сеанса на 65-70% ($KT/V > 1.2$). 2. Уровень гемоглобина более 140 г/л. 3. Уровень паратгормона (ПТГ) в пределах референсных значений. 4. Снижение уровня креатинина после сеанса на 50% ($URR > 65\%$). 	1, 4
283.	ПК-1	<p>Наиболее частым и грозным осложнением во время сеанса гемодиализа, требующим немедленного прекращения процедуры, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мышечные судороги. 2. Артериальная гипертензия в конце процедуры. 3. Острая гипотензия с потерей сознания. 4. Синдром "первого использования" диализатора. 	3
284.	ПК-1	<p>Для лечения вторичного гиперпаратиреоза у пациентов на гемодиализе, помимо назначения витамина D, используется:</p>	2

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Высококальциевый диализирующий раствор (1.75 ммоль/л). 2. Препараты, связывающие фосфаты (фосфат-биндеры). 3. Препараты железа для внутривенного введения. 4. Высокобелковая диета (более 1.5 г/кг/сутки). 	
285.	ПК-1	<p>Какое состояние является абсолютным противопоказанием для выбора перитонеального диализа в качестве метода заместительной почечной терапии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет с ретинопатией. 2. Обширные спайки в брюшной полости после перенесенных операций. 3. Наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. 4. Хронический гепатит С в неактивной фазе. 	2
286.	ПК-1	<p>При развитии синдрома "разбалансировки" (дисэквилибриум-синдром) во время первого сеанса гемодиализа у пациента с уремией, тактика врача включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение скорости кровотока до максимальной для быстрого выведения токсинов. 2. Внутривенное введение маннитола или гипертонического раствора и снижение эффективности диализа. 3. Немедленное переливание эритроцитарной массы. 4. Добавление калия в диализат для профилактики аритмии. 	2
287.	ПК-1	<p>Пациенту на хроническом гемодиализе планируется оперативное вмешательство. Когда оптимально проводить сеанс гепаринизации (диализ) перед операцией?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственно за 1 час до операции. 2. За 24 часа до операции (сутки перерыва). 3. За 12 часов до операции. 4. Режим диализа не влияет на оперативное вмешательство. 	2
288.	ПК-1	<p>Наиболее вероятным возбудителем перитонита у пациента на перитонеальном диализе при помутнении диализата является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Escherichia coli</i> (при контаминации через просвет катетера). 	1

		<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Staphylococcus aureus</i> (при инфицировании туннеля катетера). 3. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. 4. Грибы рода <i>Candida</i>. 	
289.	ПК-1	<p>Тактика врача при выявлении у диализного пациента рециркуляции крови в сосудистом доступе более 15%:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение скорости кровотока во время диализа. 2. Увеличение дозы гепарина. 3. Назначение антиагрегантов. 4. Направление на ревизию сосудистого доступа (подозрение на стеноз вены). 	4
290.	ПК-1	<p>С какой целью в диализирующий раствор добавляют глюкозу?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для профилактики гипогликемии у всех пациентов. 2. Для создания осмотического градиента и ультрафильтрации (удаления жидкости). 3. Для питания пациента во время процедуры. 4. Для стабилизации рН раствора. 	3
291.	ПК-1	<p>При лечении анемии у пациентов на диализе препараты эритропоэтина (ЭПО) эффективны только при условии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведения гемодиализа не менее 12 часов в неделю. 2. Достаточного запаса железа в организме (ферритин > 200 нг/мл, насыщение трансферрина > 20%). 3. Уровня паратгормона выше 600 пг/мл. 4. Одновременного приема пероральных препаратов железа в высоких дозах. 	2
292.	ПК-1	<p>Какое осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы является наиболее частой причиной смерти у пациентов, получающих лечение гемодиализом?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый инфекционный эндокардит. 2. Тромбоэмболия легочной артерии. 3. Внезапная сердечная смерть (в т.ч. вследствие аритмий). 	3

		4. Расслаивающая аневризма аорты.	
293.	ПК-1	<p>Для диагностики перитонита у пациента на перитонеальном диализе "золотым стандартом" является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови (лейкоцитоз). 2. УЗИ брюшной полости. 3. Исследование диализата с подсчетом количества лейкоцитов (более 100/мкл) и бактериологический посев. 4. Рентгенография брюшной полости. 	3
294.	ПК-1	<p>При поступлении пациента с тромбозом артерио-венозной фистулы в первые 6 часов тактика включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевод на временный центральный венозный катетер и проведение диализа. 2. Назначение гепарина и ожидание спонтанного лизиса тромба. 3. Экстренная хирургическая тромбэктомия или системный тромболизис. 4. Увеличение дозы диализа через имеющуюся фистулу. 	3
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> <ol 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 <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>	1 – Б 2 – А 3 – В 4 – Г

		<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 4. Миеломная нефропатия <p>ОСЛОЖНЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Уросепсис на фоне нарушения оттока мочи 	<p>1 – Б</p> <p>2 – А</p> <p>3 – В</p> <p>4 – Г</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> <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 	4 → 3 → 5 → 1 → 2

		<p>контролем УЗИ для восстановления пассажа мочи.</p> <p>3. Установить мочевого катетер в мочевого пузырь для исключения инфравезикальной обструкции и мониторинга диуреза.</p> <p>4. Собрать анамнез, провести осмотр, оценить состояние гидратации, признаки перегрузки объемом (отеки, хрипы в легких) или дегидратации.</p> <p>5. Назначить лабораторные исследования: общий анализ мочи (если получится получить), биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, калий, натрий), ОАК.</p>	
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> <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>	1. Диагноз: Острая декомпенсация сердечной недостаточности по левожелудочковому типу

			<p>(кардиоренальный синдром II типа), гипергидратация , отек легких. 2. Патогенез: Прогрессирующая ХБП → задержка натрия и воды → гиперволемиа → повышенная пред- и постнагрузка на сердце → декомпенсация диастолической/ систолической функции на фоне диабетического поражения миокарда → застой в малом круге кровообращения → интерстициальный, а затем альвеолярный отек легких. 3. Мероприятия: Подача</p>
--	--	--	---

			<p>увлажненного кислорода (через маску/носовые катетеры), при необходимости – неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ). Введение петлевых диуретиков (фуросемид в/в болюсно). Нитраты (нитроглицерин сублингвально/в/в инфузия) для снижения преднагрузки. 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), мочевина 25 ммоль/л.</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>1. Вариант ОПП: Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН), постинфекционный, вероятно,</p>

			<p>стрептококковы й.</p> <p>2. Механизмы: Образование антител к антигенам стрептококка, перекрестно реагирующих с антигенами клубочков базальной мембраны → иммунокомплекс ное воспаление → пролиферация клеток клубочка, образование «полулуний» → быстрое снижение функции.</p> <p>3. Исследования: 1) УЗИ почек (для исключения обструкции и оценки размеров); 2) Срочная биопсия почки (для</p>
--	--	--	---

			морфологическо й верификации и определения тактики иммуносупресси и).
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- ассоциированны й перитонит).</p> <p>2. Вероятный возбудитель: Грамположитель ные кокки (чаще Staphylococcus epidermidis или S. aureus).</p> <p>3. Элементы помощи: Диагностика: Срочный посев перитонеального диализата, подсчет лейкоцитов в нем (>100/мкл, с преобладанием</p>

			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).
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.</p> <p>Какие два первоочередных медикаментозных средства для кардиопротекции и снижения уровня калия в плазме крови должны быть введены пациенту экстренно (ввести словосочетания)?</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>	<p>1. 10% раствор кальция глюконата (или хлорида кальция)</p> <p>2. Инсулин короткого действия с глюкозой</p>

			(допустимо: «инсулин на глюкозе» или отдельно: инсулин и глюкоза 40% как единая мера)
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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Основной метод верификации: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен</p>

			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 2) Отек легких на фоне гипергидратации 3) Острая левожелудочковая недостаточность 4) Госпитальная пневмония</p>	2, 3

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> <ol style="list-style-type: none"> 1) Гипонатриемия 2) Гиперкалиемия 3) Гипокальциемия 4) Гипермагниемия 	2
310.	ПК-2	<p>Ведущий патогенетический механизм развития истинного уремического перикардита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бактериальная инфекция 2. Вирусная инфекция 3. Накопление уремических токсинов 4. Аутоиммунное воспаление 	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия, в/в введение кальция глюконата 2. Гипокалиемия, в/в введение раствора калия хлорида 3. Гиперкальциемия, в/в введение физраствора 4. Гипонатриемия, в/в введение гипертонического раствора NaCl 	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, 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 	2

		<ul style="list-style-type: none"> 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> <ul 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> <ul 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> <ul 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 ОПН, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Асцит, гидроторакс, олигурия 2. Профузная диарея и гиповолемия 3. Массивная гематурия 	1

		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, мочевины 38 ммоль/л, глюкоза 24 ммоль/л, рН крови 7,18. Выберите ДВА наиболее вероятных неотложных состояния:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острое повреждение почек на фоне хронической болезни почек. 2. Диабетический кетоацидоз. 3. Гипогликемическая кома. 4. Уремический ацидоз. 	2, 4

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, иррадирующая 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 мочекишечного диатеза – 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. Срочное проведение гемодиализа 4. Назначение фуросемида внутривенно и наблюдение 	3
323.	ПК-2	<p>Пациент 65 лет с диагностированным ранее хроническим гломерулонефритом доставлен</p>	3

		<p>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 P, высокие остроконечные зубцы T. Ваш диагноз и неотложное состояние?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый коронарный синдром 2. Тромбоэмболия легочной артерии 3. Гиперкалиемия, угрожающая остановкой сердца 4. Гипогликемическая кома 	
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> <ol 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> <ol 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нифедипин сублингвально 2. Внутривенная инфузия нитроглицерина или нитропрусида натрия 3. Внутримышечное введение магния сульфата 4. Пропранолол внутрь 	2

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 уреимией (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 4. Внутриканальцевая обструкция кристаллами (острый тубуло-интерстициальный нефрит) 	3
331.	ПК-2	<p>Для неотложной коррекции ацидоза (рН < 7,2) у пациента с ХБП перед началом диализа (если диализ недоступен немедленно) используют:</p>	3

		<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 	
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 10⁵ 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> <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 	3

336.	ПК-2	При оказании неотложной помощи пациенту с отеком легких на фоне терминальной ХБП и анурии, какой метод является патогенетическим и наиболее эффективным? <ol style="list-style-type: none">1. Введение петлевых диуретиков в высоких дозах2. Ингаляция кислорода через пеногасители3. Наложение венозных жгутов на конечности4. Экстренное проведение сеанса гемодиализа/ультрафильтрации	4
------	------	--	---

Разработан:
доцент кафедры поликлинической терапии

С.А. Кнышова