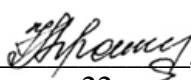
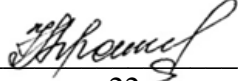


**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра поликлинической терапии**

СОГЛАСОВАНО

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

УТВЕРЖДАЮ

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

Фонд оценочных средств по практике

Наименование дисциплины	Клиническая практика 4
Направление подготовки	31.08.43 Нефрология
Направленность (профиль)	Нефрология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
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-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
УК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-1	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	16 с эталоном ответов
ОПК-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	16 с эталоном ответов
ОПК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов

ОПК-5	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-6	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	16 с эталоном ответов
ОПК-7	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	16 с эталоном ответов
ОПК-9	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов

	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-10	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	16 с эталоном ответов
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	16 с эталоном ответов
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
Всего		364 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	УК-3	<p>Установите соответствие между типичной управленческой ситуацией в нефрологическом отделении и наиболее эффективным действием заведующего отделением для ее разрешения.</p> <p>Ситуации:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Конфликт между врачами-ординаторами из-за распределения сложных пациентов.2. Медсестра процедурного кабинет систематически не соблюдает утвержденный алгоритм подготовки аппаратуры для гемодиализа, ссылаясь на «свой опыт».3. Резкое увеличение количества госпитализаций с осложнениями артериальной гипертензии, ведущее к перегрузке персонала.4. Младший медицинский персонал допускает нарушения санитарно-эпидемиологического режима в палатах.	1-В, 2-Г, 3-Б, 4-А.

		<p>Действия руководителя:</p> <p>А. Провести внеплановый инструктаж младшего медицинского персонала и внедрить чек-лист контроля с персональной ответственностью, объяснив правовые и медицинские последствия нарушений.</p> <p>Б. Организовать экстренное рабочее совещание для перераспределения обязанностей, возможно введение временного графика дежурств и приоритизации задач.</p> <p>В. Четко формализовать и довести до всего коллектива прозрачные критерии распределения пациентов, основанные на тяжести состояния и опыте врача.</p> <p>Г. Применить дисциплинарное взыскание в сочетании с обязательным прохождением повторного обучения по стандарту операции (СОПу) под контролем старшей медсестры.</p> <p>.</p>	
2.	УК-3	<p>Установите соответствие между этапом оказания помощи пациенту с хронической болезнью почек (ХБП) и ключевой управленческой задачей заведующего отделением по его организации.</p> <p>Этапы оказания помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичное амбулаторное обращение пациента с выявленной ХБП 3 стадии. 2. Плановая госпитализация пациента с ХБП 4 стадии для коррекции терапии. 3. Острое нарушение функции трансплантированной почки (неотложная госпитализация). 4. Долечивание и выписка пациента после острого гломерулонефрита. <p>Управленческие задачи:</p> <p>А. Обеспечить четкую преемственность между стационаром и поликлиникой: передать выписной эпикриз участковому терапевту и нефрологу, организовать телефонное консультирование.</p> <p>Б. Оптимизировать маршрутизацию «зеленого коридора»: обеспечить немедленный осмотр дежурной бригадой, приоритет в проведении экстренных диагностических процедур (УЗИ, лаборатория).</p> <p>В. Разработать и внедрить в поликлинике алгоритм своевременного направления к узкому специалисту (нефрологу) для замедления прогрессирования ХБП.</p> <p>Г. Организовать междисциплинарный консилиум (нефролог, кардиолог, диетолог) для</p>	1-В, 2-Г, 3-Б, 4-А.

		составления комплексного индивидуального плана лечения.	
3.	УК-3	<p>Установите соответствие между видом ресурса в нефрологическом отделении и наиболее подходящим инструментом контроля/управления им со стороны руководителя.</p> <p>Виды ресурсов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кадровый ресурс (врачи, медсестры). 2. Материальный ресурс (расходники для диализа, дорогостоящие лекарства). 3. Информационный ресурс (медицинская документация, данные обследований). 4. Технологический ресурс (аппараты «искусственная почка», УЗИ-аппараты). <p>Инструменты управления и контроля:</p> <p>А. Внедрение и аудит электронной истории болезни, стандартизация форм протоколов консилиумов и выписных эпикризов.</p> <p>Б. Регулярное планирование заявок на основе потребностей отделения, анализ расходов на одного пациента, борьба с перерасходом.</p> <p>В. Составление и актуализация графиков сменности, проведение аттестаций, планирование повышения квалификации.</p> <p>Г. Заключение договоров на сервисное обслуживание, ведение журналов неисправностей, планирование поэтапной замены устаревшего оборудования.</p>	1-В, 2-Б, 3-А, 4-Г.
4.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность действий заведующего отделением/руководителя лечебной бригады, этапы оказания медицинской помощи пациенту с впервые выявленной терминальной хронической болезнью почек (тХБП) в условиях нефрологического отделения</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Организация срочного внеочередного заседания врачебной комиссии для решения вопроса о начале заместительной почечной терапии (ЗПТ). 2. Формирование мультидисциплинарной команды (нефролог, кардиолог, диетолог, медицинская сестра, психолог, социальный работник). 3. Проведение этической беседы с пациентом и его родственниками о методах ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация) и получение информированного добровольного согласия. 	4 → 2 → 1 → 3 → 5

		<p>4. Назначение куратора из числа врачей-нефрологов для ведения пациента.</p> <p>5. Разработка и утверждение индивидуального плана лечения и маршрутизации пациента (подготовка сосудистого доступа, обследование для трансплантации, обучение).</p>	
5.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность действий старшей медицинской сестры отделения гемодиализа при возникновении ургентной ситуации по указанию заведующего отделением.</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленно прекратить процедуру диализа по стандартному протоколу (вернуть кровь, отключить аппарат). 2. Доложить заведующему отделением и вызвать дежурного врача-реаниматолога. 3. Обеспечить постоянный мониторинг жизненно важных функций пациента до передачи врачу. 4. Начать проведение неотложных мероприятий согласно алгоритму (например, при гипотонии – придать положение Тренделенбурга, ввести физиологический раствор). 5. Организовать четкую передачу информации о пациенте и проведенных мероприятиях прибывшей реанимационной бригаде. 	1 → 4 → 2 → 3 → 5
6.	УК-3	<p>Установите правильную последовательность организационных мероприятий, которые должен инициировать главный внештатный специалист-нефролог (руководитель службы) при планировании работы нефрологической службы при выявлении вспышки гемодиализ-ассоциированной инфекции.</p> <p>Расположите этапы в логической последовательности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ эпидемиологических данных и идентификация возможного источника инфекции (вода, магистрали, персонал, техника). 2. Издание оперативного приказа по медицинской организации об усилении противоэпидемического режима в диализном отделении. 3. Организация внеочередного обучения среднего и младшего персонала правилам асептики и антисептики. 4. Создание рабочей группы (эпидемиолог, бактериолог, заведующий отделением, старшая медицинская сестра) для расследования. 	4 → 1 → 2 → 3 → 5

		5. Внедрение временного протокола усиленного микробиологического контроля и еженедельного представления отчетов.	
7.	УК-3	В отделении запланировано 5 плановых гемодиализов, но вышла из строя одна из искусственных почек (аппарат ИП). Ваши действия как заведующего отделением?	<p>Оценка возможности экстренного ремонта.</p> <p>Перераспределение пациентов на оставшиеся аппараты с учетом срочности (по уровню калия, креатинина, наличия перикардита).</p> <p>Организация сменного (ночного) графика диализов.</p> <p>Информирование пациентов и персонала. Связь с администрацией для ускорения замены оборудования.</p> <p>Временное рассмотрение возможности</p>

			перевода 1-2 пациентов на перитонеальный диализ, если это клинически обосновано.
8.	УК-3	Разработайте план организации «Школы пациента» для больных, начинающих лечение программным гемодиализом. Кого из членов команды и с какой темой вы привлечете?	Мультидисциплинарная команда: врач-нефролог (цель лечения, общие принципы), диализная медсестра (уход за сосудистым доступом, поведение на диализе), диетолог (ограничение калия, фосфора, жидкости), психолог (адаптация к болезни). Формат: цикл из 5-6 структурированных встреч с раздаточными материалами. Ответственный:

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

			Проинформировать пациента о принятых мерах (в общих чертах, соблюдая ТК РФ). 6) Рассмотреть вопрос об обучении младшего персонала коммуникативным навыкам.
10.	УК-3	<p>В отделении нефрологии запланировано проведение сложной процедуры плазмафереза у пациента с высоким титром антител при АТ-опосредованном гломерулонефрите. Для безопасного и эффективного проведения процедуры требуется слаженная работа команды из врача-нефролога, врача-трансфузиолога, процедурной медицинской сестры и младшего медицинского персонала.</p> <p>Вопрос: Назовите ключевой документ, регламентирующий действия каждого члена команды в данной ситуации, который должен быть разработан и доведен до исполнителей руководителем отделения (заведующим) для организации процесса.</p> <p>Ответ: _____ (вставьте термин)</p>	Алгоритм (или Инструкция, или Протокол выполнения процедуры / Клинический протокол).
11.	УК-3	<p>В нефрологическом отделении развёрнуто 30 коек, функционирует диализный зал. Руководитель (заведующий) отделения для эффективного управления персоналом и ресурсами, обеспечения круглосуточного оказания помощи, должен иметь чёткий план работы подразделения на определённый период.</p> <p>Вопрос: Как называется основной организационно-распорядительный документ, который составляется в отделении на год и содержит расстановку кадров, графики дежурств, план повышения квалификации, лечебно-диагностические мероприятия и который руководитель использует для организации работы команды?</p> <p>Ответ: _____ (вставьте термин)</p>	План работы отделения (или Годовой план работы отделения)
12.	УК-3	Пациент с терминальной хронической болезнью почек (тХБП), получающий	Остаточная

		<p>амбулаторный гемодиализ, был экстренно госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом "Острый коронарный синдром". Руководитель нефрологической службы (нефролог-координатор) для обеспечения преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи должен передать коллегам важную информацию о специфическом состоянии пациента. Какое ключевое словосочетание, характеризующее патологическое состояние, должно быть обязательно указано в сопроводительных документах, так как оно критически влияет на тактику назначения лекарственных препаратов (например, контрастных средств, НПВП, антибиотиков) и ведения пациента?</p>	<p>функция почек (или скорость клубочковой фильтрации - СКФ).</p>
13.	УК-3	<p>В отделении нефрологии и диализа отмечается рост числа осложнений в виде инфекций области сосудистого доступа у пациентов на программном гемодиализе. Главный врач поручил вам, как руководителю подразделения, организовать рабочие группы для разработки и внедрения комплекса профилактических мер.</p> <p>Вопрос: Какое ваше первоочередное управленческое действие будет наиболее эффективным для решения этой системной проблемы?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Издать приказ о наложении дисциплинарных взысканий на средний медицинский персонал, в чьей группе пациентов зафиксированы осложнения. 2) Провести внеплановый аудит всех этапов обработки сосудистого доступа: от работы медсестры до соблюдения правил асептики самим пациентом, с привлечением старшей медицинской сестры, врачей и эпидемиолога. 3) Закупить новое, более дорогое антисептическое средство для обработки кожи и обязать персонал его использовать. 4) Провести разовое обучающее занятие с медсестрами отделения по технике обработки катетеров и фистул. 	2
14.	УК-3	<p>В нефрологическом отделении планируется внедрение нового протокола ведения пациентов с диабетической нефропатией. Вам необходимо организовать работу команды для успешного внедрения протокола в клиническую практику.</p> <p>Вопрос: Какие из перечисленных действий руководителя являются ключевыми для эффективной организации этого процесса? Выберите два верных ответа.</p>	2, 4

		<p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Разработать и довести до сведения всех врачей отделения подробный алгоритм действий согласно новому протоколу в виде письменной инструкции. 2) Назначить ответственного за внедрение протокола из числа наиболее опытных врачей-нефрологов, наделив его полномочиями контролировать исполнение. 3) Ограничиться проведением одной лекции от представителя фармкомпания о преимуществах новых подходов, указанных в протоколе. 4) Организовать цикл рабочих встреч (семинаров, разборов случаев) для обсуждения сложных пунктов протокола, обратной связи от врачей и среднего персонала, а также для анализа первых результатов его применения. 	
15.	УК-3	<p>В условиях дефицита кадров младший медицинский персонал (санитары) отделения нефрологии не успевает выполнять весь объем работ, что может влиять на соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. Старшая медицинская сестра просит вас как руководителя принять решение.</p> <p>Вопрос: Какое решение будет наиболее грамотным с управленческой точки зрения для обеспечения безопасного процесса оказания помощи?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Обязать медицинских сестер взять на себя часть обязанностей младшего персонала по влажной уборке палат. 2) Проанализировать организацию труда младшего персонала вместе со старшей медицинской сестрой, перераспределить зоны ответственности или рассмотреть вопрос о временном перераспределении санитаров из менее загруженных подразделений, не забывая о контроле качества выполнения работ. 3) Направить официальный запрос главному врачу о немедленном увеличении штата младшего медицинского персонала. 4) Усилить контроль и ужесточить требования к имеющемуся младшему персоналу, внедрив систему штрафов за невыполнение плана уборки. 	2
16.	УК-3	<p>При организации работы смены в отделении гемодиализа руководитель (врач-нефролог) должен обеспечить в первую очередь:</p>	3

		<p>1) Своевременную и полную уборку помещений после каждой смены пациентов.</p> <p>2) Проверку наличия и исправности противопожарного инвентаря.</p> <p>3) Наличие и готовность к работе наборов для оказания неотложной помощи при острых осложнениях процедуры (например, анафилаксия, гипотензия).</p> <p>4) Соблюдение графика работы аппаратов для максимальной загрузки оборудования.</p>	
17.	УК-3	<p>Руководитель нефрологической службы при планировании графика работы диализного центра должен учитывать следующий ключевой ограничивающий ресурс:</p> <p>1) Количество коек в палатах ожидания.</p> <p>2) Количество функционирующих аппаратов «искусственная почка» и смен их работы.</p> <p>3) Количество санузлов для пациентов.</p> <p>4) Количество медицинских сестер, работающих в дневную смену.</p>	2
18.	УК-3	<p>При возникновении конфликта между медицинской сестрой и пациентом отделения гемодиализа из-за графика процедур, действия заведующего отделением должны быть направлены на:</p> <p>1) Немедленное увольнение медицинской сестры для сохранения репутации центра.</p> <p>2) Выяснение обстоятельств у обеих сторон, анализ расписания и поиск компромиссного решения с учетом медицинских показаний пациента.</p> <p>3) Автоматическое удовлетворение требования пациента, так как он является потребителем услуг.</p> <p>4) Перенаправление пациента в другое лечебное учреждение.</p>	2
19.	УК-3	<p>Какие меры, организованные руководителем, наиболее эффективно предотвратят внутрибольничные инфекции в отделении гемодиализа? (Выберите два верных варианта)</p> <p>1) Регулярное обучение персонала правилам асептики и антисептики при работе с сосудистым доступом.</p> <p>2) Обязательное ношение масок только пациентами.</p> <p>3) Четкое разделение зон для «чистых» и «грязных» манипуляций, наличие отдельной процедурной для пациентов с положительными маркерами вирусных гепатитов или ВИЧ.</p> <p>4) Ежедневная кварцевая обработка всех помещений во время работы отделения.</p>	1, 3
20.	УК-3	<p>При поступлении в нефрологическое отделение пациента в терминальной стадии ХБП для подготовки к диализу, лечащий врач-ординатор должен:</p> <p>1) Самостоятельно, без привлечения других специалистов, назначить плановое лечение.</p> <p>2) Организовать консилиум с участием сосудистого хирурга для обсуждения вопроса</p>	2

		<p>формирования сосудистого доступа.</p> <p>3) Поручить медицинской сестре объяснить пациенту все методы заместительной почечной терапии.</p> <p>4) Назначить плановую биопсию почки для уточнения диагноза.</p>	
21.	УК-3	<p>Эффективная работа мультидисциплинарной команды в нефрологии предполагает:</p> <p>1) Работу каждого специалиста (нефролог, диетолог, психолог, медсестра) строго в рамках своего кабинета без постоянного взаимодействия.</p> <p>2) Регулярные командные обсуждения сложных пациентов для выработки единого плана лечения и ухода.</p> <p>3) Принятие всех решений исключительно заведующим отделением без обсуждения.</p> <p>4) Ведение медицинской документации только лечащим врачом.</p>	2
22.	УК-3	<p>При организации школы для пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) руководитель отделения должен поручить проведение занятий:</p> <p>1) Только врачам-нефрологам.</p> <p>2) Разным специалистам команды в соответствии с темой (нефролог, диетолог, медсестра-инструктор по диализу, психолог).</p> <p>3) Только старшей медицинской сестре.</p> <p>4) Внештатному лектору из другого учреждения.</p>	2
23.	УК-3	<p>В случае внезапного выхода из строя центрального водопровода в диализном центре, первоочередное действие ответственного врача:</p> <p>1) Сообщить об этом администрации клиники на следующий день.</p> <p>2) Немедленно начать процедуры гемодиализа на резервных аппаратах.</p> <p>3) Прервать проводимые процедуры (если они идут) и организовать безопасное завершение сеансов или перевод пациентов на альтернативный метод очистки крови (если возможно), согласно внутреннему регламенту действий при ЧС.</p> <p>4) Отправить пациентов по домам.</p>	3
24.	УК-3	<p>Критерием эффективности организации работы команды диализного центра НЕ является:</p> <p>1) Соблюдение временных интервалов между сеансами у разных пациентов на одном аппарате.</p> <p>2) Нулевой показатель смертности пациентов.</p> <p>3) Отсутствие жалоб пациентов на несвоевременное начало процедур.</p> <p>4) Низкая частота технических и медицинских осложнений во время процедур диализа.</p>	2
25.	УК-3	<p>При обнаружении недостачи дорогостоящего расходного материала для диализа,</p>	2

		<p>старшая медицинская сестра должна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Скрыть этот факт, чтобы избежать нареканий. 2) Немедленно устно доложить заведующему отделением и составить письменный акт. 3) Самостоятельно провести служебное расследование среди младшего персонала. 4) Списывать материал по мере необходимости, как будто он был использован. 	
26.	УК-3	<p>Рациональное распределение обязанностей в смене отделения гемодиализа предполагает, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Врач выполняет все манипуляции, включая подключение пациента к аппарату. 2) Медицинская сестра самостоятельно изменяет параметры диализа по своему усмотрению. 3) Медицинская сестра осуществляет непосредственный уход, подключение/отключение пациента, мониторинг во время процедуры, а врач контролирует назначения, параметры лечения и решает медицинские вопросы. 4) Младший медицинский персонал отвечает за настройку и дезинфекцию аппаратов. 	3
27.	УК-3	<p>Вы — руководитель нефрологического отделения. В вашем отделении запланирован плановый диализный день. За 30 минут до начала сеансов медсестра процедурного кабинета обнаружила, что в системе централизованной водоподготовки для гемодиализа сработала аварийная сигнализация по уровню остаточного хлора в воде, который превышает допустимые пределы.</p> <p>Ваши первоочередные действия как руководителя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Разрешить проведение сеансов гемодиализа для части пациентов с использованием отдельных аппаратов, оснащенных дополнительными фильтрами. 2) Отменить все плановые сеансы гемодиализа на сегодня, немедленно информировать об этом пациентов и начать расследование причины неисправности. 3) Провести внеочередной инструктаж среднего медицинского персонала по технике безопасности и поручить им решить проблему. 4) Проинформировать администрацию больницы и перераспределить пациентов на диализ в ближайшее отделение другого лечебного учреждения по договоренности. 	2
28.	УК-3	<p>В вашем отделении внедряется новый регламент профилактики инфекционных осложнений у пациентов на перитонеальном диализе. Часть опытных медицинских</p>	2

		<p>сестер сопротивляется изменениям, считая старые методы работы достаточными.</p> <p>Какой стиль руководства и конкретное действие будут наиболее эффективны для решения этой ситуации?</p> <p>1) Авторитарный. Издать приказ о безусловном соблюдении нового регламента под угрозой дисциплинарного взыскания.</p> <p>2) Демократический. Провести рабочее совещание с командой среднего медицинского персонала, где представить доказательную базу (исследования, клинические рекомендации) эффективности нового регламента, обсудить сложности перехода и совместно разработать план его внедрения с учетом практических замечаний.</p> <p>3) Либеральный. Доверить внедрение нововведения наиболее авторитетной старшей медицинской сестре, предоставив ей полную свободу действий.</p> <p>4) Пассивный. Отложить внедрение регламента до получения письменных указаний от главного врача.</p>	
29.	УК-4	<p>Установите соответствие между <i>стадией ХБП</i> и <i>основной задачей взаимодействия врача-нефролога с пациентом на данной стадии, направленной на приверженность лечению и замедление прогрессирования болезни.</i></p> <p>Элементы левого столбца (Стадия ХБП):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХБП С3а (СКФ 45-59 мл/мин) 2. ХБП С4 (СКФ 15-29 мл/мин) 3. ХБП С5 (СКФ <15 мл/мин), додиализный период <p>Элементы правого столбца (Ключевая задача взаимодействия):</p> <p>А. Совместное с пациентом и его семьей принятие решения о выборе метода заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация), детальное обсуждение плюсов и минусов каждого.</p> <p>Б. Мотивация на строгий контроль артериального давления и гликемии (при СД), активное обсуждение принципов малобелковой диеты для снижения уремической интоксикации.</p> <p>В. Акцент на модификацию образа жизни (отказ от курения, NSAID), разъяснение связи гипертонии/диабета с поражением почек, начало образования о болезни.</p>	<p>1 – В</p> <p>2 – Б</p> <p>3 – А</p>

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

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

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

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

			<p>АД <130/80 мм рт.ст.) и обоснованием.</p> <p>План динамического наблюдения: какие анализы (креатинин, калий, СКФ, ОАМ) и как часто (например, каждые 3-4 месяца) сдавать, когда выполнить контрольное УЗИ почек.</p> <p>Для смежных специалистов: В эпикризе четко указаны направления и задачи для врача-уролога (наблюдение за кистами, тактика при возможных осложнениях), кардиолога (подбор гипотензивной терапии, защищающей почки –</p>
--	--	--	---

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

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

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

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

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

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

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

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

		<p>соблюдения малобелковой диеты.</p> <p>Вопрос: При разговоре с пациентом важно не только дать рекомендацию, но и объяснить её причину. Закончите ключевую фразу, которую стоит использовать, чтобы пациент осознал важность ограничения белка: "Снижение количества белка в рационе помогает уменьшить нагрузку на почки, потому что продукты распада белка являются _____, которые повреждённым почкам становится трудно выводить из организма." (вставьте термин)</p>	шлаками
40.	УК-4	<p>Вам, как врачу-нефрологу, терапевт направляет пациента для консультации в связи со стойкой гиперурикемией (повышенный уровень мочевой кислоты в крови).</p> <p>Вопрос: В своём ответном заключении для терапевта, помимо рекомендаций по лечению гиперурикемии, вы должны обязательно оценить и указать ключевой параметр функции почек, на который она может влиять. Это важно для совместного динамического наблюдения за пациентом. Вставьте этот параметр в шаблон фразы: "Рекомендуется контролировать уровень мочевой кислоты на фоне терапии, так как её стойкое повышение является независимым фактором риска прогрессирования _____."</p>	хронической болезни почек (ХБП) / почечной дисфункции
41.	УК-4	<p>Пациент 65 лет, с диагнозом «хроническая болезнь почек 4 стадии (СКФ 22 мл/мин)», находится на плановом амбулаторном приеме у врача-нефролога. Пациент впервые направлен терапевтом и выражает явное непонимание и страх в связи с диагнозом. Он говорит: «Доктор, я не знаю, что мне теперь делать. Я чувствую себя нормально, а анализы такие плохие. Это значит диализ?»</p> <p>Вопрос: Какое из предложенных действий врача-нефролога в первую очередь будет наиболее эффективным для выстраивания доверительного взаимодействия и дальнейшего сотрудничества с пациентом в рамках ведения ХБП?</p> <p>1. Сразу назначить план обследований (суточный анализ мочи, УЗИ почек, анализы на</p>	2

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

		<p>способствовать эффективному междисциплинарному сотрудничеству и улучшению результатов лечения пациента? (Выберите два верных ответа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать письменные рекомендации в историю болезни, ограничившись формальным заключением с указанием только необходимых доз препаратов. 2. После осмотра пациента и изучения истории болезни, обсудить с лечащим врачом-эндокринологом не только дозы, но и патогенетические механизмы ухудшения функции почек в данной ситуации, предложив совместный план наблюдения. 3. В своем заключении указать, что дальнейшее ведение пациента по поводу нефропатии должно полностью осуществляться эндокринологом по представленным схемам. 4. Предложить провести совместный осмотр пациента с эндокринологом и хирургом для обсуждения комплексного подхода к лечению с учетом инфекционного процесса, рисков контрастирования (при необходимости) и нефротоксичности антибиотиков. 	
44.	УК-4	<p>Пациент с впервые выявленной терминальной хронической болезнью почек (ТХБП) отказывается от начала заместительной почечной терапии (ЗПТ), ссылаясь на страх и недостаток информации. Ваши действия? Выберите два правильных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сообщить пациенту, что без диализа он погибнет, и настоять на госпитализации. 2) Подключить к беседе медицинского психолога и опытную пациентку на ЗПТ для консультации «равный равному». 3) Перенести разговор, дав пациенту время «осмыслить» диагноз самостоятельно. 4) Подробно объяснить все варианты ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация), обсудить их плюсы и минусы, предоставить информационные материалы. 	2, 4
45.	УК-4	<p>Вам необходимо обсудить с родственниками пожилого пациента с деменцией и острой почечной травмой вопрос о целесообразности начала активной терапии. Какой подход наиболее этичен и эффективен?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Обсудить вопрос только с официальным опекуном, не привлекая других родственников. 2) Провести семейную конференцию с участием лечащего врача, нефролога, социального работника, разъяснить прогнозы, риски и качество жизни при различных сценариях. 3) Принять решение самостоятельно на основании медицинских показаний, так как родственники не являются специалистами. 4) Предложить родственникам принять коллегиальное решение и сообщить о нем врачу. 	2
46.	УК-4	<p>При ведении пациента на перитонеальном диализе медсестра отделения сообщает, что</p>	2, 4

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

		<p>иммуносупрессантами.</p> <p>3) Попросить принести все препараты и БАДы на следующий прием для аудита.</p> <p>4) Проигнорировать, так как пациент имеет право на самостоятельные решения.</p>	
50.	УК-4	<p>Медсестра процедурного кабинета жалуется на грубое поведение пациента на амбулаторном гемодиализе. Ваши действия как лечащего врача? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Провести разговор с пациентом, выслушать его возможные претензии, напомнить о правилах поведения, защитив при этом достоинство медперсонала.</p> <p>2) Перепоручить проблему заведующему отделением.</p> <p>3) Назначить пациенту диализ в последнюю смену в качестве «воспитательной» меры.</p> <p>4) Обсудить ситуацию на совещании команды (врач, медсестра, психолог) для выработки единой стратегии взаимодействия с этим пациентом.</p>	2, 4
51.	УК-4	<p>Пациентка детородного возраста с волчаночным нефритом интересуется возможностью беременности. Каковы ваши действия? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Отговорить от беременности в связи с высоким риском для почек и плода.</p> <p>2) Обсудить вопрос совместно с ревматологом и акушером-гинекологом, специализирующимся на ведении беременных высокого риска, объяснив пациентке условия, при которых беременность может быть рассмотрена (ремиссия, стабильная функция почек).</p> <p>3) Сообщить, что это решение пациентки, и наблюдать за ней, если беременность наступит.</p> <p>4) Назначить дополнительные обследования для оценки текущей активности нефрита и функционального резерва почек перед принятием решения.</p>	2, 4
52.	УК-4	<p>В ходе научного исследования в вашем отделении появился новый протокол ведения пациентов с IgA-нефропатией. Часть коллег скептически к нему относится. Как внедрить изменения? Выберите два правильных ответа</p> <p>1) Издать приказ заведующего об обязательном использовании протокола.</p> <p>2) Провести разбор нового протокола на клинической конференции, представить доказательную базу (статьи, гайдлайны), обсудить «за» и «против» с коллективом.</p> <p>3) Внедрить протокол только для своих пациентов, не вовлекая коллег.</p> <p>4) Организовать пилотный проект для части пациентов с учетом клинических рекомендаций и последующей оценкой результатов и обсуждением.</p>	2, 4
53.	УК-4	<p>В сельской местности пациенту требуется начать диализ, но ближайший диализный</p>	2, 3

		<p>центр находится в 200 км. Какие варианты взаимодействия с другими службами можно рассмотреть? Выберите два правильных ответа</p> <p>а) Настаивать на переезде пациента в город, где расположен центр.</p> <p>б) Изучить возможность организации амбулаторного перитонеального диализа на дому при условии обучения родственников.</p> <p>в) Связаться с региональным Минздравом или диализным центром для обсуждения вопроса организации транспортировки (социального такси) или временного проживания.</p> <p>г) Рекомендовать паллиативный подход в связи с транспортными сложностями.</p>	
54.	УК-4	<p>При передаче дежурства в стационаре коллеге необходимо обязательно сообщить:</p> <p>1) Только о тяжелых пациентах в реанимации.</p> <p>2) О всех поступивших за смену, об изменениях в состоянии всех нефрологических больных, о выполненных и планируемых процедурах (например, биопсии почки), о нерешенных проблемах.</p> <p>3) Обсудить детали только устно, чтобы не тратить время на записи.</p> <p>4) Особое внимание уделить пациентам, чьи родственники настроены конфликтно.</p>	2
55.	УК-4	<p>Пациент с терминальной хронической болезнью почек (ХБП), находящийся на перитонеальном диализе, отказывается от плановой госпитализации для коррекции анемии, мотивируя это семейными обстоятельствами. Его состояние постепенно ухудшается. Как должен выстроить взаимодействие врач-нефролог для эффективного разрешения ситуации?</p> <p>1) Выписать направление на госпитализацию в приказном порядке, подкрепив его указанием на возможные риски, и передать участковому терапевту.</p> <p>2) Самостоятельно провести разъяснительную беседу с пациентом, а затем подключить к обсуждению близкого родственника и медицинскую сестру диализного отделения, которая давно наблюдает пациента.</p> <p>3) Назначить дополнительные лекарства для амбулаторного лечения, не настаивая на госпитализации, чтобы сохранить доверительные отношения.</p> <p>4) Сообщить о некомплаентности пациента заведующему отделением и временно приостановить проведение диализа до согласия на лечение</p>	2
56.	УК-4	<p>В диализный центр поступил новый пациент с ХБП 5 стадии, нуждающийся в начале</p>	3

		<p>заместительной почечной терапии. Пациент агрессивно настроен, не доверяет врачам, отказывается от предложенного варианта артериовенозной фистулы. Какой стратегии взаимодействия должен придерживаться нефролог для построения терапевтического альянса?</p> <p>1) Пригрозить пациенту, что без фистулы он не сможет получить адекватный диализ, и его состояние резко ухудшится. 2) Действовать строго по протоколу: оформить отказ и передать пациента другому специалисту в отделении. 3) Привлечь к беседе с пациентом клинического психолога или психотерапевта, а также опытную медсестру диализного центра, чтобы в спокойной обстановке разобраться в причинах страхов и детально разъяснить все варианты лечения (фистула, катетер, трансплантация). 4) Согласиться на временный диализный катетер без дальнейших обсуждений, чтобы избежать конфликта.</p>													
57.	ОПК-1	<p>Установите соответствие между специализированными информационными технологиями (ИКТ) и целями их использования в профессиональной деятельности врача-нефролога.</p> <table border="1" data-bbox="470 941 1769 1420"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 941 582 1037">№</th> <th data-bbox="582 941 1052 1037">Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)</th> <th data-bbox="1052 941 1769 1037">Цель использования в нефрологии</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 1037 582 1228">1</td> <td data-bbox="582 1037 1052 1228">База данных регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП)</td> <td data-bbox="1052 1037 1769 1228">А) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии ХБП по введенным лабораторным данным пациента.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1228 582 1420">2</td> <td data-bbox="582 1228 1052 1420">Калькулятор СКФ (СКD-EPI, MDRD)</td> <td data-bbox="1052 1228 1769 1420">В) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1420 582 1436">~</td> <td data-bbox="582 1420 1052 1436">~</td> <td data-bbox="1052 1420 1769 1436">~</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.	~	~	~	<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.													
~	~	~													

		<p>врачебных решений (СППВР)</p> <p>исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.</p> <p>4 Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга</p> <p>D) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.</p>	
58.	ОПК-1	<p>Установите соответствие между потенциальной угрозой информационной безопасности и мерой по ее предотвращению в работе нефрологического отделения/кабинета.</p>	
		<p>№ Потенциальная угроза или нарушение</p> <p>1 Утечка конфиденциальных данных пациентов (диагнозы, результаты обследований) через мессенджеры или личную почту.</p> <p>2 Несанкционированный доступ к медицинской информации</p>	<p>Мера по предотвращению и соблюдению информационной безопасности</p> <p>A) Регулярное обновление антивирусного ПО, использование лицензионного программного обеспечения, запрет на установку непроверенных программ.</p> <p>B) Использование</p>
			<p>1 – C 2 – D 3 – A 4 – B</p>

		<p>3 Потеря или повреждение данных о пациентах из-за вредоносного программного обеспечения (вирусы, ransomware).</p> <p>4 Фальсификация электронных назначений или записей в истории болезни.</p>	<p>цифровой подписи (ЭЦП) для заверки медицинских документов и назначений, обеспечение их юридической значимости и неизменности.</p> <p>С) Использование только защищенных корпоративных каналов связи (VPN, защищенная почта внутри ЛПУ), шифрование передаваемых данных, строгий запрет на передачу данных через личные ресурсы.</p> <p>Д) Настройка системы разграничения прав доступа (ролевая модель), использование сложных уникальных паролей, двухфакторная аутентификация, аудит действий пользователей.</p>	
59.	ОПК-1	Установите соответствие между видом аналитического отчета/графического представления данных и его назначением для принятия клинических решений в нефрологии.		<p>1 – А</p> <p>2 – С</p> <p>3 – В</p>

		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="463 229 577 411">№</th> <th data-bbox="577 229 1205 411">Вид аналитического отчета / График</th> <th data-bbox="1205 229 1789 411">Назначение для клинической практики нефролога</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="463 411 577 651">1</td> <td data-bbox="577 411 1205 651">Динамический график изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня альбуминурии у пациента во времени.</td> <td data-bbox="1205 411 1789 651">А) Оценка тенденции прогрессирования почечной дисфункции, эффективности нефропротективной терапии.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="463 651 577 890">2</td> <td data-bbox="577 651 1205 890">Отчет-сводка по пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в центре.</td> <td data-bbox="1205 651 1789 890">В) Визуализация структуры заболеваемости для планирования учебных мероприятий или профилактических программ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="463 890 577 1129">3</td> <td data-bbox="577 890 1205 1129">Диаграмма (круговая или столбчатая) распределения пациентов по стадиям ХБП в прикрепленной популяции.</td> <td data-bbox="1205 890 1789 1129">С) Определение потребности в расходных материалах, лекарствах, планирование графиков диализа, анализ нагрузки на персонал.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="463 1129 577 1430">4</td> <td data-bbox="577 1129 1205 1430">Интерактивная номограмма для прогнозирования риска терминальной почечной недостаточности.</td> <td data-bbox="1205 1129 1789 1430">D) Индивидуальное консультирование пациента о прогнозе заболевания, обсуждение плана лечения и модификации факторов риска на основе персонализированной математической модели.</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.	2	Отчет-сводка по пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в центре.	В) Визуализация структуры заболеваемости для планирования учебных мероприятий или профилактических программ.	3	Диаграмма (круговая или столбчатая) распределения пациентов по стадиям ХБП в прикрепленной популяции.	С) Определение потребности в расходных материалах, лекарствах, планирование графиков диализа, анализ нагрузки на персонал.	4	Интерактивная номограмма для прогнозирования риска терминальной почечной недостаточности.	D) Индивидуальное консультирование пациента о прогнозе заболевания, обсуждение плана лечения и модификации факторов риска на основе персонализированной математической модели.	4 – D
№	Вид аналитического отчета / График	Назначение для клинической практики нефролога																
1	Динамический график изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня альбуминурии у пациента во времени.	А) Оценка тенденции прогрессирования почечной дисфункции, эффективности нефропротективной терапии.																
2	Отчет-сводка по пациентам, находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в центре.	В) Визуализация структуры заболеваемости для планирования учебных мероприятий или профилактических программ.																
3	Диаграмма (круговая или столбчатая) распределения пациентов по стадиям ХБП в прикрепленной популяции.	С) Определение потребности в расходных материалах, лекарствах, планирование графиков диализа, анализ нагрузки на персонал.																
4	Интерактивная номограмма для прогнозирования риска терминальной почечной недостаточности.	D) Индивидуальное консультирование пациента о прогнозе заболевания, обсуждение плана лечения и модификации факторов риска на основе персонализированной математической модели.																
60.	ОПК-1	Этапы обработки персональных данных пациента при ведении электронной истории	4, 2, 6, 5, 1, 3.															

		<p>болезни (ЭИБ) в отделении нефрологии. Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при работе с ЭИБ, обеспечивающую соблюдение требований информационной безопасности.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести результаты проведенного сеанса гемодиализа и данные текущего осмотра в соответствующие разделы ЭИБ. 2. Получить однократный код подтверждения из мобильного приложения для входа в медицинскую информационную систему (МИС). 3. Выйти из системы (закрыть сеанс работы) по окончании работы. 4. Авторизоваться в системе, введя индивидуальный логин и сложный пароль. 5. Проанализировать динамику лабораторных показателей (креатинин, скорость клубочковой фильтрации) за последний месяц. 6. Проверить, к какому конкретному пациенту открыта ЭИБ, сверить идентификаторы. 	
61.	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.
62.	ОПК-1	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при первичном</p>	2 → 5 → 4 → 3 → 1

		<p>оформлении электронной медицинской карты (ЭМК).</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести в электронный дневник врача план дальнейшего обследования и лечения, назначив необходимые лекарственные препараты в электронной системе. 2. Провести авторизацию в медицинской информационной системе с использованием персонального ключа доступа (электронной подписи). 3. В разделе "Диагноз" сформировать и верифицировать окончательный клинический диагноз с указанием стадии ХБП, этиологии, сопутствующих заболеваний. 4. Проанализировать и занести в соответствующие разделы ЭМК данные лабораторных и инструментальных исследований (СКФ по формулам, данные УЗИ почек, протеинурию). 5. Открыть карту пациента по ФИО/полису и заполнить раздел "Анамнез", включая данные офисного измерения артериального давления и жалоб. 	
63.	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</p>

			<p>граждан», 152-ФЗ «О персональных данных»). Личная почта не гарантирует защиту информации от утечки или перехвата. 2. Я отвечу пациенту в вежливой форме, поблагодарю за активность, но объясню, что для сохранения врачебной тайны и обеспечения качества консультации необходимо использовать официальные защищенные каналы связи. 3. Я предложу пациенту следующие альтернативы: Защищенный личный кабинет</p>
--	--	--	---

			<p>пациента (ЛКП) в медицинской информационно й системе (МИС) клиники. Это самый предпочтительн ый вариант, так как позволяет вести защищенный обмен сообщениями, прикреплять файлы, видеть всю историю болезни и назначения. Все данные шифруются и хранятся в соответствии с требованиями безопасности.</p> <p>4. Акцентирую важность очного визита для осмотра, измерения АД и сдачи лабораторных анализов в аккредитованной</p>
--	--	--	---

			лаборатории, так как данные домашних экспресс-тестов могут быть неточны.
64.	ОПК-1	Коллега из другого города просит вас по WhatsApp пересмотреть компьютерную томографию почек его родственника, отправив вам DICOM-файлы и ФИО пациента. Ваши действия с обоснованием с точки зрения ИКТ и безопасности.	Я откажусь проводить консультацию в таком формате и объясню коллеге причины: 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

			<p>врачебной тайны.</p> <p>2. Отсутствие юридической силы и ответственности: Консультация в неофициальном мессенджере не фиксируется в медицинской документации, не имеет юридического статуса. В случае ошибки невозможно установить ответственность.</p> <p>3. Неполнота информации: Для принятия врачебного решения недостаточно только КТ-изображения. Необходим доступ к полной истории болезни, анализам, что невозможно в</p>
--	--	--	--

			<p>мессенджере.</p> <p>4.</p> <p>Альтернативное предложение: Я предложу коллеге организовать официальную телемедицинскую консультацию в рамках действующего законодательства: его родственник оформляет запрос в моем лечебном учреждении, предоставляет информированное согласие на телеконсультацию. Данные КТ и медицинская документация загружаются в защищенный раздел телемедицинской платформы или передаются по официальным</p>
--	--	--	---

			защищенным каналам связи между ЛПУ. Консультация оформляется официальным заключением, которое вносится в медицинскую карту.
65.	ОПК-1	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?	<ol style="list-style-type: none"> 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

			<p>мнению, представленные данные могут позволить идентифицировать пациента, что нарушает врачебную тайну и этические нормы. Попросить удалить или дополнительно отредактировать (сильнее обезличить) данное сообщение.</p> <p>3. Внутренне сделать вывод о недопустимости размещения даже якобы анонимных случаев в открытых источниках. Для профессионального обсуждения сложных случаев следует использовать защищенные</p>
--	--	--	---

			<p>профессиональные сообщества, специализированные платформы для врачей с проверенной регистрацией или очные клинические разборы.</p> <p>4. Если я точно знаю, откуда и кем мог быть выложен этот случай (например, коллегой из моего учреждения), деликатно поговорить с ним на эту тему, объяснив риски.</p>
66.	ОПК-1	<p>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</p>	<p>принцип минимально необходимого доступа (или "принцип наименьших привилегий").</p>
67.	ОПК-1	<p>Для безопасной передачи результатов биопсии почки и других конфиденциальных данных между лечебными учреждениями в рамках телемедицинской консультации</p>	<p>защищенный (или</p>

		необходимо использовать _____ канал связи, например, с применением технологий шифрования. Вставьте термин	"безопасный").
68.	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
69.	ОПК-1	<p>Защита персональных данных и конфиденциальной информации в медицинской информационной системе (МИС) нефрологического отделения. Врач-нефролог использует МИС для ведения истории болезни пациента с хронической болезнью почек (ХБП). Какие действия врача являются корректными с точки зрения соблюдения правил информационной безопасности и защиты персональных данных? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> Оставить рабочую сессию в МИС открытой на компьютере в ординаторской для оперативного доступа, отлучившись на консилиум. Предоставить логин и пароль от МИС медицинской сестре для внесения данных о суточном диурезе пациента. Осуществлять авторизацию в системе с использованием уникального личного логина и сложного пароля, регулярно его обновляя. При обсуждении сложного клинического случая на научной конференции продемонстрировать данные КТ-исследования почек, предварительно полностью анонимизировав их (удалив ФИО, дату рождения, номер истории болезни). 	3, 4
70.	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"> Провести консультацию через любой доступный мессенджер с функцией видеозвонка для удобства пациента. Использовать для консультации специализированную защищенную медицинскую 	2, 4

		<p>платформу, рекомендованную лечебным учреждением.</p> <p>3. Попросить пациента прислать фото лабораторных результатов в общий чат социальной сети для оперативного обсуждения.</p> <p>4. Убедиться, что выбранное средство связи обеспечивает шифрование передаваемых данных</p>	
71.	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> <p>1. Использование двухфакторной аутентификации для доступа</p> <p>2. Передача логина и пароля коллеге по телефону для срочного просмотра анализа</p> <p>3. Хранение только обезличенных данных для научных исследований</p> <p>4. Работа с базой данных через незащищенное публичное Wi-Fi-соединение</p>	2, 4
72.	ОПК-1	<p>При подготовке научной публикации, включающей данные пациентов отделения, врач-нефролог должен обеспечить: Выберите два верных ответа.</p> <p>1. Полное обезличивание данных (исключение возможности идентификации пациента)</p> <p>2. Получение одобрения локального этического комитета</p> <p>3. Использование только данных пациентов, давших отдельное письменное согласие на использование их информации в исследовании</p> <p>4. Размещение полных оригиналов историй болезни в открытом доступе для подтверждения достоверности</p>	1, 2
73.	ОПК-1	<p>Использование информационно-коммуникационных технологий и обеспечение информационной безопасности в практике врача-нефролога. Выберите два верных ответа.</p> <p>Какие из перечисленных видов информационных систем являются специализированными медицинскими и наиболее релевантными для работы нефролога?</p> <p>1. Система электронного документооборота (СЭД) общего назначения.</p> <p>2. Радиологическая информационная система (РИС).</p> <p>3. Лабораторная информационная система (ЛИС).</p> <p>4. Нефрологический регистр, интегрированный с электронной медицинской картой (ЭМК).</p>	3, 4

74.	ОПК-1	<p>Какие данные из электронной медицинской карты (ЭМК) пациента с хронической болезнью почек (ХБП) являются критически важными для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью встроенного в ИС калькулятора?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рост, вес, возраст, уровень креатинина в сыворотке крови. 2. Возраст, пол, уровень креатинина в сыворотке крови. 3. Уровень глюкозы крови, артериальное давление, пол. 4. Пол, уровень калия в сыворотке, уровень альбумина в моче 	2
75.	ОПК-1	<p>Какое действие врача-нефролога соответствует принципам информационной безопасности при использовании рабочей станции в медицинской организации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оставить открытой электронную медицинскую карту на экране при кратковременном отходе от рабочего места, чтобы быстро продолжить работу. 2. Использовать один и тот же простой пароль для доступа ко всем системам. 3. Установить на рабочем компьютере блокировку экрана при бездействии на короткий промежуток времени. 4. Переслать файл с персональными данными пациента на свою личную почту для работы дома. 	3
76.	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
77.	ОПК-1	<p>При обнаружении на своем рабочем компьютере признаков заражения вредоносным</p>	2

		<p>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. 	
78.	ОПК-1	<p>Врач-нефролог участвует в многоцентровом исследовании. Для безопасного обмена обезличенными наборами клинических данных с координационным центром предпочтительно использовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отправку данных как вложения в письме через любую почтовую службу. 2. Передачу данных через защищенное FTP-хранилище или специализированные платформы для исследований с использованием шифрования. 3. Размещение данных на публичном файлообменнике (например, Яндекс.Диск, Google Диск) и отправку ссылки коллегам. 4. Запись данных на USB-флеш-накопитель и отправку по обычной почте. 	2
79.	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
80.	ОПК-1	<p>При использовании мобильного приложения-калькулятора для оценки риска</p>	2

		<p>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. 	
81.	ОПК-1	<p>Какое действие нарушает принципы этики и информационной безопасности при обсуждении случаев заболеваний в профессиональном чате врачей-нефрологов в интернете?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обсуждение интересного клинического случая без указания каких-либо персональных данных пациента (ФИО, адрес, точный возраст, даты госпитализации). 2. Публикация деидентифицированных изображения гистологического препарата почки с описанием. 3. Размещение фотографии выписки из истории болезни, где видны ФИО пациента и номер полиса, для получения консультации по тактике лечения. 4. Обсуждение новых клинических рекомендаций по лечению гломерулонефритов. 	3
82.	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

83.	ОПК-1	<p>В информационной системе нефрологического отделения для анализа эффективности лечения хранятся обезличенные данные пациентов, включая результаты анализов (креатинин, СКФ, протеинурия) и параметры терапии. При подготовке научной публикации необходимо использовать эти данные. Какой из следующих принципов информационной безопасности является НАИБОЛЕЕ критичным для соблюдения в данном случае?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доступность – обеспечение бесперебойного доступа к данным для авторов исследования. 2. Конфиденциальность – предотвращение несанкционированного доступа и раскрытия персональных данных пациентов. 3. Целостность – гарантия точности и неизменности медицинских данных в процессе анализа. 4. Актуальность – использование только самых последних данных из системы. 	2
84.	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Электронная медицинская карта (ЭМК), встроенная в МИС лечебного учреждения. 2. Специализированный нефрологический калькулятор (например, в виде мобильного приложения или онлайн-сервиса) для расчета СКФ, индекса массы тела, доз лекарств. 3. Программа для статистической обработки данных (например, SPSS или R) для ретроспективных клинических исследований. 4. Система видеоконференцсвязи для проведения телемедицинских консультаций с пациентами на дому. 	1, 2
85.	ОПК-2	<p>Установите соответствие между видом медицинской помощи (левый столбец) и условиями, в которых она оказывается (правый столбец). Для каждой позиции из левого</p>	1 – Б, 2 – В, 3 – А, 4 – Г

		<p>столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="465 322 786 347">Вид медицинской помощи</th> <th data-bbox="931 322 1155 347">Условия оказания</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="465 408 842 466">1. Первичная медико-санитарная помощь</td> <td data-bbox="931 395 1279 481">А. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="465 526 734 584">2. Специализированная медицинская помощь</td> <td data-bbox="931 526 1261 584">Б. В амбулаторных условиях (в поликлинике)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="465 660 826 686">3. Скорая медицинская помощь</td> <td data-bbox="931 628 1261 718">В. В стационарных условиях (в круглосуточном стационаре)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="465 762 808 820">4. Паллиативная медицинская помощь</td> <td data-bbox="931 762 1200 820">Г. В условиях дневного стационара</td> </tr> </tbody> </table>	Вид медицинской помощи	Условия оказания	1. Первичная медико-санитарная помощь	А. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи)	2. Специализированная медицинская помощь	Б. В амбулаторных условиях (в поликлинике)	3. Скорая медицинская помощь	В. В стационарных условиях (в круглосуточном стационаре)	4. Паллиативная медицинская помощь	Г. В условиях дневного стационара	
Вид медицинской помощи	Условия оказания												
1. Первичная медико-санитарная помощь	А. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи)												
2. Специализированная медицинская помощь	Б. В амбулаторных условиях (в поликлинике)												
3. Скорая медицинская помощь	В. В стационарных условиях (в круглосуточном стационаре)												
4. Паллиативная медицинская помощь	Г. В условиях дневного стационара												
86.	ОПК-2	<p>Установите соответствие между медико-статистическим показателем, используемым для оценки качества стационарной помощи, и его определением.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="465 1002 607 1027">Показатель</th> <th data-bbox="797 1002 958 1027">Определение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="465 1088 636 1114">1. Летальность</td> <td data-bbox="797 1075 1312 1133">А. Отношение числа проведенных больными дней к среднегодовому числу коек</td> </tr> <tr> <td data-bbox="465 1177 712 1292">2. Средняя длительность пребывания больного на койке</td> <td data-bbox="797 1190 1312 1279">Б. Отношение числа умерших в стационаре к числу выбывших (выписанных + умерших) больных</td> </tr> <tr> <td data-bbox="465 1356 651 1382">3. Оборот койки</td> <td data-bbox="797 1343 1290 1401">В. Отношение числа выбывших больных к среднегодовому числу коек</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Определение	1. Летальность	А. Отношение числа проведенных больными дней к среднегодовому числу коек	2. Средняя длительность пребывания больного на койке	Б. Отношение числа умерших в стационаре к числу выбывших (выписанных + умерших) больных	3. Оборот койки	В. Отношение числа выбывших больных к среднегодовому числу коек	1 – Б, 2 – Г, 3 – В, 4 – А		
Показатель	Определение												
1. Летальность	А. Отношение числа проведенных больными дней к среднегодовому числу коек												
2. Средняя длительность пребывания больного на койке	Б. Отношение числа умерших в стационаре к числу выбывших (выписанных + умерших) больных												
3. Оборот койки	В. Отношение числа выбывших больных к среднегодовому числу коек												

		4. Среднегодовая занятость койки	Г. Отношение числа койко-дней, проведенных больными, к числу выбывших больных											
87.	ОПК-2	<p>Установите соответствие между первичным медицинским документом и информацией, которая в нем преимущественно фиксируется.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Документ</th> <th>Содержание</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у)</td> <td>А. Учет движения пациентов и коечного фонда стационара</td> </tr> <tr> <td>2. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-02)</td> <td>Б. Детальные записи врача о состоянии пациента, назначениях, этапных и выписных эпикризах</td> </tr> <tr> <td>3. Журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у)</td> <td>В. Данные для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов</td> </tr> <tr> <td>4. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у-02)</td> <td>Г. Фиксация факта и причины отказа в плановой или экстренной госпитализации</td> </tr> </tbody> </table>		Документ	Содержание	1. Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у)	А. Учет движения пациентов и коечного фонда стационара	2. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-02)	Б. Детальные записи врача о состоянии пациента, назначениях, этапных и выписных эпикризах	3. Журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у)	В. Данные для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	4. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у-02)	Г. Фиксация факта и причины отказа в плановой или экстренной госпитализации	1 – Б, 2 – В, 3 – Г, 4 – А
Документ	Содержание													
1. Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у)	А. Учет движения пациентов и коечного фонда стационара													
2. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-02)	Б. Детальные записи врача о состоянии пациента, назначениях, этапных и выписных эпикризах													
3. Журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у)	В. Данные для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов													
4. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у-02)	Г. Фиксация факта и причины отказа в плановой или экстренной госпитализации													
88.	ОПК-2	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при первичном выявлении пациента с ХБП 4 стадии (СКФ 20 мл/мин/1,73 м²) в амбулаторных условиях.</p> <p>А. Направить пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности (при наличии стойких нарушений функций).</p>		Б, Д, В, Г, А										

		<p>Б. Взять пациента на диспансерный учет с контролем функции почек, электролитов и артериального давления.</p> <p>В. Провести беседу с пациентом о методах заместительной почечной терапии (диализ, трансплантация) и важности своевременного создания сосудистого доступа.</p> <p>Г. Направить пациента на консультацию к сосудистому хирургу для формирования артериовенозной фистулы.</p> <p>Д. Внести данные пациента в региональный регистр больных с ХБП и лист ожидания диализа.</p>	
89.	ОПК-2	<p>Установите последовательность этапов оформления электронного листка нетрудоспособности (ЭЛН) пациенту с обострением хронического гломерулонефрита, госпитализированному в круглосуточный стационар.</p> <p>А. Закрытие ЭЛН при выписке с указанием кода нарушения режима (если было) и даты выхода на работу.</p> <p>Б. Формирование ЭЛН при поступлении в приемном покое с указанием кода причины «01» (заболевание).</p> <p>В. Внесение записей в раздел «Заполняется в стационаре»: даты госпитализации и выписки, сведений о новом заболевании (если изменилось).</p> <p>Г. Продление ЭЛН лечащим врачом каждые 15 дней (или реже) врачебной комиссией.</p>	Б, В, Г, А
90.	ОПК-2	<p>Установите правильную последовательность действий администрации (заведующего отделением) при организации планового перевода пациента с хроническим гемодиализом из одного диализного центра в другой в пределах одного города (по немедицинским показаниям, например, смена места жительства).</p> <p>А. Получение информированного добровольного согласия пациента на перевод.</p> <p>Б. Заключение договора между принимающей медицинской организацией и страховой медицинской организацией (или ТФОМС) на оказание заместительной почечной терапии.</p> <p>В. Направление официального запроса из передающей организации в принимающую о</p>	А, В, Г, Б, Д

		<p>наличии свободных диализных мест.</p> <p>Г. Передача выписного эпикриза и результатов обследований на инфекционные маркеры (ВИЧ, гепатиты) в принимающий центр.</p> <p>Д. Информирование территориального фонда ОМС и Росздравнадзора о смене места оказания помощи пациенту (маршрутизации).</p>	
91.	ОПК-2	<p>Основным документом, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», является _____, утвержденный Министерством здравоохранения РФ. (вставьте термин)</p>	<p>Порядок оказания медицинской помощи</p>
92.	ОПК-2	<p>Под диспансерным наблюдением понимается проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями (например, хронической болезнью почек), с целью своевременного выявления, предупреждения осложнений и _____ заболевания. (вставьте термин)</p>	<p>обострений (или прогрессирования)</p>
93.	ОПК-2	<p>Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий их временное освобождение от работы, называется _____.(вставьте термин)</p>	<p>листок нетрудоспособности (или больничный лист)</p>
94.	ОПК-2	<p>Заведующий нефрологическим отделением поручил вам, ординатору, проанализировать ситуацию с госпитализацией пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С5д (диализный этап). В течение последних 3 месяцев наблюдается рост госпитализаций пациентов на программном гемодиализе в экстренное приемное отделение стационара с декомпенсацией артериальной гипертензии и гиперкалиемией. При этом профильные койки (нефрологические) часто простаивают или заняты пациентами с другими патологиями. Главный врач просит предложить меры по оптимизации маршрутизации и снижению нагрузки на приемный покой.</p> <p>Вопрос: Опишите, какие организационные мероприятия вы предложите? Как организовать взаимодействие амбулаторного звена (центра диализа), скорой помощи и стационара для</p>	<p>Анализ проблемы: Корень проблемы — отсутствие преемственности между амбулаторным диализным центром и стационаром.</p> <p>Организационные мероприятия:</p> <p>Разработка и</p>

		<p>решения данной проблемы? Ответ обоснуйте с точки зрения принципов организации медицинской помощи (этапность, преемственность).</p>	<p>утверждение четкого регламента (порядка) взаимодействия между ГБУЗ «Городская больница №Х» (стационар) и ООО «Центр амбулаторного диализа». В регламенте прописать показания для экстренной госпитализации (гиперкалиемия >7,0 ммоль/л, некупируемый отек легких и т.д.) и показания для плановой коррекции терапии.</p> <p>Введение системы предварительных заявок. При ухудшении состояния диализного пациента, не требующего экстренной реанимации, врач диализного центра направляет электронную заявку в отделение (через защищенные каналы связи или</p>
--	--	---	--

			<p>ЕМИАС) для согласования даты и времени госпитализации.</p> <p>Организация консультативного дистанционного центра (теле-ЭКП). Проведение онлайн-консилиумов между дежурным нефрологом стационара и врачом диализного центра для решения вопроса: "можно ли скорректировать терапию амбулаторно (учащение диализа, коррекция диеты) или нужна госпитализация?".</p> <p>Обучение диспетчеров скорой помощи. Проведение занятий с фельдшерами/врачами СП о том, что пациентов с диализного центра, если состояние не критическое, можно везти не в приемный покой общего профиля, а сразу в профильное</p>
--	--	--	---

			<p>отделение (при наличии договоренности), либо связываться с дежурным нефрологом до транспортировки.</p> <p>Обоснование: Это соответствует принципам этапности, преемственности и приближения помощи к пациенту, снижает нагрузку на экстренную службу и уменьшает стоимость лечения.</p>
95.	ОПК-2	<p>В нефрологическом отделении за два полугодия (1-е и 2-е) прошедшего года были получены следующие статистические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-е полугодие: Выписано пациентов – 600. Из них с летальным исходом – 24. Проведено койко-дней – 5400. • 2-е полугодие: Выписано пациентов – 650. Из них с летальным исходом – 39. Проведено койко-дней – 5200. <p>Вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассчитайте основные показатели деятельности отделения за каждое полугодие: летальность (%) и среднюю длительность пребывания на койке (дней). 2. Проанализируйте динамику показателей. О чем может свидетельствовать рост летальности при одновременном снижении среднего койко-дня? Предложите управленческое решение для углубленного анализа этой ситуации. 	<p>Расчеты:</p> <p>1-е полугодие:</p> <p>Летальность = $(24 / 600) * 100\% = 4\%$.</p> <p>Средняя длительность = $5400 / 600 = 9$ дней.</p> <p>2-е полугодие:</p> <p>Летальность = $(39 / 650) * 100\% = 6\%$.</p> <p>Средняя длительность = $5200 / 650 = 8$ дней.</p> <p>Анализ:</p>

			<p>Мы видим рост летальности с 4% до 6% (на 50% относительных) и снижение средней длительности госпитализации с 9 до 8 дней.</p> <p>Возможные причины (гипотезы):</p> <p>Тяжесть пациентов: В отделение стали поступать более тяжелые пациенты (например, с сепсисом, шоком), которые либо быстро погибают, либо быстро переводятся в реанимацию (что снижает средний койко-день в отделении).</p> <p>Преждевременная выписка: Из-за необходимости высвободить койки, пациентов начали выписывать раньше, не долечив до конца, что могло привести к росту летальности после выписки (но данные это не учитывают)</p>
--	--	--	--

			<p>или к повторным госпитализациям.</p> <p>Качество помощи: Возможно снижение качества диагностики или лечения на начальном этапе.</p> <p>Управленческое решение: Провести углубленный анализ структуры летальности:</p> <p>Проанализировать нозологическую структуру умерших (распределение по диагнозам) в сравнении с предыдущим периодом.</p> <p>Провести экспертизу качества медицинской помощи в каждом случае летального исхода (целевая экспертиза) для выявления дефектов ведения.</p> <p>Оценить частоту и своевременность перевода пациентов в реанимацию.</p>
--	--	--	---

96.	ОПК-2	<p>При анализе годового отчета нефрологической службы региона выявлено, что обеспеченность врачами-нефрологами в амбулаторном звене (поликлиниках) составляет 0,8 на 100 000 взрослого населения, при рекомендуемом федеральном нормативе — 1,5. При этом диспансерное наблюдение пациентов с ХБП 3-4 стадий ведут в основном терапевты. Количество впервые выявленных пациентов с ХБП 5 стадии (терминальная) за год выросло на 10%.</p> <p>Вопрос: Как дефицит амбулаторных нефрологов может влиять на статистику позднего выявления ХБП и рост терминальной стадии? Какие организационные меры (не требующие быстрого увеличения ставок) вы можете предложить для улучшения раннего выявления ХБП в условиях дефицита кадров?</p>	<p>Влияние дефицита кадров: Дефицит нефрологов напрямую ведет к снижению доступности специализированной помощи на ранних этапах. Терапевты, не имея достаточной настороженности или углубленных знаний по нефрологии, могут поздно назначать необходимые обследования (скорость клубочковой фильтрации, альбуминурию) или неверно интерпретировать их результаты. Вследствие этого пациенты с ХБП 3-4 стадий не получают своевременной нефропротективной терапии и быстрее прогрессируют до 5-й стадии. Рост впервые выявленных пациентов с терминальной стадией — маркер неэффективности</p>
-----	-------	---	---

			<p>первичного звена.</p> <p>Организационные меры (без расширения штата):</p> <p>Обучение терапевтов (Школы для врачей): Проведение цикла лекций/семинаров для участковых терапевтов и врачей общей практики по скринингу ХБП (критерии: СКФ <60, альбуминурия, гипертонии, диабетика).</p> <p>Внедрение протоколов/чек-листов: Разработка и внедрение в ЕМИАС (электронную карту) триггеров (напоминаний) для терапевта: если у пациента есть сахарный диабет или гипертония, система автоматически напоминает о необходимости рассчитать СКФ раз в год.</p> <p>Организация</p>
--	--	--	--

			<p>"дистанционного консультирования" (ЦАОП - центра амбулаторной онкологической помощи по аналогии, но для нефрологии): Создание единого консультативного центра, куда терапевт может отправить электронный запрос со скан-копией анализов сложного пациента и в течение 24 часов получить рекомендации нефролога без очного приема.</p> <p>Централизация скрининга: Договориться с клинико-диагностической лабораторией о том, чтобы в общем анализе мочи автоматически подсчитывалось соотношение альбумин/креатинин у пациентов групп риска.</p>
97.	ОПК-2	КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В	3

		<p>РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ? (Выберите один НЕПРАВИЛЬНЫЙ ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи 2. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья 3. Максимальная коммерциализация медицинских услуг 4. Доступность и качество медицинской помощи 	
98.	ОПК-2	<p>КТО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Страховые медицинские организации 2. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) 3. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, в подчинении которых находятся организации 4. Территориальные фонды ОМС 	3
99.	ОПК-2	<p>ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «НЕФРОЛОГИЯ» РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приказом Минздрава России 2. Постановлением Правительства РФ 3. Федеральным законом 4. Локальными актами медицинской организации 	1
100.	ОПК-2	<p>ПРИНЦИП ЭТАПНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ПРЕДПОЛАГАЕТ (Выберите два верных ответа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направление пациента из поликлиники в стационар при наличии показаний 	1, 2

		<p>2. Перевод пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар или поликлинику для долечивания</p> <p>3. Самостоятельный выбор пациентом любого федерального центра без направления</p> <p>4. Наблюдение участкового терапевта без участия нефролога</p>	
101.	ОПК-2	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК (ОПП) НА ДОМУ, ВРАЧ ОБЯЗАН:</p> <p>1. Назначить обильное питье и нефропротективную терапию</p> <p>2. Организовать экстренную госпитализацию в стационар, имеющий возможность проведения диализа</p> <p>3. Направить пациента на консультацию к нефрологу в поликлинику в плановом порядке</p> <p>4. Выдать направление на анализы и пригласить пациента через неделю</p>	2
102.	ОПК-2	<p>ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЯМИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП)? (Выберите два верных ответа)</p> <p>1. Наличие жалоб от пациентов</p> <p>2. Выполнение индикаторов качества (например, доля пациентов с ХБП, получающих ингибиторы АПФ)</p> <p>3. Соблюдение стандартов и клинических рекомендаций</p> <p>4. Удовлетворенность пациента сервисными условиями</p>	2, 3
103.	ОПК-2	<p>ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ: (Выберите два верных ответа)</p>	2, 3

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Страховыми медицинскими организациями 2. Руководителями структурных подразделений (зав. отделением) 3. Врачебной комиссией медицинской организации 4. Территориальным органом Росздравнадзора 	
104.	ОПК-2	<p>ЦЕЛЮ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление дефектов оформления медицинской документации 2. Оценка эффективности использования коечного фонда 3. Выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата 4. Назначение административного наказания врачу 	3
105.	ОПК-2	<p>КАКОЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОМУ БОЛЬНОМУ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Амбулаторная карта (форма 025/у) 2. Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) 3. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-02) 4. Листок нетрудоспособности 	2
106.	ОПК-2	<p>ПОД «НЕНАДЛЕЖАЩИМ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПОНИМАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Несоответствие оказанной медицинской помощи критериям качества, стандартам и 	1

		<p>клиническим рекомендациям</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Вежливость медицинского персонала 3. Наличие очередей в регистратуру 4. Отсутствие платных услуг 	
107.	ОПК-2	<p>ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ: (Выберите два верных ответа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приказом Минздрава России 2. Индивидуальным планом работы участкового терапевта 3. Желанием пациента 4. Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 	1, 4
108.	ОПК-2	<p>ЧТО ТАКОЕ ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году 2. Совокупность заболеваний, зарегистрированных в данном году, независимо от срока их возникновения 3. Совокупность заболеваний, впервые в жизни выявленных в течение календарного года 4. Распространенность хронических патологий 	3
109.	ОПК-2	КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ	2

		<p>НАСЕЛЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗНЫМИ МЕСТАМИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Количество диализных залов в регионе 2. Число диализных коек (мест) на 1 миллион населения 3. Общее количество проведенных сеансов гемодиализа 4. Средняя зарплата медперсонала диализного центра 	
110.	ОПК-2	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ «ГОДОВАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ЗПТ)» РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отношение числа умерших на ЗПТ за год к среднегодовому числу пациентов на ЗПТ, умноженное на 100% 2. Отношение числа умерших на ЗПТ к общему числу умерших в регионе 3. Число умерших на ЗПТ, умноженное на 1000 4. Отношение числа пациентов, начавших ЗПТ, к числу умерших 	1
111.	ОПК-2	<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Число новых случаев ХБП, зарегистрированных в данном году 2. Общее число всех случаев ХБП (как впервые выявленных, так и известных ранее) на 1000 (или 100 000) населения 3. Количество госпитализаций по поводу ХБП 4. Количество пациентов, состоящих на диспансерном учете 	2
112.	ОПК-2	<p>ПОД ПОКАЗАТЕЛЕМ «ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХБП, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ» ПОНИМАЮТ:</p>	2

		<p>1. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу пациентов с ХБП в регионе</p> <p>2. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу пациентов с терминальной ХБП, получающих ЗПТ</p> <p>3. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу жителей региона</p> <p>4. Число пациентов, прошедших обучение перитонеальному диализу</p>																					
113.	ОПК-3	<p>Установите соответствие между методом диагностики в нефрологии и его наиболее точным описанием или основным предназначением.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Буква</th> <th>Метод диагностики</th> <th>Цифра</th> <th>Описание / Основное предназначение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Биопсия почки</td> <td>1</td> <td>«Золотой стандарт» для морфологической верификации диагноза гломерулопатий, оценка активности и хронизации процесса.</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>СКТ почек с контрастированием</td> <td>2</td> <td>Визуализация кист, объемных образований, аномалий развития, оценка уродинамики и перфузии органа.</td> </tr> <tr> <td>В</td> <td>Суточная протеинурия</td> <td>3</td> <td>Количественная оценка потери белка с мочой, ключевой критерий для классификации нефротического синдрома.</td> </tr> <tr> <td>Г</td> <td>Проба Реберга-Тареева</td> <td>4</td> <td>Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.</td> </tr> </tbody> </table>	Буква	Метод диагностики	Цифра	Описание / Основное предназначение	А	Биопсия почки	1	«Золотой стандарт» для морфологической верификации диагноза гломерулопатий, оценка активности и хронизации процесса.	Б	СКТ почек с контрастированием	2	Визуализация кист, объемных образований, аномалий развития, оценка уродинамики и перфузии органа.	В	Суточная протеинурия	3	Количественная оценка потери белка с мочой, ключевой критерий для классификации нефротического синдрома.	Г	Проба Реберга-Тареева	4	Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.	<p>А - 1</p> <p>Б – 2</p> <p>В - 3</p> <p>Г - 4</p> <p>Д - 5</p>
Буква	Метод диагностики	Цифра	Описание / Основное предназначение																				
А	Биопсия почки	1	«Золотой стандарт» для морфологической верификации диагноза гломерулопатий, оценка активности и хронизации процесса.																				
Б	СКТ почек с контрастированием	2	Визуализация кист, объемных образований, аномалий развития, оценка уродинамики и перфузии органа.																				
В	Суточная протеинурия	3	Количественная оценка потери белка с мочой, ключевой критерий для классификации нефротического синдрома.																				
Г	Проба Реберга-Тареева	4	Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.																				

		Д	УЗИ почек и мочевого пузыря	5	Скрининговый метод для оценки размеров, положения, структуры почек, выявления гидронефроза, конкрементов.		
114.	ОПК-3	Установите соответствие между ведущим клиническим синдромом в нефрологии и его основным патофизиологическим механизмом					А – 1 Б - 2 В - 3 Г - 4 Д - 5
		Буква	Клинический синдром	Цифра	Основной патофизиологический механизм		
		А	Нефротический синдром	1	Массивное повреждение клубочкового фильтрационного барьера, ведущее к выраженной потере белка.		
		Б	Острое почечное повреждение (ОПП)	2	Быстрое (часы-дни) снижение скорости клубочковой фильтрации, накопление азотистых шлаков.		
		В	Артериальная гипертензия	3	Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и/или задержка натрия и воды.		
		Г					
		Д					

		синдром			поражение канальцев и интерстиция (например, при лекарственной нефропатии, пиелонефрите).		
		Д	Хроническая болезнь почек (ХБП)	5	Прогрессирующая необратимая потеря нефронов с постепенным снижением СКФ в течение месяцев и лет.		
115.	ОПК-3	Установите соответствие между группой препаратов и основной целью (задачей) их назначения в нефрологической практике					А - 1 Б - 2 В - 3 Г - 4 Д - 5
		Буква	Группа препаратов	Цифра	Основная цель назначения в контексте нефропротекции		
		А	Ингибиторы АПФ (иАПФ) / БРА	1	Снижение внутриклубочковой гипертензии и протеинурии за счет блокады РААС.		
		Б	Петлевые диуретики (фуросемид)	2	Устранение объем-зависимой гипертензии и отеков при сниженной СКФ (ОПП, ХБП 4-5 ст.).		
		В	Глюкокортикостероиды	3	Подавление иммунного		

				<p>иммуноопосредованных гломерулопатиях (например, БПН).</p> <p>Коррекция дислипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом или ХБП, как фактора риска прогрессирования.</p> <p>Контроль гиперфосфатемии и вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с ХБП 3б-5 ст.</p>	
		Г	Статины	4	
		Д	Фосфат-связывающие препараты	5	
116.	ОПК-3	<p>Установите правильную логическую последовательность действий врача-нефролога при первичном осмотре пациента с макрогематурией. Цифры расставьте в порядке от первого до последнего шага.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение нефробиопсии для уточнения морфологического диагноза. 2. Тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование (исключение ЛОР-патологии, инфекций, травм, приема лекарств). 3. Проведение ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря. 4. Назначение лечения в зависимости от установленной причины (например, иммуносупрессия при гломерулонефрите). 5. Выполнение лабораторных анализов: общий анализ мочи с оценкой морфологии эритроцитов, анализ крови, определение функции почек (креатинин, СКФ), белковый спектр. 6. Дифференциация источника кровотечения (урологический / нефрологический) на основании данных цитологии и УЗИ. 			2 → 5 → 3 → 6 → 1 → 4

117.	ОПК-3	<p>Установите последовательность шагов в терапии гиперфосфатемии, начиная с самого первого. Цифры расставьте в порядке от первого до последнего рекомендуемого действия.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При неэффективности добавить или увеличить дозу фосфат-связывающих препаратов (севеламера, карбоната лантана, солей кальция). 2. Оценка приверженности пациента к диете и медикаментозной терапии. 3. Ограничение продуктов, богатых неорганическим фосфатом (консервы, колбасы, плавленые сыры, газированные напитки). 4. Повторный контроль уровня фосфора и ПТГ в крови через 2-4 недели. 5. Назначение активных метаболитов витамина D или аналогов ПТГ при вторичном гиперпаратиреозе 	3 → 2 → 1 → 5 → 4
118.	ОПК-3	<p>Расположите диагностические мероприятия в логическом порядке при подозрении на ренопаренхиматозную гипертензию у пациента с высоким АД и изменениями в анализе мочи. Цифры расставьте от первоочередного к заключительному.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Измерение АД, оценка гипертензивного анамнеза и проведение суточного мониторирования АД (СМАД). 2. Направление пациента на консультацию к эндокринологу для исключения феохромоцитомы или первичного альдостеронизма. 3. Выполнение скинтиграфии почек или экскреторной урографии. 4. Лабораторная диагностика: анализ мочи (протеинурия, гематурия, цилиндры), анализ крови (креатинин, калий, натрий, СКФ). 5. Проведение ультразвукового исследования почек с доплерографией почечных артерий. 6. Назначение терапии ингибиторами АПФ/БРА при подтверждении диагноза и отсутствии противопоказаний. 	1 → 4 → 5 → 3 → 2 → 6
119.	ОПК-3	<p>Вы готовите вводную лекцию по теме «Хроническая болезнь почек (ХБП): определение, классификация, эпидемиология». Составьте план этой лекции (не менее 5 ключевых пунктов), раскрывающий логику изложения материала для студентов, ранее не</p>	1. Актуальность проблемы: место ХБП в структуре

		<p>знакомых с темой.</p>	<p>заболеваемости и смертности в мире и в РФ, экономическое бремя.</p> <p>2. Определение ХБП (по критериям KDIGO 2012): повреждение почек и/или снижение СКФ < 60 мл/мин/1.73м² в течение ≥ 3 месяцев.</p> <p>3. Критерии диагностики: маркеры повреждения (альбинурия/п протеинурия, изменения в мочевом осадке, гистологические изменения, структурные аномалии, перенесенная трансплантация почки) и оценка функции (СКФ).</p> <p>4. Классификация</p>
--	--	---------------------------------	---

			<p>ХБП по стадиям (СКФ) и категориям альбуминурии (А1, А2, А3). Демонстрация «тепловой карты» KDIGO, объединяющей оба параметра для стратификации риска.</p> <p>5. Принципы скрининга групп риска (пациенты с СД, АГ, сердечно-сосудистыми заболеваниями, отягощенным семейным анамнезом).</p>
120.	ОПК-3	Вам необходимо объяснить студентам патогенез отечного синдрома при нефротическом синдроме. Изложите последовательность патологических событий, начиная с повреждения клубочкового фильтра, и объясните ключевую роль гипоальбуминемии.	<p>1. Повреждение клубочкового фильтра (при гломерулонефритах, диабетической нефропатии и др.) приводит к потере его</p>

			<p>селективности → массивная протеинурия (> 3,5 г/сут).</p> <p>2. Потеря белка, в основном альбумина, превышает синтетическую способность печени → развивается гипоальбуминемия.</p> <p>3. Снижение онкотического давления плазмы → переход жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство по градиенту давления → формирование периферических и полостных отеков.</p> <p>4. Уменьшение внутрисосудистого объема (гиповолемия)</p>
--	--	--	--

			<p>активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) и симпатическую нервную систему, а также стимулирует секрецию АДГ.</p> <p>5. Это приводит к задержке натрия и воды почками, что еще более усугубляет отеки (гиповолемический тип отеков). Формируется «порочный круг».</p>
121.	ОПК-3	<p>Студент задал вопрос: «Почему при терминальной ХБП развивается анемия?». Дайте развернутый ответ, пригодный для использования в учебном процессе, выделив основные патогенетические механизмы.</p>	<p>Анемия при ХБП является нормоцитарной, нормохромной и носит преимущественно гипорегенераторной. Основные механизмы:</p>

			<p>1. Дефицит эритропоэтина (ЭПО): Основная причина. Почка – главный источник синтеза ЭПО. При прогрессировании и ХБП продукция ЭПО перитубулярными и фибробластами резко снижается, что приводит к недостаточной стимуляции эритропоэза в костном мозге.</p> <p>2. Сокращение продолжительности жизни эритроцитов из-за уремической интоксикации.</p> <p>3. Дефицит железа: Вызван хронической кровопотерей (гастропатия, частые заборы</p>
--	--	--	--

			<p>крови, гемодиализ с остаточной кровью в диализаторе), снижением всасывания железа в кишечнике, а также его повышенным потреблением при терапии стимуляторами эритропоэза.</p> <p>4. Уремические ингибиторы эритропоэза и угнетение костного мозга.</p> <p>5. Вторичный гиперпаратиреоз : Избыток паратгормона оказывает прямое миелотоксическое действие.</p> <p>6. Дополнительные факторы: Дефицит фолатов,</p>
--	--	--	---

			гемолиз.
122.	ОПК-3	<p>Вставьте пропущенный термин в определение.</p> <p>« _____ – это патологическое состояние, характеризующееся стойким (более 3 месяцев) снижением скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1.73м² и/или наличием маркеров повреждения почек (альбинурия, изменения в осадке мочи, гистологические изменения, структурные аномалии, перенесенная трансплантация почки)».</p>	Хроническая болезнь почек (ХБП)
123.	ОПК-3	<p>Дополните предложенный алгоритм действий, вставив пропущенное ключевое словосочетание.</p> <p>При проведении занятия по теме «Диагностика нефротического синдрома» после демонстрации клинического случая необходимо перейти к обсуждению дифференциального диагноза. Эффективным педагогическим приемом на этом этапе является организация _____, в ходе которой обучающиеся, разделенные на малые группы, анализируют и сравнивают возможные заболевания.</p>	<p>клинического разбора кейса (или: решения ситуационных задач; клинико-лабораторного разбора; анализа клинических ситуаций).</p> <p>Допустим любой из перечисленных синонимичных вариантов, отражающих интерактивный групповой метод обучения на основе клинического материала</p>
124.	ОПК-3	<p>Вставьте пропущенные термины в схему патогенеза.</p> <p>Завершите схему патогенеза острого почечного повреждения (ОПП) преренальной формы: «Снижение системного АД или почечного кровотока → _____ → Компенсаторная активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и симпатической нервной системы → _____ → Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)».</p>	1) Снижение перфузионного давления в почечных клубочках

			2) Сужение приносящих артериол (вазоконстрикция) и снижение клубочковой фильтрации (Краткий допустимый вариант: 1) Снижение перфузионного давления, 2) Вазоконстрикция).
125.	ОПК-3	<p>Вы проводите практическое занятие со студентами 4 курса по теме "Острый гломерулонефрит (ОГН)". Вам необходимо выбрать наиболее эффективный и методически правильный способ объяснить патогенез формирования "олигурии" при ОГН студентам, которые только начали изучать нефрологию.</p> <p>Вопрос: Какой из предложенных методов объяснения будет наиболее педагогически целесообразен в данной ситуации?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить студентам самостоятельно найти информацию в современных руководствах и сделать краткие презентации на следующем занятии. 2. Использовать схему-алгоритм, наглядно связывающую ключевые звенья патогенеза (иммунное воспаление клубочка → снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) → задержка натрия и воды → снижение диуреза) с параллельным комментарием каждого этапа. 3. Прочитать мини-лекцию, детально освещающую все молекулярные и клеточные механизмы повреждения подоцитов и мезангия. 4. Раздать студентам научную статью по иммунопатогенезу ОГН для самостоятельного 	2

		изучения с последующим обсуждением.	
126.	ОПК-3	<p>При подготовке к семинару по теме "Хроническая болезнь почек (ХБП)" вы разрабатываете интерактивный кейс для работы в малых группах. Ваша цель — не только проверить знание классификации, но и развить у ординаторов клиническое мышление и навыки командного взаимодействия.</p> <p>Вопрос: Какие элементы должны быть обязательно включены в структуру эффективного педагогического кейса по данной теме? Выберите два верных ответа.</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подробная биография пациента, включая данные о его образовании и семейном положении. 2. Четко сформулированное задание или вопрос для обсуждения в группе (например: "Определите стадию ХБП, основные факторы прогрессирования и составьте план лечения"). 3. Раздаточный материал в виде неструктурированного набора лабораторных данных и выписок из истории болезни. 4. Достаточный и необходимый для решения клинический материал: жалобы, анамнез, данные осмотра, результаты ключевых лабораторных (креатинин, СКФ, протеинурия) и инструментальных исследований. 	2, 4
127.	ОПК-3	<p>После лекции по "Диагностике нефротического синдрома" вы хотите оперативно оценить, насколько аудитория усвоила ключевой дифференциально-диагностический критерий между двумя патологиями. Вам необходимо выбрать формат моментального контроля, который займет минимум времени и даст объективную картину по всей группе.</p> <p>Вопрос: Какой метод текущего контроля знаний будет наиболее эффективен в описанной ситуации?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести устный опрос 2-3 студентов у доски с разбором клинического примера. 2. Использовать систему интерактивного голосования (или его простейший аналог — карточки с буквами А, В, С, D) с одним тестовым вопросом: "Для минимальных изменений клубочков, в отличие от мембранозной нефропатии, характерно: А)... В)... С) наличие 	2

		<p>субэпителиальных депозитов D) высокая частота спонтанных ремиссий у взрослых".</p> <p>3. Дать домашнее задание — написать реферат по дифференциальной диагностике гломерулопатий.</p> <p>4. Предложить студентам в конце пары анонимно написать на листке, что было самым сложным в теме.</p>	
128.	ОПК-3	<p>Разрабатывая план практического занятия по интерпретации результатов общего анализа мочи, вы выделяете ключевые маркеры нефротического синдрома. Какие из указанных находок в моче являются типичными для нефротического синдрома? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Протеинурия > 3,5 г/сут 2. Глюкозурия 3. Цилиндры: гиалиновые, восковидные 4. Оксалатурия</p>	1, 3
129.	ОПК-3	<p>При обучении ординаторов дифференциальной диагностике острого почечного повреждения (ОПП), вы акцентируете внимание на прerenальных причинах. Какие из перечисленных состояний являются классическими примерами прerenального ОПП? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Острый гломерулонефрит 2. Декомпенсированная сердечная недостаточность 3. Массивное желудочно-кишечное кровотечение 4. Острый тубулоинтерстициальный нефрит, вызванный антибиотиками</p>	2, 3
130.	ОПК-3	<p>Вы готовите учебный кейс для разбора на конференции. Пациент с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа, гиперкреатининемией, нормоцитарной анемией и гиперфосфатемией. Формулировка какого диагноза будет наиболее корректной и педагогически верной для демонстрации этапов диагностики?</p>	1

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Диабетическая нефропатия, ХБП С3а стадия 2. Хронический гломерулонефрит, ХБП С4 стадия 3. Хроническая болезнь почек (диабетическая нефропатия), стадия 3а, быстро прогрессирующее течение 4. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия (ХБП С5) 	
131.	ОПК-3	<p>Объясняя студентам принципы лечения гиперкалиемии у пациента с ХБП, вы указываете на мероприятия, эффект которых развивается в первые минуты-часы. Какие из перечисленных вмешательств относятся к неотложной терапии? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение кальция глюконата 2. Назначение петлевых диуретиков (фуросемид) 3. Пероральный прием полистиролсульфоната натрия 4. Инфузия глюкозы с инсулином 	1, 4
132.	ОПК-3	<p>При составлении вопросов для тестового контроля по теме «Инфекции мочевыводящих путей (ИМП)» вы включаете вопрос о критериях диагностики острого неосложненного пиелонефрита. Какой из признаков НЕ является для него обязательным ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лейкоцитурия 2. Бактериурия > 10⁵ КОЕ/мл 3. Лихорадка > 38°С, боли в пояснице 4. Наличие резистентной флоры в посеве 	4
133.	ОПК-3	<p>В рамках преподавания темы «Терапия гломерулярных болезней» вы разбираете показания к назначению иммуносупрессивной терапии. При каком из перечисленных морфологических типов первичного гломерулонефрита иммуносупрессия (глюкокортикоиды/цитостатики) является терапией первого выбора?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь минимальных изменений (БМИ) 	1

		<p>2. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)</p> <p>3. Мембранозная нефропатия (МН)</p> <p>4. Фибриллярный гломерулонефрит</p>	
134.	ОПК-3	<p>Готовясь к семинару по почечной заместительной терапии (ПЗТ), вы формулируете абсолютные показания к началу диализа. Какие из перечисленных состояний относятся к таким показаниям? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Уремический перикардит</p> <p>2. Стойкая гиперкалиемия > 6,0 ммоль/л, рефрактерная к консервативной терапии</p> <p>3. Уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 12 мл/мин/1.73м² без симптомов</p> <p>4. Выраженные периферические отеки</p>	1, 2
135.	ОПК-3	<p>Обсуждая с ординаторами тактику при синдроме острого повреждения почек (ОПП), вы подчеркиваете необходимость исключения обструктивной уропатии. Какие из методов исследований являются первоочередными для подтверждения или исключения этого состояния?</p> <p>1. Изотопная ренография</p> <p>2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря</p> <p>3. Компьютерная томография органов забрюшинного пространства</p> <p>4. Экскреторная урография</p>	2
136.	ОПК-3	<p>При обучении оценке водно-электролитного баланса у нефрологического пациента, вы спрашиваете о признаках гиперволемии. Какие из следующих клинических проявлений свидетельствуют о ее наличии? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Ортостатическая гипотензия, тахикардия</p> <p>2. Набухание шейных вен, влажные хрипы в легких</p> <p>3. Периферические отеки, асцит</p> <p>4. Сухость кожных покровов и слизистых</p>	2, 3

137.	ОПК-3	<p>Вы разрабатываете алгоритм диагностики вторичных артериальных гипертензий для самостоятельной работы студентов. При каком из перечисленных симптомокомплексов в первую очередь следует заподозрить реноваскулярную гипертензию?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертензия, устойчивая к комбинированной терапии + шум над почечными артериями 2. Гипертензия + мышечная слабость + гипокалиемия 3. Пароксизмальное течение гипертензии с головной болью, потливостью, тахикардией 4. Гипертензия у молодой женщины с указанием на частые «почечные» инфекции в анамнезе 	1
138.	ОПК-3	<p>Разбирая тему «Протеинурия», вы объясняете виды протеинурии в зависимости от источника. Какие из перечисленных заболеваний являются типичной причиной развития преренальной протеинурии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Миеломная болезнь (белок Бенс-Джонса) 2. Острый пиелонефрит 3. Амилоидоз почек 4. Диабетическая нефропатия 	1
139.	ОПК-3	<p>Готовя материал для лекции «Кислотно-основное состояние при ХБП», вы указываете на характерный тип нарушений. Какое нарушение кислотно-основного состояния наиболее типично для пациентов с ХБП С4-С5 стадий?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Декомпенсированный метаболический алкалоз 2. Компенсированный метаболический ацидоз с высоким анионным промежутком 3. Респираторный ацидоз 4. Респираторный алкалоз 	2
140.	ОПК-3	<p>При обучении проведению дифференциального диагноза между острым и хроническим повреждением почек, вы просите назвать УЗИ-признаки, более характерные для</p>	2

		<p>хронического процесса. Какие из них таковыми являются?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение размеров почек, повышенная эхогенность коркового слоя 2. Уменьшение размеров почек, истончение паренхимы, неровные контуры 3. Расширение чашечно-лоханочной системы 4. Наличие объемных образований 	
141.	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 2 - А 3 - Б 4 - Г</p>
142.	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>1 - В 2 - Б 3 - А 4 - Г</p>

		<p>А. Оценка отдельной и общей функции почек, выявление обструкции.</p> <p>Б. Окончательная верификация морфологического диагноза при гломерулопатиях, неясной протеинурии или почечной недостаточности.</p> <p>В. Скрининговая оценка размеров, положения, структуры почек, выявление кист, гидронефроза, конкрементов.</p> <p>Г. Дифференциальная диагностика паренхиматозной и реноваскулярной АГ, подбор антигипертензивной терапии.</p>	
143.	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>
144.	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. 	<p>2, 1, 4, 5, 3, 6</p>

		<p>3. Исключение ортостатической протеинурии (при необходимости — сбор мочи в положении лежа и стоя).</p> <p>4. Оценка функции почек (креатинин крови, расчет СКФ) и состояния углеводного обмена (глюкоза крови).</p> <p>5. Проведение УЗИ почек для оценки их размеров, структуры и исключения обструкции.</p> <p>6. Назначение иммунологического обследования (например, антинуклеарные антитела, комплемент) при подозрении на вторичный гломерулонефрит.</p>	
145.	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
146.	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 волевического 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

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

			<p>общий анализ крови (возможен лейкоцитоз), биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, 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 противопоказани</p>
--	--	--	--

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

			литотрипсия, эндоскопическое удаление).
148.	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</p>

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

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

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

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

			<p>фосфатаза, паратгормон. Сердечно-сосудистый риск: ЭКГ (особенно важно при гиперкалиемии), ЭхоКГ, липидный спектр.</p> <p>Подготовка к заместительной почечной терапии: Обследование сосудистого доступа (УЗИ сосудов предплечья), консультация сосудистого хирурга.</p>
150.	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>
151.	ОПК-4	На амбулаторном приеме пациент 45 лет с длительным анамнезом артериальной	1. Общий анализ

		<p>гипертензии. При расспросе выяснилось, что в последнее время он отмечает появление пенистой мочи и пастозность голеней к вечеру.</p> <p>Вопрос: Для первичной оценки наличия и степени патологии почек, помимо измерения артериального давления, врач-нефролог должен в первую очередь назначить следующие два базовых лабораторных исследования:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>	<p>мочи</p> <p>2. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, расчет СКФ)</p>
152.	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>
153.	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
154.	ОПК-4	<p>У пациента 58 лет с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа при плановом обследовании в течение 3 месяцев и более сохраняется скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ, 48 мл/мин/1,73м². В анализах мочи стабильно определяется альбуминурия 350 мг/г креатинина. Какой стадии ХБП соответствует данное состояние согласно классификации KDIGO (2012)?</p>	3

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

		<p>3. Диабетическая нефропатия 4. Мочекаменная болезнь</p>	
158.	ОПК-4	<p>При проведении дифференциальной диагностики олигоанурии у пациента в реанимации, какие исследования необходимо выполнить в первую очередь? Выберите два верных ответа.</p> <p>1. Определение уровня натрия и осмолярности мочи 2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря 3. Биопсию почки 4. Радиоизотопную ренографию</p>	1, 2
159.	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> <p>1. IgA-нефропатия (болезнь Берже) 2. Острый постстрептококковый гломерулонефрит 3. Мочекаменная болезнь 4. Острый цистит</p>	1
160.	ОПК-4	<p>Для нефрогенного несахарного диабета характерны:</p> <p>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</p>	1

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

		<p>2. Наличие шума в проекции почечных артерий при аускультации живота</p> <p>3. Гипокалиемия на фоне приема диуретиков</p> <p>4. Стабильное течение гипертензии в течение 20 лет</p>	
165.	ОПК-4	<p>Для синдрома Альпорта НЕ характерно:</p> <p>1. Прогрессирующее снижение функции почек</p> <p>2. Нейросенсорная тугоухость</p> <p>3. Поражение переднего отрезка глаза (катаракта)</p> <p>4. Гематурия как ведущий мочевого синдром</p>	3
166.	ОПК-4	<p>У пациента 70 лет внезапно развилась анурия, боли в пояснице отсутствуют. Какой первый и наиболее информативный метод инструментальной диагностики?</p> <p>1. Экскреторная урография</p> <p>2. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря</p> <p>3. Компьютерная томография почек с контрастированием</p> <p>4. Микционная цистоуретрография</p>	2
167.	ОПК-4	<p>Какие электролитные нарушения наиболее характерны для терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП С5)?</p> <p>1. Гиперкалиемия, гиперфосфатемия, гипокальциемия</p> <p>2. Гипокалиемия, гипофосфатемия, гиперкальциемия</p> <p>3. Гипернатриемия, гипомагниемия</p> <p>4. Гипокалиемия, гиперхлоремический ацидоз</p>	1
168.	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>	2, 4

		<p>Вопрос: Какие из перечисленных диагностических мероприятий являются первоочередными и обязательными для установления формы и причины ОПП у данного пациента? Выберите один или несколько верных ответов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшинного пространства с контрастированием. 2. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря с оценкой внутривенного кровотока (доплерография). 3. Определение суточной протеинурии и электрофореза белков мочи. 4. Анализ мочи по Зимницкому и Нечипоренко, микроскопия мочевого осадка. 													
169.	ОПК-5	<p>Установите соответствие между клиническим синдромом/симптомом при заболеваниях 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</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	1-А, 2-В, 3-С, 4-Д, 5-Е
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														

		кальцитриол)	
170.	ОПК-5	Установите соответствие между диагнозом (нозологической формой) и основным патогенетическим механизмом, который определяет тактику иммуносупрессивной терапии	1-В, 2-С, 3-А, 4- D, 5-Е
		<p>Диагноз (нозологическая форма)</p> <p>1. Волчаночный нефрит (пролиферативный, класс III/IV по ISN/RPS)</p> <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>Основной патогенетический механизм / мишень терапии</p> <p>А. Образование аутоантител к антигену 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</p>

		антител (АНЦА), активация нейтрофилов и повреждение сосудов													
171.	ОПК-5	<p>Установите соответствие между клинической ситуацией (побочным эффектом/состоянием) и группой нефротоксичных препаратов, наиболее часто его вызывающей</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Клиническая ситуация (побочный эффект / состояние)</th> <th>Группа лекарственных препаратов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Острое канальцевое повреждение с неолигурической ОПП, гипокалиемией, гипомагниемией</td> <td>А. Ингибиторы кальциневрина (циклоспорин, такролимус)</td> </tr> <tr> <td>2. ОПП вследствие преренальной вазоконстрикции у пациентов, принимающих НПВП по поводу остеоартрита</td> <td>В. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)</td> </tr> <tr> <td>3. Тромботическая микроангиопатия (ТМА) у реципиента почки</td> <td>С. Аминогликозиды</td> </tr> <tr> <td>4. Интерстициальный нефрит с эозинофилией и кожной сыпью</td> <td>Д. Антибиотики пенициллинового ряда (реже - другие)</td> </tr> <tr> <td>5. Миелома почки (протеинурия Бенс-Джонса, повреждение канальцев)</td> <td>Е. Химиотерапевтические препараты (бисфосфонаты, ифосфамид и др.) / Световые цепи иммуноглобулинов (при миеломе)</td> </tr> </tbody> </table>	Клиническая ситуация (побочный эффект / состояние)	Группа лекарственных препаратов	1. Острое канальцевое повреждение с неолигурической ОПП, гипокалиемией, гипомагниемией	А. Ингибиторы кальциневрина (циклоспорин, такролимус)	2. ОПП вследствие преренальной вазоконстрикции у пациентов, принимающих НПВП по поводу остеоартрита	В. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	3. Тромботическая микроангиопатия (ТМА) у реципиента почки	С. Аминогликозиды	4. Интерстициальный нефрит с эозинофилией и кожной сыпью	Д. Антибиотики пенициллинового ряда (реже - другие)	5. Миелома почки (протеинурия Бенс-Джонса, повреждение канальцев)	Е. Химиотерапевтические препараты (бисфосфонаты, ифосфамид и др.) / Световые цепи иммуноглобулинов (при миеломе)	1-С, 2-В, 3-А, 4- D, 5-Е
Клиническая ситуация (побочный эффект / состояние)	Группа лекарственных препаратов														
1. Острое канальцевое повреждение с неолигурической ОПП, гипокалиемией, гипомагниемией	А. Ингибиторы кальциневрина (циклоспорин, такролимус)														
2. ОПП вследствие преренальной вазоконстрикции у пациентов, принимающих НПВП по поводу остеоартрита	В. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)														
3. Тромботическая микроангиопатия (ТМА) у реципиента почки	С. Аминогликозиды														
4. Интерстициальный нефрит с эозинофилией и кожной сыпью	Д. Антибиотики пенициллинового ряда (реже - другие)														
5. Миелома почки (протеинурия Бенс-Джонса, повреждение канальцев)	Е. Химиотерапевтические препараты (бисфосфонаты, ифосфамид и др.) / Световые цепи иммуноглобулинов (при миеломе)														
172.	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>	1, 2, 3, 4, 5.												

		<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. 	
173.	ОПК-5	<p>Этапность диагностического поиска при впервые выявленной изолированной гематурии. Установите правильную логическую последовательность действий врача-нефролога. 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, 	3, 2, 4, 1, 5.
174.	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, 	1, 2, 3, 4, 5.

		<p>диурез за последние часы, признаки дегидратации или перегрузки).</p> <p>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).</p> <p>4. Восстановить эффективный объем циркулирующей крови при гиповолемии или назначить диуретики при гиперволемии.</p> <p>5. При отсутствии противопоказаний и сохраненном диурезе провести пробу с водной нагрузкой или фуросемидом.</p>	
175.	ОПК-5	<p>Пациент 65 лет с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии поступил с уровнем креатинина сыворотки 350 мкмоль/л (eGFR 15 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>Цели: Снижение сердечно-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,</p>

			<p>сальбутамол ингаляционно. Назначение катионообменно й смолы (полистиролсуль фонат кальция) перорально или ректально. Контроль АД и протеинурии: Назначить/титро вать иАПФ (или БРА) до максимально переносимой дозы, если калий позволяет (<5.0 ммоль/л). Добавить блокатор кальциевых каналов (амлодипин) и/или тиазидоподобны й диуретик (индапамид, при СКФ <30 – петлевой диуретик фуросемид). Снижение</p>
--	--	--	--

			<p>сердечно-сосудистого риска: Статин в переносимой дозе. Коррекция гиперволемии: Ограничение соли (<5г/сут) и жидкости. Петлевой диуретик (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>
176.	ОПК-5	Пациент 58 лет, получающий гемодиализ по поводу ХБП 5Д, предъявляет жалобы на	Оценка: У

		<p>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>пациента выраженный вторичный гиперпаратиреоз (вПТГ) на фоне диализа. Уровни Са и Р находятся в целевом диапазоне, но симптомы (зуд, боли в костях) характерны для вПТГ. Цели терапии: Достижение целевых уровней: корректированны й Са 2.1-2.5 ммоль/л, Р 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</p>
--	--	---	--

			<p>связыватели (севеламер, лантан) для поддержания P в целевом диапазоне.</p> <p>2. Активированные метаболиты витамина D (альфакальцидол, кальцитриол): Назначать с осторожностью при нормальном/низко-нормальном Ca. Возможно применение для подавления ПТГ.</p> <p>3. Агонисты рецептора кальцимитетика (цинакальцет): Препарат первого выбора для снижения ПТГ при нормальном/высоком Ca. Начать с 30 мг/сут, титровать по уровню ПТГ, Ca,</p>
--	--	--	---

			Р. 4. Контроль: Регулярный (ежемесячный) мониторинг Са, Р, ПТГ.
177.	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.	Диагностика: Срочный забор вытекающего диализата на анализ: подсчет лейкоцитов (при перитоните >100/мкл, с преобладанием нейтрофилов >50%), посев на микрофлору. ОАК, биохимия (включая СРБ). 2. Лечение (эмпирическое, до получения посева): Антибиотикотерапия внутрибрюшинно: Чаще всего старт с цефалоспорины 1 поколения

			<p>(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.</p> <p>Добавление гепарина в диализат для предотвращения образования фибрина.</p> <p>После получения посева – коррекция АБТ</p>
--	--	--	--

			согласно чувствительности.
178.	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: Нв 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, статин.</p> <p>Какую стартовую терапию препаратами железа для коррекции анемии при ХБП вы назначите данному пациенту в первую очередь?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	3
179.	ОПК-5	<p>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.</p> <p>Какие из перечисленных ниже препаратов или схем являются обоснованным выбором для индукции ремиссии у данного пациента? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Циклофосфамид (внутривенно пульс-терапия) в комбинации с глюкокортикоидами (метилпреднизолон с последующим переходом на преднизолон per os). 2. Ритуксимаб в комбинации с глюкокортикоидами. 	1, 2

		<p>3. Мофетила микофенолат в монотерапии.</p> <p>4. Азатиоприн в комбинации с глюкокортикоидами.</p>	
180.	ОПК-5	<p>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</p> <p>1. Ингибиторы АПФ</p> <p>2. Петлевые диуретики</p> <p>3. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (БРА)</p> <p>4. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)</p>	1, 3
181.	ОПК-5	<p>У пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (СКФ 22 мл/мин) развивается гиперфосфатемия. Какие немедикаментозные и медикаментозные рекомендации по контролю фосфатов являются верными? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Ограничение в диете продуктов, богатых фосфатами (молоко, сыр, орехи)</p> <p>2. Назначение фосфат-связывающих препаратов на основе солей алюминия</p> <p>3. Прием фосфат-связывающих препаратов, содержащих кальций, во время еды</p> <p>4. Увеличение потребления богатых фосфатами продуктов для стимуляции выведения</p>	1, 3
182.	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> <p>1. Общий анализ крови (риск лейкопении)</p> <p>2. Уровень глюкозы крови (риск стероидного диабета)</p> <p>3. Только уровень креатинина</p> <p>4. Посев мочи еженедельно</p>	1, 2
183.	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> <p>1. Немедленное назначение высоких доз глюкокортикоидов</p> <p>2. Отмена нефротоксичного препарата, коррекция гиповолемии, поддержание гемодинамики</p>	2

		<p>3. Экстренное начало процедур гемодиализа</p> <p>4. Назначение антибиотиков широкого спектра действия</p>	
184.	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> <p>1. Селективная иммуносупрессия за счет истощения В-лимфоцитов; риск инфекционных осложнений</p> <p>2. Неспецифическая цитостатическая терапия; риск геморрагического цистита</p> <p>3. Антицитокиновая терапия; риск реактивации туберкулеза</p> <p>4. Стероид-сберегающий эффект; риск артериальной гипертензии</p>	1
185.	ОПК-5	<p>У пациента с терминальной ХБП (СКФ 10 мл/мин) и анурией развивается гиперкалиемия 6.8 ммоль/л без изменений на ЭКГ. Какая экстренная тактика лечения показана? Выберите два верных ответа</p> <p>1. Внутривенное введение 10% раствора хлорида кальция</p> <p>2. Внутривенное введение глюкозо-инсулиновой смеси и бикарбоната натрия</p> <p>3. Прием внутрь калий-связывающей смолы (полистиролсульфонат натрия)</p> <p>4. Срочное начало заместительной почечной терапии (гемодиализ)</p>	2, 4
186.	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> <p>1. Бета-блокаторы (бисопролол)</p> <p>2. Ингибиторы АПФ (рамиприл)</p> <p>3. Антагонисты кальция (амлодипин)</p> <p>4. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан)</p>	2, 4
187.	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> <p>1. Назначение ибупрофена</p> <p>2. Назначение парацетамола (ацетаминофена)</p>	2, 3

		3. Назначение трамадола (с осторожностью, при неэффективности парацетамола) 4. Назначение диклофенака	
188.	ОПК-5	Для контроля эффективности терапии, направленной на замедление прогрессирования диабетической болезни почек, НАИБОЛЕЕ важными и информативными показателями являются: Выберите два верных ответа 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
189.	ОПК-5	У пациента с ХБП 5 стадии, получающего перитонеальный диализ, развился перитонит. Какие из перечисленных действий соответствуют стандарту лечения? Выберите два верных ответа 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	1, 3
190.	ОПК-5	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? 1. Назначение только препаратов железа перорально 2. Назначение эритропоз-стимулирующего агента (ЭСА) 3. Назначение препаратов железа внутривенно 4. Переливание эритроцитарной массы	3
191.	ОПК-5	Какие клинические и лабораторные признаки указывают на необходимость начала заместительной почечной терапии (диализа) у пациента с ХБП? Выберите два верных ответа 1. Снижение СКФ до 20 мл/мин при полном отсутствии симптомов 2. Рефрактерные к лечению гиперкалиемия или ацидоз	2, 3

		<p>3. Уремический перикардит</p> <p>4. Только уровень мочевины выше 30 ммоль/л</p>	
192.	ОПК-5	<p>При лечении быстро прогрессирующего гломерулонефрита (БПН) пульс-терапией метилпреднизолоном, за каким потенциально жизнеугрожающим побочным эффектом необходимо наблюдать особенно тщательно?</p> <p>1. Острая задержка мочи</p> <p>2. Отек легких и острая сердечная недостаточность из-за задержки жидкости</p> <p>3. Острый гипертонический криз</p> <p>4. Анафилактическая реакция</p>	2
193.	ОПК-5	<p>Пациенту 58 лет с диабетической нефропатией (ХБП 3а стадии, СКФ 55 мл/мин), 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> <p>1. Ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозин).</p> <p>2. Петлевой диуретик (торасемид).</p> <p>3. Антагонист минералокортикоидных рецепторов (финеренон).</p> <p>4. Блокатор медленных кальциевых каналов (амлодипин).</p>	1, 3
194.	ОПК-5	<p>Пациенту с хронической болезнью почек (ХБП) С3б стадии (СКФ 35 мл/мин/1,73м²) и вторичным гиперпаратиреозом (уровень паратормона повышен в 3 раза выше верхней границы нормы) назначен активный метаболит витамина D (кальцитриол). Какой лабораторный показатель необходимо контролировать с наибольшей частотой для оценки безопасности проводимого лечения?</p> <p>1. Уровень калия сыворотки</p> <p>2. Уровень кальция и фосфора сыворотки</p> <p>3. Уровень мочевой кислоты</p> <p>4. Уровень гемоглобина</p>	2

195.	ОПК-5	<p>Пациентке 65 лет с диагнозом «Системная красная волчанка, волчаночный нефрит (III класс)» назначена терапия глюкокортикостероидами (преднизолон) в дозе 1 мг/кг/сут. Какие из перечисленных препаратов следует назначить дополнительно для коррекции и профилактики осложнений терапии, влияющих на безопасность лечения? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Омепразол 2. Амлодипин 3. Кальция карбонат + Колекальциферол 4. Аллопуринол 	1, 3		
196.	ОПК-6	<p>Установите соответствие между стадией ХБП (по СКФ) и наиболее приоритетным направлением реабилитационных мероприятий</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Стадия ХБП (СКФ, мл/мин/1,73 м²)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХБП 1-2 стадии (СКФ ≥60) 2. ХБП 3 стадии (СКФ 30-59) 3. ХБП 4 стадии (СКФ 15-29) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Направление медицинской реабилитации</p> <p>А. Тренировка переносимости физической нагрузки, коррекция артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых рисков, диетотерапия.</p> <p>Б. Подготовка к заместительной почечной терапии (диализу/трансплантации), психологическая адаптация, профилактика осложнений уремии.</p> <p>В. Формирование приверженности к длительному лечению и наблюдению, обучение принципам здорового образа жизни.</p> </td> </tr> </table>	<p>Стадия ХБП (СКФ, мл/мин/1,73 м²)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХБП 1-2 стадии (СКФ ≥60) 2. ХБП 3 стадии (СКФ 30-59) 3. ХБП 4 стадии (СКФ 15-29) 	<p>Направление медицинской реабилитации</p> <p>А. Тренировка переносимости физической нагрузки, коррекция артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых рисков, диетотерапия.</p> <p>Б. Подготовка к заместительной почечной терапии (диализу/трансплантации), психологическая адаптация, профилактика осложнений уремии.</p> <p>В. Формирование приверженности к длительному лечению и наблюдению, обучение принципам здорового образа жизни.</p>	1 – В 2 – А 3 – Б 4 – Г
<p>Стадия ХБП (СКФ, мл/мин/1,73 м²)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХБП 1-2 стадии (СКФ ≥60) 2. ХБП 3 стадии (СКФ 30-59) 3. ХБП 4 стадии (СКФ 15-29) 	<p>Направление медицинской реабилитации</p> <p>А. Тренировка переносимости физической нагрузки, коррекция артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых рисков, диетотерапия.</p> <p>Б. Подготовка к заместительной почечной терапии (диализу/трансплантации), психологическая адаптация, профилактика осложнений уремии.</p> <p>В. Формирование приверженности к длительному лечению и наблюдению, обучение принципам здорового образа жизни.</p>				

		4. ХБП 5 стадии (СКФ <15)	Г. Проведение программного гемодиализа или перитонеального диализа, реабилитация в интердиализный период, адаптация к режиму лечения.	
197.	ОПК-6	<p>Соответствие вида почечной заместительной терапии (ПЗТ) и ключевых задач медицинской реабилитации пациента.</p> <p>Установите соответствие между методом ПЗТ и специфической реабилитационной задачей:</p>		1 – Г 2 – А 3 – Б 4 – В
		Метод заместительной почечной терапии	Специфическая задача в рамках медицинской реабилитации	
		1. Программный гемодиализ	А. Тренировка самостоятельности пациента в проведении процедуры, профилактика инфекционных осложнений (перитонита).	
		2. Перитонеальный диализ	Б. Подбор оптимального двигательного режима и нутритивной поддержки для сохранения функции трансплантата.	
		3. Трансплантация почки	В. Коррекция анемии и минерально-костных нарушений, связанных с диализом.	
		4. Любой метод ПЗТ	Г. Адаптация к строгому графику процедур, профилактика гипотонии и судорог во время сеанса.	
198.	ОПК-6	<p>Установите соответствие между клиническим осложнением/синдромом при ХБП и элементом индивидуальной программы реабилитации (абилитации)</p>		1 – Б 2 – В 3 – А 4 – Г
		Осложнение / Синдром при ХБП	Элемент индивидуальной программы реабилитации / абилитации (ИПРА)	

		<p>ортопедической обуви, обучение самоконтролю за состоянием стоп.</p> <p>2. Почечная остеодистрофия, риск патологических переломов</p> <p>3. Синдром диабетической стопы (при сопутствующем СД)</p> <p>4. Нутритивная недостаточность, саркопения</p> <p>Б. Назначение комплекса лечебной физкультуры для укрепления мышц, тренировки равновесия и ходьбы.</p> <p>В. Консультация врача-диетолога для составления рациона с ограничением фосфора и коррекцией уровня белка.</p> <p>Г. Назначение дозированной аэробной физической нагрузки (ходьба, велотренажер) под контролем самочувствия и АД.</p>	
199.	ОПК-6	<p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при ведении пациента в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПРА) после выписки из стационара после трансплантации почки.</p> <p>Последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка функционального состояния трансплантата (уровень креатинина, СКФ) и выявление признаков отторжения. 2. Контроль и коррекция иммуносупрессивной терапии (уровень препаратов в крови, побочные эффекты). 3. Оценка и коррекция нутритивного статуса, водно-электролитного баланса. 4. Назначение и контроль дозированных физических нагрузок (кинезитерапия) для восстановления толерантности к физической нагрузке. 5. Скрининг и коррекция осложнений (артериальная гипертензия, анемия, инфекции, метаболические нарушения). 6. Психологическая поддержка и оценка качества жизни, консультация клинического психолога при необходимости. 7. Планирование очередного контрольного визита и оформление этапного эпикриза для карты ИПРА. 	1 → 2 → 3 → 5 → 4 → 6 → 7
200.	ОПК-6	Алгоритм действий при разработке раздела медицинской реабилитации в ИПРА для	1 → 2 → 3 → 5

		<p>пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии, получающего консервативную терапию.</p> <p>Установите логическую последовательность этапов формирования реабилитационного плана.</p> <p>Последовательность этапов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение комплексной оценки реабилитационного потенциала (соматический, физический, психологический статус). 2. Формулировка конкретных реабилитационных диагнозов (например, снижение толерантности к физической нагрузке, астено-депрессивный синдром, риск прогрессирования уремии). 3. Определение реабилитационных целей (краткосрочных и долгосрочных), согласование их с пациентом. 4. Назначение комплекса реабилитационных мероприятий: диетотерапия (низкобелковая, низкосолевая), ЛФК, лечение анемии, коррекция минеральных нарушений. 5. Назначение лекарственной терапии, направленной на замедление прогрессирования ХБП и лечение осложнений. 6. Обучение пациента и его родственников принципам самоуправления заболеванием (самоконтроль АД, диета, учет диуреза). 7. Определение критериев эффективности и сроков контроля для каждого мероприятия. 	→ 4 → 6 → 7
201.	ОПК-6	<p>Пациент на амбулаторном гемодиализе по поводу ХБП 5Д стадии. В ИПРА включены мероприятия по профилактике и коррекции белково-энергетической недостаточности (БЭН) и синдрома перегрузки железом. Установите последовательность мониторинга эффективности этих мероприятий.</p> <p>Последовательность мониторинга:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ежемесячная оценка субъективных показателей: аппетит, наличие отеков, одышки, толерантность к диализу. 2. Ежемесячный контроль лабораторных маркеров нутритивного статуса: сывороточный альбумин, преальбумин, холестерин. 3. Ежеквартальная оценка антропометрических данных: сухая масса тела, индекс массы тела, 	1 → 5 → 2 → 3 → 4 → 7 → 6

		<p>окружность мышц плеча.</p> <p>4. Контроль показателей метаболизма железа: ежеквартальное определение уровня ферритина и коэффициента насыщения трансферрина (НТЖ).</p> <p>5. Анализ данных адекватного диализного (Kt/V, URR) не реже 1 раза в месяц.</p> <p>6. Коррекция диетических рекомендаций и дозы препаратов железа/эритропоэз-стимулирующих агентов (ЭСА) на основе полученных данных.</p> <p>7. Оценка динамики уровня гемоглобина и дозы ЭСА для поддержания целевого уровня.</p>	
202.	ОПК-6	<p>Пациент 48 лет, страдающий хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (СКФ 22 мл/мин/1.73 м²) вследствие диабетической нефропатии, направлен в центр медицинской реабилитации. Основные жалобы: выраженная общая слабость, одышка при минимальной нагрузке, снижение толерантности к физической нагрузке. Разработайте индивидуальный план физической реабилитации для данного пациента. Обоснуйте каждый пункт плана, исходя из патофизиологических особенностей его состояния и рисков.</p>	<p>1. Оценка исходного состояния: Перед началом обязательны оценка кардиореспираторного статуса (ЭКГ, ЭхоКГ, пульсоксиметрия в покое и при нагрузке), контроль уровня АД, гликемии, электролитов (особенно калия).</p> <p>2. Режим нагрузок: Начало с аэробных нагрузок низкой интенсивности (30-40% от максимальной резервной ЧСС)</p>

			<p>под контролем инструктора. Ходьба по ровной местности или на тредмиле, велотренажер. Продолжительность: начать с 10-15 минут, с постепенным увеличением до 30 минут 3-5 раз в неделю.</p> <p>3. Цели и обоснование: Повышение толерантности к физической нагрузке: Борьба с гиподинамией, уремической миопатией, анемией.</p> <p>Контроль АД и гликемии: Регулярные аэробные нагрузки способствуют снижению резистентности к инсулину и улучшению</p>
--	--	--	--

			<p>сосудистого тонуса.</p> <p>Предотвращение катаболизма: Щадящие силовые упражнения (с легким весом, высоким числом повторений) для сохранения мышечной массы.</p> <p>4. Меры предосторожности: Избегать упражнений с резким подъемом АД (тяжелая атлетика).</p> <p>Контроль водного баланса для предотвращения дегидратации или гипергидратации.</p> <p>Отсрочка тренировки при уровне АД ></p>
--	--	--	--

			<p>160/100 мм рт.ст., гиперкалиемии > 5,5 ммоль/л, острых инфекциях.</p> <p>Обучение самоконтролю (ЧСС, АД, субъективное ощущение нагрузки по шкале Борга).</p>
203.	ОПК-6	<p>Пациенту 35 лет с диагнозом «Хронический гломерулонефрит, нефротический синдром» назначена высокодозная терапия глюкокортикостероидами (ГКС). Опишите комплекс мероприятий по медицинской реабилитации, направленных на профилактику и коррекцию основных побочных эффектов ГКС-терапии, которые может проводить и контролировать нефролог.</p>	<p>1. Профилактика стероидной миопатии и остеопороза:</p> <p>Физическая активность: Назначение дозированных силовых упражнений с низкой нагрузкой для поддержания мышечной силы, аэробных нагрузок (ходьба, плавание).</p>

			<p>Диетотерапия: Обеспечение адекватного потребления белка (с учетом функции почек и потерь с мочой), кальция (1000-1200 мг/сут) и витамина D (800-2000 МЕ/сут).</p> <p>Медикаментозная профилактика: Назначение бисфосфонатов или деносумаба по показаниям.</p> <p>2. Контроль метаболических нарушений: Профилактика стероидного диабета: Регулярный контроль гликемии, обучение принципам диеты с ограничением легкоусвояемых</p>
--	--	--	--

			<p>углеводов. Борьба с дислипидемией: Назначение статинов под контролем функции почек. 3. Профилактика язвообразования : Назначение ингибиторов протонной помпы на период высокой дозы ГКС. 4. Психологическа я поддержка: Объяснение природы возможных перепадов настроения, бессонницы, рекомендации по гигиене сна, при необходимости – консультация психотерапевта. 5. Мониторинг: Регулярная</p>
--	--	--	---

			оценка мышечной силы (динамометрия), плотности костной ткани (денситометрия), показателей гликемии и липидного спектра.
204.	ОПК-6	Пациентке 45 лет с поликистозной болезнью почек (ПБП), ХБП 2 стадии, в рамках комплексной реабилитации рекомендована лечебная физкультура (ЛФК). Какие виды физической активности следует категорически исключить из ее индивидуальной программы реабилитации и почему? Какие виды нагрузок будут наиболее предпочтительны?	<p>Исключить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контактные травмоопасные виды спорта(единоборства, хоккей, регби): Высокий риск травмы области почек, которые увеличены и более уязвимы из-за кист. Травма может привести к кровоизлиянию в кисту, разрыву кисты, инфицированию. 2. Виды спорта с высоким риском

			<p>падений и ударов (горные лыжи, сноуборд, велосипедный мотокросс): По той же причине.</p> <p>3.</p> <p>Статические нагрузки с натуживанием (тяжелая атлетика, пауэрлифтинг): Резкое повышение внутрибрюшного и, как следствие, внутрипочечного давления может спровоцировать рост кист и болевой синдром.</p> <p>Предпочтительны:</p> <p>1. Аэробные нагрузки низкой и умеренной интенсивности: Ходьба, скандинавская</p>
--	--	--	---

			<p>ходьба, плавание, акваэробика, занятия на эллиптическом тренажере. Они безопасны для почек, улучшают кардиореспираторную выносливость и контроль АД.</p> <p>2. Йога и пилатес (с исключением скручиваний и компрессии живота): Для улучшения гибкости, баланса и мышечного корсета.</p> <p>3. Дыхательная гимнастика: Для снижения общего стресса и контроля АД.</p>
205.	ОПК-6	Пациенту с хронической болезнью почек 4 стадии (СКФ 25 мл/мин/1.73м²) и	ингибитор АПФ

		<p>сопутствующей артериальной гипертензией назначен _____ как нефропротективная терапия первого выбора для замедления прогрессирования почечной недостаточности, которая также является ключевым элементом его медицинской реабилитации.</p> <p>Вставьте термин</p>	<p>или блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА).</p> <p>Примечание: принимается любой из указанных терминов или их комбинация (иАПФ/БРА).</p>
206.	ОПК-6	<p>При составлении индивидуальной программы реабилитации для пациента, находящегося на программном гемодиализе, в раздел "Мероприятия по медицинской реабилитации" обязательно должны быть включены, помимо лекарственной терапии:</p> <p>1. _____ (для коррекции белково-энергетической недостаточности).</p> <p>2. _____ (дозированная, для улучшения толерантности к физической нагрузке).</p> <p>3. _____ (психотерапевтическая, для коррекции депрессивных и тревожных расстройств).</p> <p>Дополните предложение</p>	<p>1. Индивидуализированная диетотерапия (с контролем белка, калия, фосфора, соли и жидкости).</p> <p>2. Лечебная физкультура / Физические тренировки / Кинезиотерапия.</p> <p>3. Психологическая коррекция / Психотерапевтическая помощь.</p>
207.	ОПК-6	<p>Какой обязательный немедикаментозный компонент реабилитации и вторичной профилактики должен контролировать нефролог у пациента с мочекаменной болезнью после успешной литотрипсии, чтобы оценить эффективность мероприятий и</p>	<p>Контроль за соблюдением достаточного</p>

		предотвратить рецидив? Ответ должен отражать конкретное регулярное действие пациента.	водного режима (диурез >2 л/сут) или, как метод контроля, — регулярный анализ суточного диуреза / объема выпитой жидкости. Примечание: Суть ответа — поддержание адекватного диуреза/питьевого режима.
208.	ОПК-6	Пациент с хронической болезнью почек 5-й стадии, получающий программный гемодиализ, жалуется на прогрессирующую мышечную слабость и трудности при ходьбе. При лабораторном обследовании выявлено: альбумины плазмы – 35 г/л, гемоглобин – 115 г/л, кальций общий – 2,1 ммоль/л, фосфор – 2,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 350 ЕД/л, ПТГ – 800 пг/мл. Какое направление немедикаментозной медицинской реабилитации является для данного пациента первоочередным и наиболее патогенетически обоснованным для включения в индивидуальную программу реабилитации? 1. Лечебная физкультура с акцентом на аэробные нагрузки. 2. Кинезиотерапия, направленная на профилактику падений и переломов, тренировку мышц и баланса. 3. Гидротерапия (лечение в бассейне). 4. Механотерапия на тренажерах для наращивания мышечной массы.	2
209.	ОПК-6	При разработке раздела медицинской реабилитации в индивидуальной программе реабилитации и абилитации (ИПРА) для пациента с трансплантированной почкой,	1, 4

		<p>находящегося на стабильной иммуносупрессивной терапии без признаков отторжения, необходимо учитывать ряд факторов. Какие из перечисленных мероприятий по медицинской реабилитации являются для него обоснованными и безопасными? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дозированная аэробная физическая активность (ходьба, велотренажер) для коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. 2. Курс общего ультрафиолетового облучения (УФО) для коррекции дефицита витамина D. 3. Применение метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) для лечения кальцинатов в проекции трансплантата. 4. Обучение пациента самоконтролю артериального давления, веса, температуры тела и правилам гигиены для профилактики инфекций. 	
210.	ОПК-6	<p>У пациента с терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН), получающего программный гемодиализ, выявлена тяжелая анемия (Hb 85 г/л). В рамках комплексной реабилитации, направленной на повышение переносимости физических нагрузок и качества жизни, показано: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение препаратов рекомбинантного эритропоэтина. 2. Рекомендация по увеличению потребления красного мяса и печени без ограничений. 3. Коррекция режима и состава диализа для улучшения адекватности диализной терапии. 4. Назначение анаболических стероидов для стимуляции эритропоэза. 	1, 3
211.	ОПК-6	<p>Пациент после трансплантации почки проходит этап амбулаторной реабилитации. Какие из следующих рекомендаций по образу жизни являются ВЕРНЫМИ для контроля факторов риска и продления жизни трансплантата? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Избегать любых физических нагрузок в течение первого года для профилактики смещения трансплантата. 2. Строго соблюдать режим приема иммуносупрессивных препаратов. 3. Избегать инсоляции и использовать солнцезащитные средства. 4. Соблюдать «почечную» диету с жестким ограничением калия и фосфора пожизненно. 	2, 3
212.	ОПК-6	<p>У пациента на перитонеальном диализе развился рецидивирующий перитонит. Какие</p>	2, 3

		<p>мероприятия по реабилитации должны быть ВРЕМЕННО ОГРАНИЧЕНЫ или модифицированы? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение самостоятельному проведению обмена диализата. 2. Выполнение упражнений ЛФК, укрепляющих мышцы передней брюшной стенки. 3. Плавание в бассейне. 4. Диетотерапия, направленная на ограничение жидкости. 	
213.	ОПК-6	<p>При составлении индивидуальной программы реабилитации (ИПР) для инвалида вследствие тХПН, находящегося на гемодиализе, в раздел «Технические средства реабилитации» (ТСР) может быть включено: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тонومتر с голосовым помощником для незрячего пациента. 2. Специализированное кресло для гемодиализа. 3. Приспособления для захвата предметов (протезно-ортопедические изделия) при наличии уремической полинейропатии. 4. Аппарат для перитонеального диализа на случай отъезда. 	1, 3
214.	ОПК-6	<p>К немедикаментозным методам коррекции гиперкалиемии у пациента с ХБП, которые должны быть разъяснены в ходе реабилитационного обучения, относятся: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение продуктов, богатых калием (сухофрукты, картофель, бананы). 2. Рекомендация употреблять отварные или вымоченные овощи. 3. Назначение петлевых диуретиков при сохранном диурезе. 4. Срочный прием внутрь раствора полистиролсульфоната натрия при каждом повышении калия. 	1, 2
215.	ОПК-6	<p>Для оценки эффективности мероприятий медицинской реабилитации у пациента с ХБП 3-4 стадии НАИБОЛЕЕ информативны: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Динамика скорости клубочковой фильтрации (СКФ). 2. Изменение расстояния, пройденного за 6 минут (тест 6-минутной ходьбы). 3. Динамика уровня креатинина в моче. 	2, 4

		4. Оценка качества жизни по специализированным опросникам (например, KDQOL-SF).	
216.	ОПК-6	<p>Пациент с диабетической нефропатией и синдромом диабетической стопы. В его ИПР, помимо нефрологических аспектов, обязательно должен быть включен следующий реабилитационный компонент: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение самомассажу стоп для улучшения кровообращения. 2. Консультация и наблюдение врача-подиатра, подбор ортопедической обуви. 3. Назначение тепловых физиопроцедур (парафин, озокерит) на область стоп. 4. Обучение правильному ежедневному осмотру и гигиене стоп. 	2, 4
217.	ОПК-6	<p>Какие из перечисленных принципов диетотерапии у пациента с нефротическим синдромом и массивными отеками являются ВЕРНЫМИ в контексте реабилитации? Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резкое ограничение белка до 0,5 г/кг/сут для снижения протеинурии. 2. Ограничение жидкости до 1 л/сут и соли до 3 г/сут. 3. Назначение гиполипидемической диеты для коррекции дислипидемии. 4. Обязательное увеличение потребления животных жиров для восполнения потерь альбумина. 	2, 3
218.	ОПК-6	<p>Противопоказанием к назначению активной лечебной физкультуры (ЛФК) пациенту с заболеванием почек является: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неконтролируемая артериальная гипертензия (АД > 180/100 мм рт.ст.). 2. Острый тромбоз артериовенозной фистулы. 3. ХБП 5 стадии, получающая консервативное лечение. 4. Умеренно выраженная анемия (Hb 105 г/л) 	1, 2
219.	ОПК-6	<p>Пациент на перитонеальном диализе (ПД) обратился с жалобами на мутный цвет перитонеального диализата и боли в животе. При контроле эффективности медицинской реабилитации в данной ситуации необходимо: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендовать увеличить объем вводимого диализного раствора для улучшения очищения. 	2, 4

		<p>2. Срочно направить пациента к лечащему врачу для диагностики перитонита и коррекции лечения.</p> <p>3. Продолжать реабилитационные мероприятия (ЛФК), так как это состояние временное.</p> <p>4. Обучить пациента правилам асептики при проведении обмена растворов для ПД.</p>	
220.	ОПК-6	<p>При составлении индивидуальной программы реабилитации (ИПР) для пациента с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии (скорость клубочковой фильтрации 25 мл/мин), не получающего заместительную почечную терапию (ЗПТ), ключевыми немедикаментозными мероприятиями являются: Выберите два верных ответа.</p> <p>1. Ограничение белка в диете до 0,6–0,8 г/кг массы тела для замедления прогрессирования ХБП.</p> <p>2. Назначение высокобелковой диеты для коррекции нутритивного статуса.</p> <p>3. Обучение пациента самоконтролю артериального давления и веса для профилактики гипергидратации.</p> <p>4. Интенсивные аэробные нагрузки (бег, силовые тренировки) для повышения толерантности к физической нагрузке.</p>	1, 3
221.	ОПК-6	<p>У пациента с нефротическим синдромом (протеинурия 5 г/сут, гипоальбуминемия, периферические отеки) в программу реабилитации необходимо включить диетические рекомендации, направленные на коррекцию нарушений. Какие из предложенных рекомендаций являются верными? Выберите два верных ответа.</p> <p>1. Назначение гипонатриевой диеты (ограничение соли до 2-3 г/сут) для контроля отеков и артериальной гипертензии.</p> <p>2. Увеличение потребления белка до 1,5-2,0 г/кг/сут для компенсации его потери с мочой.</p> <p>3. Адекватное, но не чрезмерное потребление жидкости с учетом диуреза и отеков.</p> <p>4. Обязательное назначение препаратов калия для профилактики гипокалиемии.</p>	1, 3
222.	ОПК-6	<p>Через 3 месяца после успешной трансплантации почки у пациента восстановилась хорошая функция трансплантата. Для дальнейшей медицинской реабилитации,</p>	2, 3

		<p>направленной на восстановление физического статуса и интеграцию в обычную жизнь, показаны следующие мероприятия. Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полный отказ от физических нагрузок в течение первого года для минимизации риска повреждения трансплантата. 2. Постепенное увеличение аэробных нагрузок (ходьба, велотренажер, плавание) под контролем самочувствия и уровня АД. 3. Включение в программу силовых тренировок с малыми весами для борьбы со стероидной миопатией и остеопенией. 4. Активная иммунизация живыми вакцинами для профилактики инфекций на фоне иммуносупрессии. 	
223.	ОПК-6	<p>При разработке индивидуальной программы реабилитации (ИПР) для пациента-инвалида вследствие поликистозной болезни почек, осложненной артериальной гипертензией и хронической болью в пояснице, ключевыми задачами являются: Выберите два верных ответа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение пациента самоконтролю артериального давления и строгому соблюдению гипотензивной терапии. 2. Назначение интенсивного курса мануальной терапии и массажа поясничной области для купирования болевого синдрома. 3. Подбор и обучение комплексу лечебной гимнастики, укрепляющей мышцы спины и корсета, без ударных осевых нагрузок. 4. Рекомендация санаторно-курортного лечения с применением грязевых аппликаций на поясничную область. 	1, 3
224.	ОПК-7	<p>Установление соответствия между клиническим диагнозом и наиболее вероятным заключением при первичном оформлении документов для медико-социальной экспертизы (МСЭ). Установите соответствие между формулировкой диагноза (1-4) и наиболее характерным для данного состояния клинико-экспертным заключением (А-Г).</p>	<p>1 – Б 2 – Г 3 – В 4 – А</p>

		<p>Группа 1 (Диагноз)</p> <p>1. Хроническая болезнь почек (ХБП) 5 стадии, на регулярном гемодиализе. Стабильное состояние.</p> <p>2. Острый пиелонефрит, первая атака, средней степени тяжести.</p> <p>3. ХБП 3А стадии, стабильная. АГ контролируемая.</p> <p>4. Терминальная стадия ХБП, состояние после трансплантации почки (6 месяцев). Функция трансплантата удовлетворительная, осложнений нет.</p>	<p>Группа 2 (Клинико-экспертное заключение)</p> <p>А. Временная нетрудоспособность (ВН). Рекомендовано направление на МСЭ для установления группы инвалидности.</p> <p>Б. Стойкое ограничение жизнедеятельности (трудоспособности). Показано направление на МСЭ для оценки ограничений и разработки ИПРА.</p> <p>В. Пациент трудоспособен. Противопоказан тяжелый физический труд, работа в ночную смену, с нефротоксинами.</p> <p>Г. Временная нетрудоспособность. При благоприятном исходе – возврат к труду.</p>	
225.	ОПК-7	<p>Соответствие между видом экспертизы и ситуацией (документом), в которой она проводится.</p> <p>Установите соответствие между ситуацией или документом (1-4) и видом медицинской экспертизы (А-Г), который в данном случае проводится или оформляется.</p> <p>Группа 1 (Ситуация/Документ)</p>	<p>Группа 2 (Вид экспертизы)</p>	<p>1 – В</p> <p>2 – Г</p> <p>3 – Б</p> <p>4 – А</p>

		<p>1. Выдача пациенту листка нетрудоспособности на 14 дней в связи с обострением хронического цистита.</p> <p>2. Оформление посылного листа в бюро МСЭ для пациента с диабетической нефропатией и ХБП 4 ст.</p> <p>3. Заключение о возможности работы водителем автобуса для пациента с единственной почкой (врожденная аномалия).</p> <p>4. Определение категории годности к военной службе для призывника с диагнозом "Хронический гломерулонефрит, изолированный мочевого синдром, ремиссия".</p>	<p>А. Военно-врачебная экспертиза.</p> <p>Б. Экспертиза профессиональной пригодности.</p> <p>В. Экспертиза временной нетрудоспособности.</p> <p>Г. Медико-социальная экспертиза.</p>	
226.	ОПК-7	<p>Установите соответствие между клиническим описанием пациента с заболеванием почек и основным показанием для направления на МСЭ.</p> <p>Клиническое описание пациента</p> <p>1. Больной диабетической нефропатией, ХБП 4 ст. (СКФ 25 мл/мин). Трудоспособность ограничена из-за частых госпитализаций, анемии, необходимости соблюдения строгой диеты. Прогрессирование заболевания.</p> <p>2. Пациент с поликистозом почек, ХБП 3б ст. (СКФ 40 мл/мин). Работает водителем. Состояние стабильное, симптомы минимальны. Контроль АД.</p>	<p>Показание для направления на МСЭ</p> <p>А. Стойкое ограничение жизнедеятельности и трудоспособности при невозможности компенсации лечения.</p> <p>Б. Необходимость в переводе на другую работу (по заключению ВК) из-за ..</p>	<p>1 – А 2 – Б 3 – В 4 – Г</p>

		<p>условиях труда.</p> <p>В. Наличие противопоказаний в характере и условиях труда при сохранной трудоспособности в доступной профессии.</p> <p>Г. Ограничение жизнедеятельности, связанное с необходимостью постоянной заместительной почечной терапии (ЗПТ).</p> <p>3. Больной после трансплантации почки (6 месяцев назад). Функция трансплантата стабильна (СКФ 55 мл/мин). Принимает иммуносупрессанты, работает учителем в школе.</p> <p>4. Пациент с амилоидозом почек, ХБП 5 ст., на перитонеальном диализе 1 год. Адаптирован к процедуре, ведет домашнее хозяйство.</p>	
227.	ОПК-7	<p>Этапность проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) пациенту с хронической болезнью почек (ХБП)</p> <p>Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при направлении пациента на МСЭ. Сформируйте варианты ответов в нужном порядке.</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ результатов комплексного обследования (лабораторного, инструментального, функционального). 2. Проведение полного клинического обследования пациента для определения стадии ХБП и сопутствующих осложнений. 3. Заполнение и оформление «Направления на медико-социальную экспертизу» (форма 088/у-06) с детальным изложением истории болезни и обоснованием необходимости экспертизы. 4. Определение наличия признаков стойкого ограничения жизнедеятельности (например, неспособность к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности из-за уремии, анемии, остеодистрофии). 5. Разъяснение пациенту цели и порядка проведения МСЭ, получение его согласия. 	2 → 1 → 4 → 5 → 3

228.	ОПК-7	<p>Алгоритм экспертной оценки временной нетрудоспособности при остром пиелонефрите</p> <p>Установите логическую последовательность действий врача при продлении листка нетрудоспособности пациенту с осложненным острым пиелонефритом.</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Принятие решения о выписке пациента к труду или, при наличии показаний, о направлении на врачебную комиссию для продления больничного листа свыше 15 дней. 2. Оценка динамики состояния: снижение лихорадки, уменьшение болей, улучшение лабораторных показателей. 3. Осмотр пациента, анализ жалоб и данных контрольных исследований (ОАМ, анализ по Нечипоренко, УЗИ почек). 4. Определение необходимости в стационарном или амбулаторном лечении и выдача первичного листка нетрудоспособности. 5. Документирование в первичной медицинской документации обоснования продления нетрудоспособности. 	4 → 3 → 2 → 1 → 5
229.	ОПК-7	<p>Последовательность определения степени нарушения функции почек для экспертных целей</p> <p>Расположите этапы в правильном порядке для установления степени нарушения функции почек при проведении медицинской экспертизы.</p> <p>Элементы для последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI и определение стадии ХБП. 2. Сопоставление полученной степени нарушения функции почек с критериями установления инвалидности в соответствии с действующими Приказами Минтруда. 3. Клинико-лабораторная оценка не только СКФ, но и уровня протеинурии, азотемии, электролитных нарушений, наличия артериальной гипертензии и анемии. 4. Непосредственное освидетельствование пациента: выявление жалоб, способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности. 5. Определение собственно степени нарушения функции почек (от незначительной до 	1 → 3 → 5 → 4 → 2

		выраженной) на основе комплексной оценки пунктов 1 и 3.	
230.	ОПК-7	<p>Женщина, 28 лет, с диагнозом системная красная волчанка (СКВ). Поступила с нарастанием отёков, протеинурией 5 г/сут, гипоальбуминемией 25 г/л, креатинин 120 мкмоль/л (в норме 6 мес назад). Решила планировать беременность.</p> <p>Вопрос: Проведите медицинскую экспертизу ситуации. Какие противопоказания и риски необходимо оценить? Сформулируйте экспертные рекомендации для пациентки и ревматолога.</p>	<p>1. Экспертиза ситуации: У пациентки развился волчаночный нефрит (вероятно, пролиферативный, класс III/IV по ISN/RPS) с нефротическим синдромом и начальным снижением функции почек. Это активная стадия СКВ, что является абсолютным противопоказанием к планированию беременности.</p> <p>2. Оценка рисков: Для матери: Высокий риск преэклампсии, тромбоэмболических осложнений,</p>

			<p>обострения СКВ, прогрессирования почечной недостаточности.</p> <p>Для плода: Высокий риск потери беременности, задержки роста плода, преждевременных родов.</p> <p>3. Экспертные рекомендации: Немедленно начать активную иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды, циклофосфамид или микофенолата мофетил) для индукции ремиссии волчаночного нефрита. Отложить планирование беременности минимум на 6-12</p>
--	--	--	--

			<p>месяцев после достижения полной клинико-лабораторной ремиссии заболевания и на фоне стабильной функции почек.</p> <p>Беременность допустима только при неактивной СКВ, стабильной функции почек (креатинин в норме, протеинурия <0.5 г/сут) и на безопасной терапии (отмена микофенолата мофетила/метотрексата, переход на азатиоприн). Нефролог и ревматолог должны вести пациентку совместно.</p>
231.	ОПК-7	Больной 35 лет, через 6 месяцев после трансплантации почки. Функция трансплантата стабильная (креатинин 110 мкмоль/л). Работает инженером в офисе. Терапия:	1. Экспертиза временной

		<p>такролимус, микофенолата мофетил, преднизолон 5 мг/сут.</p> <p>Вопрос: Проведите экспертизу его временной нетрудоспособности и возможности выхода на работу. Какие эпидемиологические ограничения необходимо учесть?</p>	<p>нетрудоспособности: Через 6 месяцев после успешной трансплантации при стабильной функции пациент, как правило, трудоспособен. Однако это зависит от характера работы.</p> <p>2. Условия труда: Работа инженера в офисе не связана с физическими перегрузками, контактом с нефротоксинами или инфекционными больными, что делает её допустимой.</p> <p>3. Эпидемиологические ограничения (ключевой аспект</p>
--	--	--	---

			<p>экспертизы): Пациент получает комбинированную иммуносупрессивную терапию, что делает его восприимчивым к инфекциям. Необходимо исключить: Работу в эпидемиологически неблагополучных очагах, контакт с больными туберкулёзом, гепатитами, ВИЧ, цитомегаловирусной инфекцией. В условиях пандемии респираторных инфекций: Рекомендовать возможность удалённой работы или обеспечение</p>
--	--	--	--

			<p>индивидуальных средств защиты.</p> <p>4.</p> <p>Рекомендации: *</p> <p>Выдать заключение о возможности возвращения к работе в прежней должности при условии соблюдения мер инфекционной безопасности.</p> <p>Оформить рекомендацию работодателю (по запросу и с согласия пациента) об исключении командировок в эндемичные районы и, по возможности, об организации гибкого графика.</p>
232.	ОПК-7	Врач-хирург, 55 лет, страдает поликистозной болезнью почек (ПБП). СКФ 65 мл/мин/1.73м² (ХБП 2 ст.). Артериальное давление контролируется препаратами. Обратился за экспертной оценкой возможности продолжения операционной практики.	<p>1. Оценка рисков:</p> <p>Для пациента-врача:</p>

		<p>Вопрос: Проведите экспертизу профессиональной деятельности. Каковы риски для пациента и для больных? Сформулируйте рекомендации.</p>	<p>Длительное стояние на ногах, нерегулярный график, стресс могут способствовать прогрессированию АГ и ХБП. Риск разрыва/инфицирования кист при физическом напряжении минимален, но существует. Для пациентов-оперируемых: Основной риск — потенциальное ухудшение состояния хирурга во время длительной сложной операции (гипертонический криз, болевой синдром), что может привести к врачебной</p>
--	--	---	---

			<p>ошибке. Риск передачи заболевания отсутствует.</p> <p>2. Экспертные рекомендации: Пациент может продолжать хирургическую практику при условии стабильного контроля АД (<130/80 мм рт.ст.) и регулярного мониторинга функции почек (креатинин, СКФ 1 раз в 3-6 мес).</p> <p>Рекомендуется: Уменьшение объёма плановых операций, исключение сверхдлительных (более 4-6 часов) оперативных вмешательств, оптимизация</p>
--	--	--	---

			<p>рабочего графика для исключения переутомления. Обязательно: Информирование руководства отделения о своём диагнозе для возможности экстренной замены в случае ухудшения самочувствия. При снижении СКФ до 3а стадии (менее 45 мл/мин) необходимо рассмотреть перевод на работу, не связанную с выполнением операций.</p>
233.	ОПК-7	<p>При проведении медико-социальной экспертизы взрослому пациенту с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящемуся на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе, основным ведущим ограничением жизнедеятельности, которое оценивает врач-эксперт, является ограничение способности к _____. Закончите предложение</p>	<p>трудовой деятельности (или самообслуживанию, или передвижению – принимается</p>

			любой из этих ключевых критериев, так как они являются основными при установлении группы инвалидности у данной категории пациентов).
234.	ОПК-7	Пациентка 45 лет с диагнозом «Хронический гломерулонефрит, нефротический синдром» обратилась для направления на медико-социальную экспертизу в связи со стойкой утратой трудоспособности. Для обоснования стойкости нарушения функций почек и оформления документов на МСЭ лечащий врач должен предоставить в бюро МСЭ данные клинико-лабораторного обследования за последние _____ месяцев (вставить период).	4-6 (или «не менее 4-х»).
235.	ОПК-7	Пациенту с диагнозом «Хроническая болезнь почек, стадия 5D» для продолжения жизни необходима заместительная почечная терапия в форме _____. Для проведения данной процедуры ему предварительно было выполнено формирование сосудистого доступа – артериовенозной фистулы. Вставьте термин	гемодиализ (или программный гемодиализ).
236.	ОПК-7	Хроническая болезнь почек, 5 стадия (СКФ 12 мл/мин/1.73 м ²), получает лечение программным гемодиализом 3 раза в неделю. Трудовая деятельность связана с постоянными разъездами и тяжелыми физическими нагрузками (водитель-дальнобойщик). При каком условии врачебная комиссия может принять решение о наличии у пациента стойкой утраты трудоспособности и необходимости направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ)? Варианты ответов: 1. При наличии самой 5 стадии ХБП, независимо от проводимого лечения.	2

		<p>2. При наличии осложнений, связанных с лечением (тяжелая анемия, артериальная гипертензия), и невозможности продолжать работу по основной профессии.</p> <p>3. Только при отказе пациента от заместительной почечной терапии (гемодиализа).</p> <p>4. Если пациент имеет стаж работы по профессии менее 10 лет.</p>	
237.	ОПК-7	<p>Какие из перечисленных клинических ситуаций у пациента с острым пиелонефритом являются безусловным основанием для продления листка нетрудоспособности (больничного листа) сверх стандартного срока? Выберите два верных ответа</p> <p>Варианты ответов:</p> <p>1. Сохранение лейкоцитурии в общем анализе мочи на фоне нормальной температуры тела и отсутствии жалоб.</p> <p>2. Развитие острой почечной недостаточности (ОПН) на фоне пиелонефрита.</p> <p>3. Появление признаков осложнения: формирование карбункула или абсцесса почки по данным УЗИ.</p> <p>4. Необходимость проведения плановой хирургической операции по поводу мочекаменной болезни после купирования острого воспаления.</p>	2, 3
238.	ОПК-7	<p>При проведении экспертизы временной нетрудоспособности (ЭВН) пациенту с обострением хронического пиелонефрита и умеренным болевым синдромом врач-нефролог имеет право единолично выдавать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>1. До 5 дней включительно.</p> <p>2. До 7 дней включительно.</p> <p>3. До 10 дней включительно.</p> <p>4. До 15 дней включительно.</p>	3
239.	ОПК-7	<p>Какие из перечисленных состояний являются абсолютными медицинскими противопоказаниями к направлению пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления группы инвалидности по причине хронической болезни почек (ХБП) 5 стадии, если пациент старше 18 лет?</p> <p>1. Острая или подострая форма туберкулеза.</p> <p>2. Наличие признаков активного воспалительного процесса в почках (лейкоцитурия, лихорадка).</p>	4

		<p>3. Не заверченный курс плановой реабилитации.</p> <p>4. Все перечисленные верны.</p>	
240.	ОПК-7	<p>Показанием для направления пациента на МСЭ при гипертонической болезни является: Выберите два верных ответа</p> <p>1. Злокачественное течение артериальной гипертензии.</p> <p>2. Стойкое умеренное повышение АД (до 150/95 мм рт.ст.) без поражения органов-мишеней.</p> <p>3. Прогрессирующее поражение органов-мишеней (в т.ч. развитие ХБП 3а стадии и выше) несмотря на проводимую терапию.</p> <p>4. Частые гипертонические кризы, приводящие к временной нетрудоспособности.</p>	3, 4
241.	ОПК-7	<p>Пациент с трансплантированной почкой через 1 год после операции работает в условиях повышенной температуры и химических испарений. При проведении экспертизы профессиональной пригодности это является основанием для:</p> <p>1. Рекомендации о продолжении работы в прежних условиях, так как функция почки стабильна.</p> <p>2. Рекомендации о временном (на 1 год) переводе на облегченные условия труда.</p> <p>3. Решения о постоянном переводе на работу, исключая воздействие производственных вредностей.</p> <p>4. Направления на МСЭ для установления группы инвалидности.</p>	3
242.	ОПК-7	<p>Критерием для установления группы инвалидности при заболеваниях мочеполовой системы (включая ХБП) является прежде всего:</p> <p>1. Уровень креатинина крови.</p> <p>2. Степень стойкого нарушения функций организма (в % согласно приказу Минтруда).</p> <p>3. Наличие факта проведения гемодиализа.</p> <p>4. Возраст пациента.</p>	2
243.	ОПК-7	<p>При каком уровне скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у взрослого пациента с ХБП наиболее вероятно установление категории "ребенок-инвалид" или группы инвалидности даже при отсутствии осложнений?</p> <p>1. СКФ < 60 мл/мин/1.73м² (ХБП 3а стадия).</p> <p>2. СКФ < 45 мл/мин/1.73м² (ХБП 3б стадия).</p>	4

		3. СКФ < 30 мл/мин/1.73м ² (ХБП 4 стадия). 4. СКФ < 15 мл/мин/1.73м ² (ХБП 5 стадия).	
244.	ОПК-7	Пациент 45 лет с диабетической нефропатией (ХБП 4 стадия, СКФ 25 мл/мин) работает водителем междугородних рейсов. Какое экспертно-реабилитационное решение является приоритетным? 1. Продление листка нетрудоспособности до стабилизации состояния. 2. Рекомендация о переводе на работу, не связанную с управлением транспортными средствами и опасными механизмами. 3. Направление на МСЭ без изменения условий труда. 4. Отказ в выдаче листка нетрудоспособности, так как он амбулаторный пациент.	2
245.	ОПК-7	Какие из перечисленных документов являются обязательными для направления пациента на МСЭ? 1. Направление на МСЭ по форме 088/у. 2. Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. 3. Копия трудовой книжки. 4. Все перечисленные верны.	4
246.	ОПК-7	Основанием для выдачи нового листка нетрудоспособности по поводу того же заболевания (например, при ХБП) является: 1. Рецидив заболевания (обострение) после выхода на работу и закрытия предыдущего листка. 2. Ухудшение самочувствия пациента, не повлекшее за собой освобождение от работы. 3. Желание пациента продлить отпуск. 4. Все перечисленное.	1
247.	ОПК-7	При каком состоянии пациента с впервые выявленной болезнью почек листок нетрудоспособности может быть выдан ретроспективно (задним числом)? 1. При обращении в поликлинику через 2 дня после начала заболевания в связи с высокой лихорадкой. 2. При обращении в приемное отделение стационара в день заболевания и последующей госпитализации. 3. При первичном обращении за медицинской помощью через 5 дней от начала симптомов.	2

		4. Ретроспективная выдача запрещена во всех случаях.	
248.	ОПК-7	<p>Какие из перечисленных факторов определяют нуждаемость пациента на диализе в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимость соблюдения диеты и водного режима. 2. Ограничения в передвижении в связи с графиком диализа. 3. Необходимость в средствах технической реабилитации (например, тонометр с голосовым оповещением при нарушении зрения). 4. Все перечисленные верны. 	4
249.	ОПК-7	<p>При проведении экспертизы профессионального заболевания (нефропатии, вызванной воздействием тяжелых металлов) врач-нефролог должен:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить связь заболевания с профессией на основании анамнеза и данных обследования. 2. Направить пациента в центр профпатологии для специального расследования. 3. Лечить пациента, не касаясь вопросов связи с профессией. 4. Самостоятельно оформить акт о случае профессионального заболевания. 	2
250.	ОПК-7	<p>Пациент с аденомой паращитовидных желез и тяжелым вторичным гиперпаратиреозом на фоне ХБП 5Д нуждается в плановой операции. Листок нетрудоспособности при госпитализации в плановом порядке выдается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На весь период стационарного лечения и восстановления. 2. Только на день поступления и день выписки. 3. Со дня поступления в стационар, включая время проезда к месту лечения, если это необходимо. 4. Не выдается, так как лечение плановое. 	3
251.	ОПК-7	<p>Признаком стойкого ограничения жизнедеятельности, учитываемым при проведении МСЭ у пациента с хронической болезнью почек, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение способности к самообслуживанию 1 степени (при необходимости использовать вспомогательные средства). 2. Снижение способности к трудовой деятельности 1 степени (при возможности работать в обычных условиях со снижением квалификации или объема работ). 3. Снижение способности к передвижению 1 степени (при необходимости увеличивать время 	4

		или дистанцию передвижения). 4. Все перечисленные верны.	
252.	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>
253.		<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 	<p>1 – В 2 – А 3 – Д 4 – Г 5 – Б</p>

	<p>дневника самоконтроля. 4. Подготовка пациента и сопровождение на плазмаферез. 5. Регулярный забор крови на определение уровня калия, фосфора и креатинина у пациентов на консервативной терапии ХБП.</p> <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>	
254.	<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.</p>	1 – Б 2 – А 3 – Г 4 – В 5 – Д

	<p>Г. Назначение в листе назначений как регулярное наблюдение. Результат – в температурном листе и/или дневнике курации.</p> <p>Д. Запись в листе консультаций истории болезни. Результат – заключение консультанта в истории болезни.</p>	
255.	<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
256.	<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 	5 - 1 - 4 - 2 - 3

	<p>и провести целевой инструктаж по специфике препарата.</p> <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>	
257.	<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
258.	<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

			<p>выполнение лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимия (креатинин, мочевины, 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,</p>
--	--	--	--

			<p>включая возможное наложение сосудистого доступа.</p> <p>6. Инструктаж пациента и родственников о принципах лечения, диете (низкобелковая, с ограничением калия/фосфора).</p> <p>7. Назначение даты заседания диализного консилиума для выбора метода ЗПТ.</p>
259.		<p>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>	<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</p>

			<p>пациента на общий анализ, С-реактивный белок, посев крови.</p> <p>3. Оформить экстренное назначение в истории болезни на антибактериальную терапию (чаще всего внутривенно), согласно протоколу лечения перитонита при ПД.</p> <p>4. Проинструктировать медсестру ПД об усилении режима асептики, увеличении частоты обменов с «сухим» периодом или изменении режима диализа.</p> <p>5. Связаться с дежурным</p>
--	--	--	---

			<p>врачом/заведующим для согласования диагноза «Острый перитонит на ПД» и тактики.</p> <p>6. Документирование: Запись в истории болезни о жалобах, осмотре, проведенных действиях. Заполнение специального бланка регистрации перитонита при ПД. Оформление направления в лабораторию.</p>
260.		<p>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>	<p>Распоряжения медсестре ПИТ:</p> <p>1. Оборудование: Подготовить палату/койку, аппарат ЭКГ, дефибриллятор на случай</p>

			<p>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</p>
--	--	--	---

			немедленно подключить пациента к кардиомонитору, обеспечить венозный доступ (периферический и центральный), взять кровь на анализ по указанию врача, быть готовой к проведению экстренного гемодиализа.
261.		<p>В стандартной истории болезни пациента нефрологического профиля, в разделе «Диагноз», основное заболевание формулируется в соответствии с общепринятой клинко-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).
262.		<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</p>	артериального давления (АД).

	значения _____ до, в процессе и после окончания сеанса.»	
263.	<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+).
264.	<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
265.	<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</p>	2, 4

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

268.		<p>Какие сведения должны быть обязательно отражены в дневнике врача нефролога в истории болезни пациента с острым повреждением почек (ОПП)? Выберите два правильных варианта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Суточный диурез 2. Профессия пациента 3. Любимая музыка пациента 4. Результаты ежедневного осмотра (жалобы, статус, данные аускультации) 	1, 4
269.		<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
270.		<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
271.		<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 	2

		4. Лист первичного осмотра	
272.		<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
273.		<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
274.		<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
275.		<p>При возникновении неотложного состояния у пациента на амбулаторном приеме (например, гиперкалиемии), врач-нефролог обязан:</p>	1

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Оказать неотложную помощь, сделать запись в амбулаторной карте, при необходимости организовать госпитализацию 2. Выписать рецепт и отпустить пациента домой 3. Перенаправить пациента в поликлинику по месту жительства 4. Сообщить родственникам по телефону 	
276.		<p>Кто утверждает план работы и отчеты о деятельности нефрологического отделения?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Старшая медицинская сестра 2. Заведующий отделением 3. Процедурная медицинская сестра 4. Главная медицинская сестра больницы 	2
277.		<p>Какой документ является основным для передачи информации о пациенте при переводе его из нефрологического отделения в реанимацию?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности 2. Переводной эпикриз (запись в истории болезни) 3. Табель учета рабочего времени персонала 4. Журнал учета движения больных 	2
278.		<p>Какие действия врача-нефролога обеспечивают преемственность в лечении пациента при передаче дежурства? Выберите два правильных варианта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Устный доклад дежурному врачу об особенностях состояния тяжелых больных 2. Передача ключей от кабинета 3. Внесение записей в историю болезни о состоянии пациентов и плане действий на время дежурства 4. Составление отчета для страховой компании 	1, 3
279.		<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 													
280.	ОПК-10	<p>Острая почечная недостаточность (ОПН) – основные причины и механизмы развития Установите соответствие между клиническими/лабораторными ситуациями и типом острой почечной недостаточности (преренальная, ренальная, постренальная).</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Ситуация</th> <th style="text-align: left;">Тип ОПН</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Массивная кровопотеря после травмы, АД 80/50 мм рт.ст., диурез снижен, моча концентрированная.</td> <td>А) Преренальная</td> </tr> <tr> <td>2. Анурия, выраженные боли в пояснице, УЗИ: расширение ЧЛС с обеих сторон.</td> <td>Б) Ренальная</td> </tr> <tr> <td>3) Прием нефротоксичного антибиотика (аминогликозид), повышение креатинина, цилиндры в моче.</td> <td>В) Постренальная</td> </tr> <tr> <td>4) Острый гломерулонефрит после стрептококковой ангины, протеинурия, гематурия.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Обструкция мочевыводящих путей опухолью предстательной железы, остаточная моча 500 мл.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ситуация	Тип ОПН	1. Массивная кровопотеря после травмы, АД 80/50 мм рт.ст., диурез снижен, моча концентрированная.	А) Преренальная	2. Анурия, выраженные боли в пояснице, УЗИ: расширение ЧЛС с обеих сторон.	Б) Ренальная	3) Прием нефротоксичного антибиотика (аминогликозид), повышение креатинина, цилиндры в моче.	В) Постренальная	4) Острый гломерулонефрит после стрептококковой ангины, протеинурия, гематурия.		5) Обструкция мочевыводящих путей опухолью предстательной железы, остаточная моча 500 мл.		<p>1 – А 2 – В 3 – Б 4 – Б 5 – В</p>
Ситуация	Тип ОПН														
1. Массивная кровопотеря после травмы, АД 80/50 мм рт.ст., диурез снижен, моча концентрированная.	А) Преренальная														
2. Анурия, выраженные боли в пояснице, УЗИ: расширение ЧЛС с обеих сторон.	Б) Ренальная														
3) Прием нефротоксичного антибиотика (аминогликозид), повышение креатинина, цилиндры в моче.	В) Постренальная														
4) Острый гломерулонефрит после стрептококковой ангины, протеинурия, гематурия.															
5) Обструкция мочевыводящих путей опухолью предстательной железы, остаточная моча 500 мл.															
281.	ОПК-10	<p>Неотложные состояния в нефрологии – диагностика и первичные действия Установите соответствие между неотложным состоянием и первоочередным диагностическим или лечебным действием врача.</p>	<p>1 – А 2 – Б 3 – В 4 – Г</p>												

		<p>Неотложное состояние</p> <p>1. Гиперкалиемия 6,8 ммоль/л на фоне ОПН, ЭКГ: расширенные комплексы QRS.</p> <p>2. Отек легких на фоне гиперволемии и олигурии у пациента с ХБП.</p> <p>3. Анурия и синдром острой перегрузки жидкостью.</p> <p>4. Подозрение на тромбоз почечных артерий (внезапная боль, анурия, повышение АД).</p> <p>5. Тяжелый метаболический ацидоз (рН <7.2) у пациента с уремией.</p>	<p>Действие</p> <p>А) Срочное проведение гемодиализа.</p> <p>Б) Внутривенное введение петлевых диуретиков, оксигенотерапия, положение сидя.</p> <p>В) Срочное УЗИ почек и мочевого пузыря.</p> <p>Г) Экстренная ангиография почечных артерий.</p> <p>Д) Внутривенное введение бикарбоната натрия под контролем КЩС.</p>	5 – Д
282.	ОПК-10	<p>Осложнения программного гемодиализа Установите соответствие между возникшим во время гемодиализа осложнением и необходимой тактикой его купирования.</p> <p>Осложнение</p> <p>1. Судороги икроножных мышц на фоне быстрой ультрафильтрации.</p> <p>2. Гипотония (АД снизилось на 40 мм рт.ст., тошнота, головокружение).</p>	<p>Тактика купирования</p> <p>А) Уменьшить скорость ультрафильтрации, ввести 10-20 мл 10% раствора NaCl или 40% глюкозы.</p> <p>Б) Прекратить ультрафильтрацию, уложить пациента в положение Тренделенбурга, ввести физ.раствор.</p>	<p>1 – А 2 – Б 3 – В 4 – Г 5 – Д</p>

		<p>3. Озноб, лихорадка, тахикардия во время процедуры.</p> <p>4) Острая головная боль, спутанность сознания, артериальная гипертензия.</p> <p>5) Боль в грудной клетке, одышка, снижение SaO₂.</p>	<p>В) Немедленно прекратить диализ, не возвращая кровь из экстракорпорального контура; ввести антипиретики, антибиотики по показаниям.</p> <p>Г) Немедленно прекратить диализ, оценить неврологический статус, исключить внутричерепную катастрофу.</p> <p>Д) Дать кислород, исключить гемолиз, воздушную эмболию, инфаркт миокарда, остановить процедуру.</p>	
283.	ОПК-10	<p>Оказание неотложной помощи при гиперкалиемии у пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП 5 ст.).</p> <p>Установите правильную последовательность действий врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение 10-20 мл 10% раствора кальция глюконата внутривенно медленно под контролем ЭКГ. 2. Назначение пероральных катионообменных смол (полистиролсульфонат натрия). 3. Оценка состояния (жалобы, мышечная слабость, ЭКГ-признаки: высокие зубцы Т, расширение QRS). 4. Введение 10 ЕД простого инсулина на 25-40 г глюкозы (40% р-р) внутривенно капельно. 5. Экстренное начало заместительной почечной терапии (гемодиализ). 		3, 1, 4, 5, 2
284.	ОПК-10	<p>Алгоритм действий при уремическом перикардите, осложненном тампонадой сердца.</p> <p>Установите правильную последовательность действий врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Срочная эхокардиография (ЭхоКГ) для подтверждения наличия выпота и признаков тампонады. 2. Экстренный перикардиоцентез или установка перикардального дренажа под контролем ЭхоКГ. 3. Интенсификация режима гемодиализа (частые, длительные процедуры с низкой скоростью UF). 		4, 1, 2, 3, 5

		<p>4. Оценка клинических симптомов (гипотензия, парадоксальный пульс, набухание шейных вен, глухость тонов сердца).</p> <p>5. Введение анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (с осторожностью при ХБП).</p>	
285.	ОПК-10	<p>Тактика ведения пациента с анурической острой почечной недостаточностью (ОПН) на фоне сепсиса и рефрактерного гипероволемического отека легких.</p> <p>Установите правильную последовательность неотложных мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Начало непрерывной заместительной почечной терапии (ЗПТ) в режиме ультрафильтрации (CVVH). 2. Оценка параметров гемодинамики, перевод на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) при необходимости. 3. Внутривенное введение петлевых диуретиков (фуросемид) в высокой дозе. 4. Введение вазопрессоров (норадреналин) для поддержания перфузии при септическом шоке. 5. Ограничение приема жидкости и натрия. 	2, 4, 1, 3, 5
286.	ОПК-10	<p>Пациент 58 лет, с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и хронической болезни почек (ХБП 4 ст.), доставлен в приемное отделение с жалобами на резкую одышку, чувство нехватки воздуха, кашель с пенистой розовой мокротой. В легких выслушиваются обильные влажные хрипы. АД 210/120 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин, SpO2 88% на комнатном воздухе.</p> <p>Какое неотложное состояние развилось у пациента? Какова наиболее вероятная нефрологическая причина? Перечислите первоочередные лечебные мероприятия, которые вы начнете на этапе приемного отделения. Обоснуйте каждый пункт.</p>	<p>1. Диагноз: Острая левожелудочковая недостаточность, отёк лёгких (кардиогенный). Нефрологическая причина: Острый гипертензивный криз на фоне задержки жидкости и электролитов вследствие</p>

			<p>прогрессировани я хронической почечной недостаточности (уремии), приводящий к объёмной перегрузке и диастолической дисфункции.</p> <p>2. Первоочередные мероприятия: Позиционирован ие: Придать пациенту положение сидя с опущенными ногами (ортостатическая разгрузка малого круга кровообращения).</p> <p>Оксигенотерапи я: Подача увлажнённого кислорода 6-8 л/мин через маску для коррекции гипоксемии</p>
--	--	--	--

			<p>(SpO₂ <90%). При неэффективности и — рассмотреть неинвазивную вентиляцию лёгких (НИВЛ) с ПДКВ.</p> <p>Медикаментозная терапия: Морфин 1% — 1 мл в/в дробно (в разведении). Для уменьшения одышки, симпатической вазоконстрикции, пред- и постнагрузки, седации.</p> <p>Петлевые диуретики: Фуросемид 40-80 мг в/в струйно. У пациента с ХБП доза может быть увеличена. Цель — достижение диуреза, венодилатация (быстрый</p>
--	--	--	---

			<p>эффект) и снижение объёмной перегрузки. Вазодилататоры: Нитроглицерин сублингвально (таблетка/спрей), затем в/в инфузия под контролем АД. Применяются при высоком АД для снижения пред- и постнагрузки. Мониторинг: Непрерывный контроль АД, ЧСС, ЭКГ, SpO₂, почасового диуреза.</p>
287.	ОПК-10	<p>У пациента 35 лет, перенесшего тонзиллэктомию 10 дней назад, внезапно появились отёки на лице (особенно периорбитальные) и голенях, олигурия, моча цвета «мясных помоев». АД 150/95 мм рт.ст.</p> <p>О каком остром нефрологическом синдроме следует думать в первую очередь? Назовите ключевые диагностические критерии этого состояния, которые необходимо подтвердить в срочном порядке. Какова тактика ведения пациента на догоспитальном этапе и в приемном отделении?</p>	<p>1. Диагноз: Острый нефритический синдром, наиболее вероятно — острый постинфекционный</p>

			<p>гломерулонефрит (ОПИГН).</p> <p>2. Ключевые диагностические критерии для срочного подтверждения:</p> <p>Лабораторные:</p> <p>ОАМ — протеинурия (нередко невысокая), гематурия (часто макрогематурия), цилиндрурия (эритроцитарные цилиндры). ОАК — возможен лейкоцитоз, повышение СОЭ. Биохимия крови — повышение креатинина (острое повреждение почек), гипокомplementемия (снижение С3).</p> <p>Анамнез: Связь со стрептококковой</p>
--	--	--	--

			<p>инфекцией (тонзиллит).</p> <p>3. Тактика:</p> <p>Догоспитально:</p> <p>Срочная транспортировка в стационар. Обеспечить покой. Контроль АД, диуреза.</p> <p>В приемном отделении:</p> <p>Госпитализация в нефрологическое/терапевтическое отделение. Назначение постельного режима. Ограничение соли и жидкости. Контроль баланса жидкости. При АГ — назначение гипотензивных (чаще иАПФ/БРА). Этиотропная терапия</p>
--	--	--	--

			(антибиотики) при активной инфекции. Биопсия почки показана при атипичном течении или быстром прогрессировании.
288.	ОПК-10	<p>У пациента с нефротическим синдромом (протеинурия 8 г/сут, гипоальбуминемия 20 г/л) появились интенсивные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, одышка. АД 130/80, ЧСС 100, SpO2 92%.</p> <p>Какое грозное осложнение нефротического синдрома вы подозреваете? Назовите ключевые звенья патогенеза его развития. Какое срочное исследование необходимо выполнить в первую очередь? Какова будет неотложная терапия?</p>	<p>1. Диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Риск тромбозов при НС обусловлен гиперкоагуляцией.</p> <p>2. Патогенез: Потеря с мочой антикоагулянтных факторов (антитромбин III, протеины S и C), гиперфибриногенемия (как острофазовый белок), гемоконцентрация, повышение</p>

			<p>агрегации тромбоцитов, гиперлипидемия.</p> <p>3. Срочное исследование: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, анализ газов артериальной крови, определение D-димера (может быть ложноположительным). Золотой стандарт — КТ-ангиография легочных артерий.</p> <p>4. Неотложная терапия: Оксигенотерапия. Антикоагулянтная терапия: Немедленное начало — нефракционированный гепарин в/в болюсно, затем инфузия</p>
--	--	--	---

			<p>под контролем АЧТВ, или низкомолекулярные гепарины (надропарин, эноксапарин) подкожно в лечебной дозе с учетом функции почек. Перевод на антагонисты витамина К (варфарин) или прямые оральные антикоагулянты (с осторожностью при нарушении функции почек) в дальнейшем. При массивной ТЭЛА с шоком — — тромболитическая терапия (альтеплаза), эмболэктомия.</p>
289.	ОПК-10	<p>Пациент с терминальной стадией хронической болезни почек, находящийся на программном гемодиализе, доставлен в отделение с жалобами на резкую одышку, кашель с пенистой мокротой, ортопноэ. При аускультации легких выслушиваются обильные влажные хрипы. Ваш предварительный диагноз — _____ (вставьте</p>	<p>1. Острый левожелудочковый недостаточность</p>

		термин), развившееся как одно из жизнеугрожающих осложнений гипергидратации и артериальной гипертензии. Неотложная помощь на догоспитальном этапе должна включать подачу увлажненного кислорода, возвышенное положение верхней половины туловища, венозные жгуты на конечности и незамедлительное введение петлевого диуретика — _____ (вставьте международное непатентованное название препарата).	(отек легких). 2. Фуросемид.
290.	ОПК-10	У пациента с анурией, гиперкалиемией 6,8 ммоль/л и изменением ЭКГ (широкие комплексы QRS, высокие зубцы Т) развивается состояние, напрямую угрожающее жизни, — _____ (вставьте термин). В качестве неотложной терапии для стабилизации мембраны кардиомиоцитов необходимо внутривенно медленно ввести 10 мл раствора _____ (вставьте название препарата или действующего вещества).	1. Гиперкалиемия (жизнеугрожающая, с кардиотоксическим эффектом). 2. Кальция хлорид или кальция глюконат.
291.	ОПК-10	Пациент доставлен в отделение с жалобами на олигурию, отеки, повышение артериального давления. В анамнезе – перенесённая 2 недели назад стрептококковая ангина. В общем анализе мочи: протеинурия 1,5 г/л, микрогематурия, цилиндрурия. Предполагаемый клинический синдром — _____.	Острый нефритический синдром (или острый гломерулонефрит).
292.	ОПК-10	Пациент 58 лет, с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа, доставлен бригадой скорой помощи с жалобами на выраженную одышку, отеки голеней и резкое уменьшение количества мочи за последние сутки. При осмотре: АД 190/110 мм рт.ст., ЧД 28 в мин., в легких влажные хрипы. В анализе крови: креатинин 650 мкмоль/л, калий 6,8 ммоль/л. На ЭКГ: высокие заостренные зубцы Т. Какое из перечисленных состояний является жизнеугрожающим и требует первоочередного вмешательства у данного пациента? Варианты ответов: 1. Диабетическая нефропатия.	3

		<p>2. Гиперволемиа и отек легких.</p> <p>3. Гиперкалиемиа с электрокардиографическими признаками.</p> <p>4. Артериальная гипертензия.</p>	
293.	ОПК-10	<p>На прием к врачу-нефрологу в плановом порядке пришла пациентка 45 лет с известным диагнозом хронической болезни почек (ХБП) 4 стадии. Внезапно она побледнела, пожаловалась на головокружение, «мелькание мушек» перед глазами и тошноту. При измерении АД – 70/40 мм рт.ст., пульс слабого наполнения, 110 уд/мин. Какие из перечисленных неотложных состояний наиболее вероятны в данной клинической ситуации?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертонический криз. 2. Уремический перикардит. 3. Синдром дисэквилибриума. 4. Гиповолемиа или кровотечение (например, желудочно-кишечное). 	4
294.	ОПК-10	<p>У пациента с поликистозом почек, получающего терапию гемодиализом по поводу терминальной почечной недостаточности, внезапно возникла интенсивная боль в поясничной области слева, сопровождающаяся макрогематурией и падением АД до 85/50 мм рт.ст. Какое осложнение следует заподозрить в первую очередь?</p> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый пиелонефрит. 2. Разрыв кисты почки с забрюшинным кровотечением. 3. Мочекаменная колика. 4. Тромбоз почечной артерии. 	2
295.	ОПК-10	<p>У пациента 45 лет с длительным анамнезом хронической болезни почек (ХБП 4 стадии) внезапно появились выраженная головная боль, спутанность сознания, тошнота, подергивания в мышцах. АД 190/110 мм рт.ст. Наиболее вероятная причина состояния,</p>	2

		<p>требующая срочного вмешательства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперосмолярная кома 2. Уремическая эклампсия (судорожный синдром) 3. Острое нарушение мозгового кровообращения 4. Передозировка гипотензивными препаратами 	
296.	ОПК-10	<p>У больного с анурией и клиникой отека легких на фоне острого повреждения почек (ОПП) для оказания неотложной помощи необходимо срочно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение петлевых диуретиков в высокой дозе 2. Назначение пероральных ионообменных смол 3. Назначение инфузии бикарбоната натрия 4. Начало заместительной почечной терапии (гемодиализа, гемофильтрации) 	2
297.	ОПК-10	<p>Признаками гиперкалиемии, являющейся жизнеугрожающим состоянием у нефрологического пациента, являются :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выраженная мышечная слабость, восходящие параличи 2. Брадикардия, вплоть до асистолии 3. Высокоамплитудный зубец Т на ЭКГ, уширение комплекса QRS 4. Все вышеперечисленное 	4
298.	ОПК-10	<p>Пациент с системной красной волчанкой и волчаночным нефритом поступил с жалобами на макрогематурию, боль в пояснице, олигурию, повышение креатинина. При УЗИ почек размеры не изменены, ЧЛС не расширена. Наиболее вероятный диагноз, требующий ургентной терапии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый цистит 2. Мочекаменная болезнь 3. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН) 4. Острый пиелонефрит 	3
299.	ОПК-10	<p>Для неотложной медикаментозной коррекции гиперкалиемии (уровень K⁺ 6,8 ммоль/л) с</p>	4

		<p>изменениями на ЭКГ применяют :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенное введение 10% раствора кальция глюконата 2. Внутривенное введение 40% раствора глюкозы с инсулином 3. Ингаляции сальбутамола 5. Все вышеперечисленное 	
300.	ОПК-10	<p>У пациента с поликистозом почек, доставленного в приемное отделение с жалобами на внезапную интенсивную боль в пояснице слева, падение АД, тахикардию, следует в первую очередь заподозрить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приступ почечной колики 2. Разрыв кисты почки с кровотечением в забрюшинное пространство 3. Острый инфаркт миокарда 4. Острый апостематозный пиелонефрит 	2
301.	ОПК-10	<p>У пациента с нефротическим синдромом, получающего высокие дозы глюкокортикоидов, развилась резкая боль в пояснице, гематурия, усиливающаяся при мочеиспускании. Необходимо срочно исключить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гломерулонефрит 2. Тромбоз почечных вен 3. Обострение хронического пиелонефрита 4. Мочекаменную болезнь 	2
302.	ОПК-10	<p>Состояние, при котором у пациента с почечной недостаточностью противопоказано срочное начало стандартного гемодиализа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкалиемия 7,0 ммоль/л 2. Отравление метиловым спиртом 3. Внутреннее кровотечение 4. Уремическая эклампися 	3

303.	ОПК-10	<p>К клиническим проявлениям уремии, требующим неотложного начала заместительной почечной терапии, относятся : Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стойкая анурия в течение 48 часов 2. Уремический перикардит или плеврит 3. Прогрессирующие периферические отеки 4. Уремическая энцефалопатия (спутанность сознания, астериксис, судороги) 	2, 4
304.	ОПК-10	<p>Пациенту с хронической болезнью почек 5 стадии, находящемуся на перитонеальном диализе, вызвали скорую помощь в связи с внезапным помутнением перитонеального диализата, болью в животе, повышением температуры. Ваши действия на догоспитальном этапе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендовать увеличить скорость обмена диализата 2. Добавить гепарин в диализат 3. Добавить антибиотик в диализат 4. Госпитализировать пациента для лечения перитонита 	4
305.	ОПК-10	<p>Синдром «диализного дисбаланса» проявляется (выберите один или несколько вариантов):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Головной болью, тошнотой, рвотой, мышечными судорогами 2. Артериальной гипертензией, тахикардией 3. Спутанностью сознания, судорогами, комой 4. Острой сердечной недостаточностью 	1, 3
306.	ОПК-10	<p>При развитии у пациента на гемодиализе тяжелой артериальной гипотензии необходимо : Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличить скорость ультрафильтрации 2. Прекратить ультрафильтрацию, перевести пациента в положение Тренделенбурга 3. Ввести болон физиологический раствор по диализной магистрали 4. Увеличить скорость кровотока 	2, 3

307.	ОПК-10	<p>Жизнеугрожающим осложнением тромбоза артериовенозной фистулы у диализного пациента является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемическая нейропатия 2. Высокообъемная сердечная недостаточность 3. Синдром обкрадывания (ишемия кисти) 4. Риск тромбоэмболии легочной артерии 	3										
308.	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" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Вид ЗПТ</th> <th style="text-align: left;">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> <tr> <td>3. Гемофильтрация</td> <td>В. Преобладающий механизм удаления токсинов за счет конвекции (ультрафильтрации).</td> </tr> <tr> <td>4. Гемодиафильтрация</td> <td>Г. Сочетание двух механизмов очищения: диффузии и конвекции.</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).	3. Гемофильтрация	В. Преобладающий механизм удаления токсинов за счет конвекции (ультрафильтрации).	4. Гемодиафильтрация	Г. Сочетание двух механизмов очищения: диффузии и конвекции.	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).												
3. Гемофильтрация	В. Преобладающий механизм удаления токсинов за счет конвекции (ультрафильтрации).												
4. Гемодиафильтрация	Г. Сочетание двух механизмов очищения: диффузии и конвекции.												
309.	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>	1 – А 2 – Б 3 – В 4 – Г										

		<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 состояние (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>
310.	ПК-1	<p>Установите соответствие между методом заместительной почечной терапии (ЗПТ) и его ключевыми характеристиками/показаниями.</p> <p>Методы ЗПТ:</p> <p>А) Программный гемодиализ</p> <p>Б) Перитонеальный диализ</p> <p>В) Продолженная вено-венозная гемофильтрация (ПВВГФ)</p> <p>Характеристики/Показания:</p> <p>1. Проводится через катетер в брюшной полости, использует брюшину как полупроницаемую мембрану; подходит для пациентов с сохраненным остаточным диурезом и желающих сохранить мобильность.</p> <p>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.</p> <p>3. Метод заместительной почечной терапии, наиболее подходящий для пациентов в</p>	<p>А – 2</p> <p>Б – 1</p> <p>В – 3</p>

		отделении реанимации с нестабильной гемодинамикой, полиорганной недостаточностью или тяжелым сепсисом.	
311.	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
312.	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. 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). 	3 → 5 → 1 → 4 → 2 → 7 → 6
313.	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>	6 → 7 → 2 → 5 → 1 → 3 → 4

		<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). 	
314.	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 (K+). Клиника и ЭКГ характерны для тяжелой гиперкалиемии. 2. Патогенез: У пациента с диабетом часто есть гипоренинемический гипоальдостеронизм (IV тип почечного канальцевого ацидоза), приводящий к нарушению экскреции калия. На фоне ГД междудиализный</p>

			<p>прирост K^+ может быть значительным.</p> <p>3. Действия:</p> <p>Немедленное начало сеанса ГД с безкалиевым диализатом (или с минимальной концентрацией K^+ 1-2 ммоль/л), контроль ЭКГ.</p> <p>До начала ГД – медикаментозная терапия:</p> <p>кальция глюконат в/в для стабилизации мембраны кардиомиоцитов, инсулин с глюкозой, сальбутамол для временного перевода калия в клетки.</p>
315.	ПК-1	<p>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>	<p>Алгоритм: Сбор анамнеза, осмотр, срочный забор перитонеального</p>

			<p>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 внутрибрюшной антибиотикотерапии, покрывающей грамположительную (цефазолин/ванкомицин) и грамотрицательную флору (цефтазидим/ген</p>
--	--	--	---

			<p>тамицин). Антибиотик выбирается с учетом локальной резистентности, функции почек (для системной абсорбции). 4. Коррекция диализа: Добавление гепарина в растворы для предотвращения образования фибриновых сгустков, возможно, увеличение частоты обменов с коротким временем пребывания для улучшения клиренса и удаления воспалительных медиаторов. После получения посева – коррекция</p>
--	--	--	---

			антибиотика по чувствительности.
316.	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.</p> <p>2. Диагноз: Почечная остео дистрофия по фиброзно-кистозному остеоиту.</p> <p>3. Тактика: Медикаментозная: Активные метаболиты витамина D (парикальцитол) или кальцимитетики (цинакальцет) для снижения ПТГ.</p> <p>Экстракорпоральная: Рассмотрение вопроса о паратиреоидэктомии</p>

			мии при неэффективности и медикаментозной терапии. 4. Коррекция ГД: Увеличение времени процедуры или частоты сеансов улучшает удаление фосфора.
317.	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).
318.	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).
319.	ПК-1	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 _____. (Вставить термин)	диализный дисбаланс (диализный дискомфорт, синдром дисэквилибриума).
320.	ПК-1	Показания к экстренному началу заместительной почечной терапии (ЗПТ) у пациента с терминальной хронической болезнью почек (тХБП).	3

		<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. 	
321.	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> <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. 	1, 4
322.	ПК-1	<p>Медсестра при проведении плановой смены раствора для перитонеального диализа у</p>	3

		<p>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. 	
323.	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
324.	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

325.	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
326.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных действий являются первоочередными при развитии жизнеугрожающей анафилактоидной реакции на диализную мембрану или стерилизат 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
327.	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 долговечность. 3. Ее можно использовать сразу после создания. 4. Она не требует специального ухода со стороны пациента. 	2
328.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных факторов повышают риск кровотечения у пациента на гемодиализе и требуют коррекции режима гепаринизации? Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипокальциемия. 2. Тромбоцитопения (< 50 000/мкл). 	2, 4

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Гиперкалиемия. 4. Прием пероральных антикоагулянтов. 	
329.	ПК-1	<p>Какие из перечисленных электролитных нарушений чаще всего ассоциированы с использованием концентратов диализата с низким содержанием кальция (1.25 ммоль/л)?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Гиперкальциемия. 2. Гипокальциемия. 3. Гипермагниемия. 4. Гипокалиемия. 	2
330.	ПК-1	<p>Для контроля безопасности гемодиализа в ходе процедуры обязательно мониторируются:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Артериальное давление и частота сердечных сокращений. 2. Температура тела и диализата. 3. Трансмембранное давление и скорость ультрафильтрации. 4. Все перечисленное 	4
331.	ПК-1	<p>Какое из утверждений о заместительной почечной терапии у реципиентов почечного трансплантата в период отторжения является верным?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Гемодиализ всегда предпочтительнее перитонеального диализа. 2. Перитонеальный диализ противопоказан из-за риска инфицирования. 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. 	3
332.	ПК-1	<p>Профилактика синдрома «истощения» у пациентов на длительном перитонеальном диализе включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Увеличение дозы эритропоз-стимулирующих агентов (ЭСА). 2. Ограничение белка в диете. 3. Адекватный диализный клиренс и нутритивный статус, сохранение остаточной функции 	3

		<p>почек.</p> <p>4. Регулярную смену метода диализа на гемодиализ каждые 2 года.</p>	
333.	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
334.	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
335.	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром беспокойных ног. 2. Артериальная гипотензия. 3. Мышечные судороги. 4. Амилоидоз, связанный с диализом. 	2, 3
336.	ПК-2	<p>Установите соответствие между клиническим синдромом/состоянием при неотложной нефрологической патологии и основным диагностическим критерием/ключевым лабораторным признаком.</p>	<p>1 – Б</p> <p>2 – А</p> <p>3 – В</p> <p>4 – Г</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> <ol style="list-style-type: none"> А) Уровень калия сыворотки крови > 6,5 ммоль/л в сочетании с изменениями на ЭКГ (высокие зубцы Т, расширение комплекса QRS) Б) Диурез менее 0,5 мл/кг/час в течение 6 часов В) Шум трения перикарда при аускультации на фоне высокого уровня мочевины и креатинина Г) Сочетание АД > 180/120 мм рт.ст. с ретинопатией III-IV степени и/или быстро прогрессирующей почечной недостаточностью 	
337.	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 2 – В 3 – Г 4 – А</p>
338.	ПК-2	Установите соответствие между заболеванием, приводящим к неотложным состояниям в	1 – Б

		<p>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> <p>А) Уросепсис на фоне нарушения оттока мочи</p> <p>Б) Олигурическая острая почечная недостаточность, требующая пульс-терапии глюкокортикоидами и/или плазмафереза</p> <p>В) Массивная протеинурия и нефротический криз (гиповолемия, анурия)</p> <p>Г) Острая почечная недостаточность, индуцированная контрастом или нефротоксичными препаратами, на фоне дегидратации</p>	<p>2 – А</p> <p>3 – В</p> <p>4 – Г</p>
339.	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. 	<p>3 → 1 → 2 → 4</p> <p>→ 5</p>
340.	ПК-2	Тактика ведения пациента с анурией и подозрением на обструктивную уропатию.	<p>4 → 3 → 5 → 1</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 контролем УЗИ для восстановления пассажа мочи. 3. Установить мочевого катетер в мочевой пузырь для исключения инфравезикальной обструкции и мониторинга диуреза. 4. Собрать анамнез, провести осмотр, оценить состояние гидратации, признаки перегрузки объемом (отеки, хрипы в легких) или дегидратации. 5. Назначить лабораторные исследования: общий анализ мочи (если получится получить), биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, калий, натрий), ОАК. 	→ 2
341.	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 	1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 5.

		антибактериальную терапию.	
342.	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>	<p>1. Диагноз: Острая декомпенсация сердечной недостаточности по левожелудочковому типу (кардиоренальный синдром II типа), гипергидратация, отек легких.</p> <p>2. Патогенез: Прогрессирующая ХБП → задержка натрия и воды → гиперволемия → повышенная пред- и постнагрузка на сердце → декомпенсация диастолической/ систолической функции на фоне диабетического поражения миокарда →</p>

			<p>застой в малом круге кровообращения → интерстициальный, а затем альвеолярный отек легких.</p> <p>3. Мероприятия:</p> <p>Подача увлажненного кислорода (через маску/носовые катетеры), при необходимости – неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ).</p> <p>Введение петлевых диуретиков (фуросемид в/в болюсно).</p> <p>Нитраты (нитроглицерин сублингвально/в/в инфузия) для снижения преднагрузки.</p> <p>Возвышенное положение верхней половины</p>
--	--	--	--

			туловища.
343.	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 ОПШ: Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН), постинфекционный, вероятно, стрептококковый.</p> <p>2. Механизмы: Образование антител к антигенам стрептококка, перекрестно реагирующих с антигенами клубочков базальной мембраны → иммунокомплексное 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 морфологической верификации и определения тактики иммуносупрессии).</p>
344.	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. Диагностируйте неотложное состояние. Каков наиболее вероятный возбудитель? Перечислите ключевые элементы неотложной помощи: диагностические (первый шаг) и лечебные (эмпирическая терапия).</p>	<p>1. Диагноз: Острый бактериальный перитонит, связанный с перитонеальным диализом (ПД-ассоциированный перитонит). 2. Вероятный возбудитель: Грамположительные 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 нейтрофилов). Лечение: Эмпирическая внутрибрюшинная антибиотикотерапия, покрывающая грамположительную и грамотрицательную флору (например, цефазолин + цефтазидим или аминогликозид), коррекция режима ПД (увеличение числа обменов, возможно – переход на «сухой» период).</p>
--	--	--	---

345.	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 (вести 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 (допустимо: «инсулин на глюкозе» или отдельно: инсулин и глюкоза 40% как единая мера)</p>
346.	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>
347.	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</p>	<p>Тромбоз глубоких вен (ТГВ, тромбоз почечной вены/нижней полой вены —</p>

		метод исследования).	также допустимый, более специфичный ответ). Основной метод верификации: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей (или компрессионное дуплексное сканирование, УЗИ с доплером).
348.	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
349.	ПК-2	У пациента 60 лет, с анурией на фоне острого повреждения почек, через 2 дня после кардиохирургического вмешательства внезапно развились: одышка в покое, ортопноэ,	2, 3

		<p>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> <ol style="list-style-type: none"> 1) Тромбоэмболия легочной артерии 2) Отек легких на фоне гипергидратации 3) Острая левожелудочковая недостаточность 4) Госпитальная пневмония 	
350.	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
351.	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
352.	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 	1

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Гипокалиемия, в/в введение раствора калия хлорида 3. Гиперкальциемия, в/в введение физраствора 4. Гипонатриемия, в/в введение гипертонического раствора NaCl 	
353.	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 3. Уремический перикардит, ЭхоКГ 4. Нефротический (гипокоагуляционный) тромбоз почечных вен, УЗДГ почечных сосудов 	2
354.	ПК-2	<p>При гиперкалиемии 7.0 ммоль/л с пиковыми зубцами Т на ЭКГ экстренная терапия включает Выберите два верных ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В/в струйное введение 10% раствора кальция глюконата 2. В/в капельное введение 4% раствора калия хлорида 3. В/в капельное введение инсулина с глюкозой 4. Прием внутрь калийсвязывающей смолы (полистиролсульфоната натрия) 	1, 3
355.	ПК-2	<p>У пациента с ХБП 5 ст., не получающего диализ, развилась уремическая энцефалопатия с судорогами. Эффективным методом лечения является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В/в введение магния сульфата 2. В/в введение седативных препаратов (диазепам) 3. Срочное начало гемодиализа с низким потоком и без буферного ацетата 4. В/в введение маннитола для дегидратации мозга 	3
356.	ПК-2	<p>Состояние, которое НЕ является абсолютным противопоказанием для проведения перитонеального диализа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спаечная болезнь брюшной полости после множественных операций 	3

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Паховая или пупочная грыжа 3. Выраженная сердечно-легочная недостаточность 4. Поликистоз почек с огромным увеличением их объема 	
357.	ПК-2	<p>К клиническим признакам синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ), при котором может потребоваться экстренный гемодиализ из-за развития ОПШ, относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Асцит, гидроторакс, олигурия 2. Профузная диарея и гиповолемия 3. Массивная гематурия 4. Выраженные периферические отеки 	1
358.	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
359.	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

360.	ПК-2	<p>Больной с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа и диабетической нефропатией (ХБП 4 ст.) поступает в отделение с симптомами тошноты, многократной рвоты, нарастающей слабости, нарушения ритма дыхания (дыхание Куссмауля). В биохимическом анализе крови: креатинин 540 мкмоль/л, мочевина 38 ммоль/л, глюкоза 24 ммоль/л, рН крови 7,18. Выберите ДВА наиболее вероятных неотложных состояния:</p> <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
361.	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 мочекаменного диатеза – назначить аллопуринол. 	2
362.	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

363.	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
364.	ПК-2	<p>При оказании неотложной помощи пациенту с отеком легких на фоне терминальной ХБП и анурии, какой метод является патогенетическим и наиболее эффективным?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение петлевых диуретиков в высоких дозах 2. Ингаляция кислорода через пеногасители 3. Наложение венозных жгутов на конечности 4. Экстренное проведение сеанса гемодиализа/ультрафильтрации 	4

Разработан:
доцент кафедры поликлинической терапии

С.А. Кнышова