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

СОГЛАСОВАНО

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

УТВЕРЖДАЮ

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

Фонд оценочных средств по практике

Наименование дисциплины **Клиническая практика 1**

Направление подготовки 31.08.43 Нефрология

Направленность (профиль) Нефрология

Форма обучения Очная

Год начала подготовки 2025

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-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-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов

	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	48 с эталоном ответов
ОПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	48 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	48 с эталоном ответов
ОПК-8	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	48 с эталоном ответов
ОПК-9	Задание закрытого типа на	3 с эталоном ответов

	установление соответствия	
	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	48 с эталоном ответов
Всего		300 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	**УК-1**	**Установите соответствие между современным диагностическим методом/маркером и его ключевым клиническим предназначением или патофизиологическим обоснованием в рамках системного анализа пациента с заболеванием почек** **Диагностический метод / Маркер** — **Ключевое предназначение или обоснование** 1. Протеомиурия мочевого осадка — A. Оценка скорости клубочковой фильтрации, независимая от мышечной массы и особенностей питания. 2. Цистатин С в сыворотке — B. Неинвазивная дифференциация типов гломерулопатий на основе обнаружения специфических белков, экскретируемых поврежденными подоцитами и канальцевыми клетками. 3. Биопсия почки с иммунофлюоресценцией и электронной микроскопией — C. "Золотой стандарт" для установления точного морфологического	1 – B 2 – A 3 – C 4 – D

		4. Молекулярно-генетическое тестирование (напр., при подозрении на ADPKD) — определения активности и хронизации процесса, что критически важно для выбора терапии. D. Позволяет системно оценить генетическую природу заболевания, определить прогноз и тактику ведения семьи, что является применением достижений фундаментальной науки на практике.	
2.	**УК-1**	**Установите соответствие между новым классом препаратов и его принципиальным вкладом в системное изменение парадигмы лечения в нефрологии** **Класс препаратов / Конкретный препарат** — **Принципиальное изменение в терапии (критический анализ возможностей)** 1. Ингибиторы SGLT2 (глифлозины) — A. Первый класс препаратов с доказанным нефропротективным действием, выходящим за рамки контроля гликемии и артериального давления, за счет воздействия на внутриклубочковую гипертензию и метаболизм.	1 – A 2 – B 3 – C 4 – D

		2. Антагонисты рецепторов минералокортикоидов (финеренон)	B. Таргетная терапия, блокирующая ключевой провоспалительный и профибротический путь при IgA-нефропатии, меняющая естественное течение болезни.	
		3. Ингибиторы фактора комплемента B (икэлимаб) при C3-гломерулонефрите	C. Применение достижений иммунологии для точного воздействия на альтернативный путь активации комплемента при редких заболеваниях, требующее системного анализа диагностики.	
		4. Блокатор эндотелина и ангиотензина II (спарсентан) при ФСГС	D. Двойное патогенетическое действие, направленное на два ключевых механизма прогрессирования гломерулосклероза, демонстрирующее переход от симптоматической к таргетной терапии.	
3.		**Установите соответствие между инновационным организационно-технологическим решением и ключевой проблемой в нефрологии, для преодоления которой оно направлено.**		1 – A 2 – B 3 – C 4 – D
		Организационно-технологическое решение / Подход	**Ключевая проблема в нефрологической помощи, которую оно призвано решить**	
		1. Телемедицинские консультации и мониторинг	A. Неравенство в доступе к специализированной помощи для пациентов из отдаленных	

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

		5) Стадия макроальбуминурии/протеинурии (CKD 3, СКФ 30-59 мл/мин/1.73 м²).	
5.	**УК-1**	**Установите логическую последовательность действий врача-нефролога при первичном выявлении у пациента стойкой протеинурии для установления нозологического диагноза.** Элементы для последовательности: 1) Проведение иммуносерологического обследования (АНФ, АНЦА, анти-БМК, комплемент), ультразвукового исследования почек. 2) Оценка суточной протеинурии, соотношения альбумин/креатинин в моче, электрофореза белков мочи и крови. 3) Сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка общего анализа мочи, показателей функции почек (СКФ, креатинин). 4) Назначение морфологического исследования почечной ткани (биопсия почки) при неясном диагнозе и показаниях. 5) Дифференциация преренальной, ренальной и постренальной протеинурии, исключение инфекции и функциональных причин	3, 5, 2, 1, 4
6.	**УК-1**	**Установите последовательность назначения нефропротективной и иммуносупрессивной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями, основанными на оценке риска прогрессирования.** Элементы для последовательности: 1) При высоком риске прогрессирования или отсутствии ответа на базисную терапию — добавление циклофосфамида или циклоспорина/такролимуса. 2) Оценка степени протеинурии, функции почек (СКФ) и индивидуальных факторов риска для стратификации пациента. 3) Начало базисной нефропротективной терапии: иАПФ или БРА в максимально переносимой дозе, статины при дислипидемии. 4) Мониторинг эффективности и безопасности лечения, коррекция доз, решение вопроса о длительности терапии. 5) При сохранении высокого уровня протеинурии через 6 месяцев базисной терапии — рассмотрение назначения ритуксимаба или циклоспорина.	2, 3, 5, 1, 4
7.	**УК-1**	**В мета-анализе показано, что использование бикарбоната натрия для замедления**	Решение должно

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

			АД, отеков, уровней натрия и калия. 6) Рассмотрение альтернатив (цитрат калия при гипокалиемии).
8.	**УК-1**	**Онколог планирует терапию иммунными контрольными точками (ингибиторами PD-1) у пациента с метастатическим раком почки и ХБП С4а стадии (СКФ 25 мл/мин).** Каков ваш системный подход к консультации этого пациента? Какие данные необходимо запросить и какие риски минимизировать?	Подход: 1) Анализ текущей функции почек:уточнить этиологию ХБП, наличие протеинурии, аутоиммунной патологии в анамнезе. 2) Оценка риска нефротоксичности: запросить данные биопсии почки (если была), анализы на аутоантитела (ANA, ANCA, анти-ГБМ), общий анализ мочи с микроскопией осадка. 3) Информирование онколога о

			риске развития иммуноопосредованного острого интерстициального нефрита (ИИН) и других irAE (миозита, колита). 4) Разработка плана мониторинга: креатинин, общий анализ мочи до начала и регулярно во время терапии. 5) Обсуждение с пациентом ранних симптомов (олигурия, отеки, боль в пояснице).
9.	**УК-1**	**Внедряется телемедицинская платформа для консультаций пациентов с ХБП из отдаленных районов.** Какие группы пациентов будут приоритетными для такого наблюдения? Опишите оптимальный алгоритм взаимодействия "терапевт районной больницы — теленефролог — пациент".	Приоритеты: пациенты с ХБП C3b-C4 стадии, на раннем перитонеальном диализе, после трансплантации почки в стабильном

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

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

			перитонеального катетера).
13.	**УК-1**	**Пациент 58 лет с ХБП 5 стадии (СКФ 10 мл/мин/1.73м²) на фоне диабетической нефропатии. Состояние относительно стабильное, но нарастают симптомы уремии (слабость, тошнота, кожный зуд). Вы обсуждаете с пациентом варианты заместительной почечной терапии (ЗПТ).** Вопрос: Какие из предложенных методов лечения в данной клинической ситуации соответствуют современным принципам заместительной почечной терапии и являются вариантами выбора? Выберите два верных ответа. Варианты ответов: 1. Немедленное начало программного гемодиализа в амбулаторном диализном центре. 2. Активное динамическое наблюдение с коррекцией консервативной терапии, отложив начало диализа до появления абсолютных показаний (гиперкалиемия, рефрактерные отеки и т.д.). 3. Обсуждение и планирование создания артериовенозной фистулы для последующего гемодиализа, как наиболее оптимального метода. 4. Обсуждение всех вариантов ЗПТ: перитонеальный диализ, гемодиализ (включая вопрос о доступе) и трансплантация почки (при наличии возможности).	2, 4
14.	**УК-1**	**В клиническую практику для лечения диабетической болезни почек (ДБП) с альбуминурией внедрены препараты нового класса – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2). Вы анализируете историю болезни пациента с СД 2 типа, ХБП 3а стадии (СКФ 50 мл/мин) и альбуминурией А2.** Вопрос: На основании данных доказательной медицины, какие из перечисленных эффектов иНГЛТ-2 являются обоснованием для их назначения данному пациенту с целью нефропротекции? Выберите два верных ответа. Варианты ответов: 1. Преимущественное снижение артериального давления за счет мощного диуретического эффекта. 2. Доказанная способность замедлять снижение скорости клубочковой фильтрации и	2, 4

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

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

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

27.	**УК-1**	**Появление новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) создало дилемму в лечении фибрилляции предсердий у пациентов с ХБП. Критический анализ их применения показывает, что:** Выберите два верных ответа. 1) Все НОАК могут безопасно применяться при СКФ <15 мл/мин и на диализе. 2) Дабигатран требует наибольшей коррекции дозы в зависимости от СКФ среди НОАК. 3) Апиксабан имеет наиболее широкие разрешенные границы применения при сниженной СКФ среди НОАК. 4) Ривароксабан является препаратом выбора при СКФ <30 мл/мин в стандартной дозе.	2, 3.
28.	**УК-1**	**Пациент с поликистозной болезнью почек (АДПКБП) и прогрессирующим снижением СКФ. Какие из перечисленных современных фармакологических подходов направлены на патогенетическое звено заболевания и имеют доказанную эффективность в замедлении прогрессирования?** Выберите два верных ответа. 1) Толваптан (антагонист V2-рецепторов вазопрессина). 2) Ингибиторы АПФ в качестве базовой нефропротекции. 3) Регулярная антибиотикопрофилактика инфекций мочевых путей. 4) Ингибиторы mTOR (сиролимус, эверолимус) для уменьшения размера кист.	**1, 2**
29.	**УК-1**	**Систематический обзор и мета-анализ, включающий 5 РКИ, показал, что применение ингибиторов SGLT2 у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) снижает риск прогрессирования заболевания (ОР 0,61; 95% ДИ 0,45–0,82). Что означает доверительный интервал (ДИ) 95% в данном контексте?** 1. Существует 95% вероятность того, что истинный эффект лечения находится в пределах от 0,45 до 0,82. 2. В 95% исследований, включенных в мета-анализ, был получен аналогичный результат. 3. Если провести это исследование 100 раз, то в 95 случаях результат будет находиться в пределах этого интервала.	**3**

		4. Существует 5% вероятность того, что лечение неэффективно (ОР ≥ 1,0).	
30.	**УК-1**	**При анализе нового метода лечения волчаночного нефрита (ВН) вы столкнулись с исследованием, авторы которого предлагают отказаться от рутинного применения гидроксихлорохина у всех пациентов. Однако, согласно актуальным рекомендациям KDIGO 2024, этот препарат является базисным . Ваши действия как специалиста, критически оценивающего информацию?** 1. Согласиться с выводами нового исследования, так как оно более современное. 2. Проигнорировать новое исследование, так как оно противоречит устоявшейся практике. 3. Провести критический анализ методологии нового исследования, сравнить уровни доказательности и, вероятно, продолжать следовать рекомендациям KDIGO до появления более убедительных данных. 4. Назначить гидроксихлорохин только тем пациентам, у кого нет факторов риска ретинопатии.	**3**
31.	**УК-1**	**У вас есть возможность назначить пациенту с быстропрогрессирующим гломерулонефритом один из двух иммуносупрессивных режимов: «золотой стандарт» (циклофосфамид) и новый таргетный препарат, который значительно дороже, но имеет меньше побочных эффектов в краткосрочных исследованиях. Данных о долгосрочной эффективности нового препарата при данном заболевании недостаточно. Ваш подход к решению, основанный на системном анализе ситуации?** 1. Выбрать новый препарат, так как он безопаснее и современнее. 2. Выбрать циклофосфамид, так как его эффективность подтверждена многолетним опытом и исследованиями с высоким уровнем доказательности. 3. Начать лечение с нового препарата, но быть готовым переключиться на циклофосфамид при отсутствии эффекта. 4. Обсудить с пациентом оба варианта, представив имеющиеся данные об эффективности,	**4**

		безопасности и стоимости, и принять совместное решение.	
32.	**УК-1**	**При оценке диагностической значимости нового биомаркера для раннего выявления острого почечного повреждения (ОПП) в исследовании были получены следующие характеристики: чувствительность 99%, специфичность 50%. Что это означает для клинической практики?** 1. Тест отлично подходит для скрининга, так как позволяет выявить почти всех больных. 2. Тест будет давать большое количество ложноположительных результатов, что потребует дополнительного подтверждения диагноза более специфичными методами. 3. Тест одинаково хорошо выявляет как больных, так и здоровых. 4. Тест малопригоден для клинического использования из-за низкой чувствительности.	**2**
33.	**УК-1**	**В подкасте популярного медицинского блогера обсуждается метод «детоксикации почек» с помощью растительных сборов, который, по словам автора, «подтвержден многолетним опытом народной медицины». Ваши действия как врача, владеющего принципами доказательной медицины?** 1. Порекомендовать метод некоторым пациентам с невысоким риском прогрессирования. 2. Проигнорировать информацию, так как она не имеет доказательной базы и может быть опасна для пациентов с заболеваниями почек. 3. Изучить состав сборов на предмет нефротоксичности и, при отсутствии явных вредных компонентов, разрешить применение. 4. Назначить сборы пациентам, отказывающимся от официального лечения, в качестве компромисса.	**2**
34.	**УК-1**	**Вы анализируете два исследования, посвященных лечению IgA-нефропатии. Исследование А (ретроспективное, n=100) показывает пользу от рыбьего жира.**	**2**

		Исследование Б (проспективное РКИ, n=50) не выявляет значимого эффекта. Какому исследованию вы отдадите предпочтение при принятии клинического решения? 1. Исследованию А, так как в нем больше участников. 2. Исследованию Б, так как проспективные РКИ имеют более высокий уровень доказательности, несмотря на меньший размер выборки. 3. Результатам мета-анализа, который объединил бы данные обоих исследований. 4. Ни одному из них, так как по данному вопросу нет консенсуса.	
35.	**УК-1**	**В клинические рекомендации по лечению артериальной гипертензии у пациентов с ХБП внесены изменения, основанные на результатах нового крупного РКИ. Что должно лежать в основе вашего решения о смене привычной терапевтической тактики?** 1. Мнение авторитетного эксперта, комментирующего это РКИ. 2. Критическая оценка методологии РКИ, его соответствия вашей популяции пациентов и последующее внедрение изменений, одобренных профессиональным сообществом (Минздравом РФ). 3. Решение заведующего отделением, основанное на его личном опыте. 4. Анализ эффективности новой терапии у первого же пациента, которому вы ее назначите.	**2**
36.	**УК-1**	**Согласно современным представлениям, при лечении стероид-чувствительного нефротического синдрома у детей, ингибиторы кальциневрина и циклофосфамид показали сопоставимую эффективность в отношении времени до рецидива . Однако ингибиторы кальциневрина ассоциировались с более высоким риском госпитализаций. Какой вывод можно сделать на основе этих данных?** 1. Циклофосфамид следует считать препаратом выбора для всех детей, так как он безопаснее.	**3**

		2. Ингибиторы кальциневрина более эффективны, поэтому риск госпитализаций оправдан. 3. Выбор препарата должен быть индивидуализирован с учетом профиля безопасности, потенциальных рисков и сопутствующих заболеваний. **4.** Необходимо отказаться от обоих препаратов в пользу монотерапии стероидами**.**	
37.	**УК-1**	**Вы планируете начать научное исследование по оценке нового диагностического метода. На каком этапе критический анализ научной литературы и систематический подход к планированию являются наиболее важными?** 1. Только на этапе формулировки гипотезы. 2. На всех этапах: от формулировки гипотезы и дизайна до интерпретации полученных результатов и их сопоставления с мировыми данными. 3. Только на этапе статистической обработки полученных данных. 4. Только на этапе написания выводов и внедрения в практику.	**2**
38.	**УК-1**	**Какое из следующих утверждений о применении глюкокортикостероидов (ГКС) при волчаночном нефрите (ВН), согласно рекомендациям KDIGO 2024, отражает современный подход к минимизации токсичности терапии ?** 1. ГКС должны быть единственным методом иммуносупрессивной терапии при всех классах ВН. 2. Рекомендуется максимально быстрое снижение дозы ГКС до минимально эффективной поддерживающей, а в комбинации с другими иммуносупрессантами — рассмотреть возможность полной отмены. 3. Пульс-терапия метилпреднизолоном противопоказана из-за высокого риска инфекционных осложнений. 4. ГКС назначаются пожизненно для поддержания ремиссии.	**2**

39.	**УК-1**	**В крупном многоцентровом исследовании, спонсированном фармацевтической компанией, сравнивался ее новый препарат с плацебо. Получены положительные результаты в пользу нового препарата. Какие факторы следует критически оценить в первую очередь?** 1. Соответствие исследования санитарным нормам. 2. Возможный конфликт интересов, дизайн исследования, корректность методов статистического анализа и клиническая значимость первичных конечных точек. 3. Количество пациентов, досрочно исключенных из исследования в группе плацебо. 4. Удобство применения нового препарата для пациента.	**2**
40.	**УК-1**	**Пациенту с ХБП С5д, получающему гемодиализ, требуется вакцинация. Вы изучили несколько источников: инструкцию к вакцине, национальный календарь прививок, клинические рекомендации по вакцинации диализных пациентов и мнение коллеги из соседнего отделения. Что должно быть основой для принятия окончательного решения?** 1. Мнение авторитетного коллеги, так как он имеет большой практический опыт. 2. Инструкция к вакцине, как единственный юридически значимый документ. 3. Синтез информации из клинических рекомендаций, национального календаря и инструкции с учетом индивидуальных особенностей пациента. 4. Национальный календарь прививок, так как он является нормативным документом.	**3**
41.	**УК-1**	**В 2024 году были опубликованы обновленные рекомендации KDIGO по волчаночному нефриту . Что является ключевым отличием современного подхода к формированию клинических рекомендаций, требующим от вас критического осмысления?** 1. Они основаны исключительно на мнении ведущих экспертов. 2. Они базируются на систематическом обзоре доказательств с использованием методологии GRADE и четкой градацией уровней доказательности и силы	**2**

		рекомендаций. 3. Они не подлежат обновлению, так как являются окончательными. 4. Они обязательны к применению во всех странах мира без исключения.	
42.	**УК-1**	**Проанализировав течение болезни у пациента с нефротическим синдромом, вы приходите к выводу о его стероид-резистентности. Критически оценивая клиническую ситуацию, что важно проверить перед назначением второй линии терапии?** 1. Наличие у пациента признаков синдрома Иценко-Кушинга. 2. Комплаентность пациента (принимал ли он преднизолон в правильной дозе и режиме), а также исключение других причин протеинурии (например, тромбоз почечных вен). 3. Уровень калия в сыворотке крови. 4. Психический статус пациента.	**2**
43.	**УК-1**	**Вы столкнулись с клиническим случаем, который не полностью соответствует существующим клиническим рекомендациям. Ваш алгоритм действий, основанный на системном анализе?** 1. Лечить пациента строго по рекомендациям, игнорируя особенности его случая. 2. Отказаться от лечения, так как рекомендации не дают точного ответа. 3. Провести дополнительный диагностический поиск, проанализировать научную литературу по схожим случаям, обсудить пациента с более опытными коллегами или на консилиуме и разработать индивидуальный план лечения. 4. Применить все возможные методы лечения, упомянутые в рекомендациях для похожих состояний.	**3**
44.	**УК-1**	**Что в первую очередь должен оценить клинический ординатор при критическом анализе**	**2**

		статьи о новом методе диагностики тубулоинтерстициальных поражений? 1. Импакт-фактор журнала, в котором опубликована статья. 2. Наличие «золотого стандарта» диагностики в качестве референтного метода, дизайн исследования и характеристики исследуемой выборки. 3. Количество страниц в статье. 4. Страну, в которой проводилось исследование.	
45.	**УК-1**	**Системный подход к анализу эффективности лечения пациента с ХБП предполагает использование всех перечисленных методов, КРОМЕ:** 1. Динамическая оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ). 2. Оценка уровня протеинурии. 3. Оценка качества жизни пациента, связанного со здоровьем. 4. Ориентация исключительно на самочувствие пациента как на самый чуткий показатель.	**4**
46.	**УК-1**	**Какое открытие в 2024 году позволило улучшить прогнозирование ответа на иммуносупрессивную терапию при идиопатическом нефротическом синдроме и перейти к более персонализированной терапии?** 1. Выявление роли микробиома кишечника в патогенезе рецидивов 2. Обнаружение антител к нефрину у части пациентов 3. Определение мутаций в генах подоцитов у всех пациентов 4. Разработка новых схем с пролонгированным приемом преднизолона (>12 недель)	**2**
47.	**УК-1**	**При анализе эффективности старта заместительной почечной терапии у пациентов старше 75 лет, результаты исследований 2024 года показывают:**	**2**

		1. Абсолютное преимущество в выживаемости при начале диализа при СКФ <10 мл/мин/1,73м² 2. Незначительное преимущество в выживаемости, но со снижением времени пребывания дома 3. Диализ противопоказан всем пациентам старше 75 лет 4. Значительное улучшение качества жизни во всех случаях	
48.	**УК-1**	**Согласно анализу исследований 2024 года, комбинация каких классов препаратов позволяет достичь максимального нефропротективного эффекта при диабетической болезни почек и других формах ХБП?** 1. Ингибиторы АПФ + БРА 2. Ингибиторы SGLT2 + антагонисты эндотелиновых рецепторов + агонисты GLP-1 3. Диуретики + бета-блокаторы 4. Блокаторы кальциевых каналов + альфа-адреноблокаторы	**2**
49.	**УК-1**	**Терапия анти-CD38 моноклональными антителами, заимствованная из гематологии, в 2024 году показала многообещающие результаты при лечении рефрактерных форм:** 1. Тубулоинтерстициального нефрита 2. Первичного гиперпаратиреоза 3. Реноваскулярной гипертензии 4. Гломерулопатий (например, волчаночного нефрита)	**4**
50.	**УК-1**	**В 2024 году было подтверждено, что назначение ингибиторов SGLT2 (например, эмпаглифлозина) пациентам с сахарным диабетом 1 типа:** 1. Противопоказано из-за высокого риска кетоацидоза	**3**

		2. Не влияет на сердечно-сосудистую систему 3. Снижает сердечно-сосудистый риск и риск терминальной ХБП 4. Требует обязательного сочетания с метформином	
51.	**УК-1**	**Какие нефропротективные свойства, помимо снижения гликемии, были подтверждены для агонистов GLP-1 (семаглутид) в исследованиях 2024 года?** 1. Снижение риска почечных исходов и замедление прогрессирования ХБП 2. Прямое антибактериальное действие на канальцевый эпителий 3. Растворение кальциевых камней в почках 4. Предотвращение острого повреждения почек при сепсисе	**1**
52.	**УК-1**	**Согласно обновленным клиническим рекомендациям KDIGO 2024 по ведению детей с нефротическим синдромом, какой режим первичной стероидной терапии рекомендуется для достижения ремиссии?** 1. Пульс-терапия метилпреднизолоном 3 дня, затем переход на преднизолон через день 2. 8-недельный курс (4 недели ежедневно, затем 4 недели через день) 3. Терапия только при возникновении рецидива 4. Назначение цитостатиков с первых дней лечения	**2**
53.	**УК-1**	**Анализируя проект новых клинических рекомендаций по АНЦА-ассоциированным васкулитам с поражением почек (2024), что является ключевым изменением в подходах к индукции ремиссии?** 1. Полный отказ от глюкокортикостероидов 2. Более широкое применение плазмообмена у всех пациентов 3. Акцент на комбинированную терапию с возможным использованием новых анти-CD20	**3**

		препаратов 4. Замена циклофосфамида на монотерапию микофенолата мофетилом при всех формах	
54.	**УК-1**	**В клинических рекомендациях по нефрологии (РФ, 2024) для быстрого принятия обоснованных клинических решений предусмотрены:** 1. Только текстовое описание нозологий 2. Ссылки на зарубежные PubMed статьи без перевода 3. Алгоритмы действий врача по диагностике, лечению и профилактике 4. Исключительно фармакологические справочники	**3**
55.	**УК-1**	**При анализе эффективности ингибиторов SGLT2 у пожилых пациентов с ХБП (исследования 2024 года) было доказано, что канаглифлозин:** 1. Не должен применяться у пациентов старше 75 лет 2. Снижает риск сердечно-сосудистых и почечных исходов и безопасен даже в старшей возрастной группе 3. Вызывает необратимую острую почечную недостаточность у всех пациентов >75 лет 4. Эффективен только в комбинации с инсулином	**2**
56.	**УК-1**	**Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при хроническом гломерулонефрите, что требует включения нефропротективных мероприятий?** 1. Только гематурия 2. Протеинурия и трансферринурия 3. Гипонатриемия	**2**

		4. Повышение уровня креатинина крови само по себе	
57.	**УК-1**	**Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируется при наличии:** 1. Изолированной протеинурии 2. Массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией и быстрым снижением СКФ 3. Стойкой нормотензии 4. Гиперфильтрации	**2**
58.	**УК-1**	**Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от гипертонической болезни при системном анализе данных?** 1. Мочевой синдром (протеинурия, гематурия), предшествующий повышению АД или возникающий одновременно с ним 2. Гипертрофия левого желудочка на ранних стадиях 3. Исключительно редкие гипертонические кризы 4. Отсутствие изменений глазного дна	**1**
59.	**УК-1**	**При какой комбинации показаний к проведению биопсии почки решение врача будет наиболее обоснованным (согласно протоколу)?** 1. Дебют нефротического синдрома у ребенка 3-х лет 2. Изолированная микрогематурия у молодого пациента без протеинурии 3. Быстропрогрессирующее снижение СКФ (потеря >50% за 3 месяца) у пациента с нефритическим синдромом 4. Лихорадка и дизурия	**3**

60.	**УК-1**	**Сравнивая подходы к нефропротекции, какой из вариантов комбинированной терапии в настоящее время рассматривается как наиболее перспективный для максимального замедления прогрессирования ХБП?** 1. Ингибитор АПФ + антагонист рецепторов ангиотензина II 2. Ингибитор SGLT2 + антагонист эндотелина (апроцитентан) 3. Петлевой диуретик + верошпирон 4. Нифедипин + атенолол	**2**
61.	**УК-1**	**Анализируя новые данные о лечении резистентной артериальной гипертензии на фоне ХБП, применение нового препарата апроцитентана (двойной антагонист эндотелиновых рецепторов) обосновано, так как он:** 1. Улучшает функцию печени 2. Эффективно снижает АД и оказывает нефропротективный эффект 3. Является калийсберегающим диуретиком 4. Полностью заменяет ингибиторы АПФ	**2**
62.	**ОПК-1**	**Установите соответствие между специализированными информационными технологиями (ИКТ) и целями их использования в профессиональной деятельности врача-нефролога.** **№** **Информационно-коммуникационная технология (ИКТ)** **Цель использования в нефрологии**	1 – C 2 – A 3 – D 4 – B

			хронической болезнью почек (ХБП)	фильтрации (СКФ) и стадии ХБП по введенным лабораторным данным пациента.	
		2	Калькулятор СКФ (CKD-EPI, MDRD)	B) Дистанционный мониторинг показателей артериального давления, веса, уровня глюкозы у пациента для коррекции терапии.	
		3	Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)	C) Проведение популяционных исследований, анализ эпидемиологических данных, планирование ресурсов здравоохранения.	
		4	Телемедицинская платформа с функциями телемониторинга	D) Автоматический анализ структурированных данных пациента (лабораторные, инструментальные) для формирования диагностических и лечебных рекомендаций в соответствии с клиническими guidelines.	
63.	**ОПК-1**	**Установите соответствие между потенциальной угрозой информационной безопасности и мерой по ее предотвращению в работе нефрологического отделения/кабинета.**			1 – C 2 – D 3 – A 4 – B
		№	**Потенциальная угроза или нарушение**	**Мера по предотвращению и соблюдению информационно й безопасности**	
		1	Утечка конфиденциальных данных пациентов (диагнозы, результаты обследований) через	A) Регулярное обновление ПО	

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

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

		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.	
65.	ОПК-1	**Этапы обработки персональных данных пациента при ведении электронной истории болезни (ЭИБ) в отделении нефрологии.Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при работе с ЭИБ, обеспечивающую соблюдение требований информационной безопасности.** Действия: 1. Внести результаты проведенного сеанса гемодиализа и данные текущего осмотра в соответствующие разделы ЭИБ. 2. Получить однократный код подтверждения из мобильного приложения для входа в медицинскую информационную систему (МИС). 3. Выйти из системы (закрыть сеанс работы) по окончании работы. 4. Авторизоваться в системе, введя индивидуальный логин и сложный пароль. 5. Проанализировать динамику лабораторных показателей (креатинин, скорость клубочковой фильтрации) за последний месяц. 6. Проверить, к какому конкретному пациенту открыта ЭИБ, сверить идентификаторы.	4, 2, 6, 5, 1, 3.
66.	ОПК-1	**Алгоритм действий при подготовке и отправке телемедицинской консультации для пациента с терминальной хронической болезнью почек (ХБП). Установите логическую и нормативно-правовую последовательность шагов.** Действия: 1. Отправить обезличенный пакет документов через защищенный канал связи телемедицинской платформы. 2. Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение	4, 2, 3, 5, 6, 1.

		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.	
67.	**ОПК-1**	**Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при первичном оформлении электронной медицинской карты (ЭМК).** Элементы для последовательности: 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.	2 → 5 → 4 → 3 → 1
68.	**ОПК-1**	**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?	1. Я не буду давать медицинские рекомендации по неофициальному и незащищенному каналу связи

			(личная почта), так как это нарушает конфиденциальн ость персональных данных пациента (ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», 152-ФЗ «О персональных данных»). Личная почта не гарантирует защиту информации от утечки или перехвата. 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 пациента (ЛКП) в медицинской информационной системе (МИС) клиники. Это самый предпочтительный вариант, так как позволяет вести защищенный обмен сообщениями, прикреплять файлы, видеть всю историю болезни и назначения. Все данные шифруются и хранятся в соответствии с требованиями

			безопасности. 4. Акцентирую важность очного визита для осмотра, измерения АД и сдачи лабораторных анализов в аккредитованной лаборатории, так как данные домашних экспресс-тестов могут быть неточны.
69.	**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 врачебной тайны. 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. 3. Неполнота информации: Для принятия врачебного

			решения недостаточно только КТ-изображения. Необходим доступ к полной истории болезни, анализам, что невозможно в мессенджере. 4. 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 телеконсультаци

			ю. Данные КТ и медицинская документация загружаются в защищенный раздел телемедицинской платформы или передаются по официальным защищенным каналам связи между ЛПУ. Консультация оформляется официальным заключением, которое вносится в медицинскую карту.
70.	**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?	1. Не участвовать в обсуждении данной истории на форуме, не комментировать и не подтверждать свои догадки. 2. Связаться с модераторами

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

			анонимных случаев в открытых источниках. Для профессиональн ого обсуждения сложных случаев следует использовать защищенные профессиональн ые сообщества, специализирован ные платформы для врачей с проверенной регистрацией или очные клинические разборы. 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.

71.	**ОПК-1**	**В контексте соблюдения врачебной тайны при использовании электронной медицинской карты (ЭМК) пациента с хронической болезнью почек, ключевым принципом информационной безопасности является _____, означающий, что доступ к информации должен быть предоставлен только авторизованным пользователям в рамках их профессиональных задач.** Вставьте термин	принцип минимально необходимого доступа (или "принцип наименьших привилегий").
72.	**ОПК-1**	**Для безопасной передачи результатов биопсии почки и других конфиденциальных данных между лечебными учреждениями в рамках телемедицинской консультации необходимо использовать _____ канал связи, например, с применением технологий шифрования.** Вставьте термин	защищенный (или "безопасный").
73.	**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
74.	**ОПК-1**	**Защита персональных данных и конфиденциальной информации в медицинской информационной системе (МИС) нефрологического отделения. Врач-нефролог использует МИС для ведения истории болезни пациента с хронической болезнью почек (ХБП). Какие действия врача являются корректными с точки зрения соблюдения правил информационной безопасности и защиты персональных данных?** Выберите два верных ответа. Варианты ответов: 1. Оставить рабочую сессию в МИС открытой на компьютере в ординаторской для оперативного доступа, отлучившись на консилиум. 2. Предоставить логин и пароль от МИС медицинской сестре для внесения данных о суточном диурезе пациента. 3. Осуществлять авторизацию в системе с использованием уникального личного логина и сложного пароля, регулярно его обновляя. 4. При обсуждении сложного клинического случая на научной конференции демонстрировать	**3, 4**

		данные КТ-исследования почек, предварительно полностью анонимизировав их (удалив ФИО, дату рождения, номер истории болезни).	
75.	**ОПК-1**	**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. Варианты ответов: 1. Провести консультацию через любой доступный мессенджер с функцией видеозвонка для удобства пациента. 2. Использовать для консультации специализированную защищенную медицинскую платформу, рекомендованную лечебным учреждением. 3. Попросить пациента прислать фото лабораторных результатов в общий чат социальной сети для оперативного обсуждения. 4. Убедиться, что выбранное средство связи обеспечивает шифрование передаваемых данных	**2, 4**
76.	**ОПК-1**	**Какие из перечисленных действий врача-нефролога при использовании облачного сервиса для хранения историй болезни НАРУШАЮТ правила информационной безопасности?** Выберите два верных ответа. **1.** Использование двухфакторной аутентификации для доступа 2. Передача логина и пароля коллеге по телефону для срочного просмотра анализа 3. Хранение только обезличенных данных для научных исследований 4. Работа с базой данных через незащищенное публичное Wi-Fi-соединение	**2, 4**
77.	**ОПК-1**	**При подготовке научной публикации, включающей данные пациентов отделения, врач-нефролог должен обеспечить:** Выберите два верных ответа. 1. Полное обезличивание данных (исключение возможности идентификации пациента) 2. Получение одобрения локального этического комитета 3. Использование только данных пациентов, давших отдельное письменное согласие на использование их информации в исследовании 4. Размещение полных оригиналов историй болезни в открытом доступе для подтверждения достоверности	**1, 2**
78.	**ОПК-1**	**Использование информационно-коммуникационных технологий и обеспечение**	**3, 4**

		информационной безопасности в практике врача-нефролога. Выберите два верных ответа. Какие из перечисленных видов информационных систем являются специализированными медицинскими и наиболее релевантными для работы нефролога? 1. Система электронного документооборота (СЭД) общего назначения. 2. Радиологическая информационная система (РИС). 3. Лабораторная информационная система (ЛИС). 4. Нефрологический регистр, интегрированный с электронной медицинской картой (ЭМК).	
79.	**ОПК-1**	**Какие данные из электронной медицинской карты (ЭМК) пациента с хронической болезнью почек (ХБП) являются критически важными для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью встроенного в ИС калькулятора?** 1. Рост, вес, возраст, уровень креатинина в сыворотке крови. 2. Возраст, пол, уровень креатинина в сыворотке крови. 3. Уровень глюкозы крови, артериальное давление, пол. 4. Пол, уровень калия в сыворотке, уровень альбумина в моче	**2**
80.	**ОПК-1**	**Какое действие врача-нефролога соответствует принципам информационной безопасности при использовании рабочей станции в медицинской организации?** 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**
81.	**ОПК-1**	**Для безопасного онлайн-консультирования пациента с артериальной гипертензией и**	**2**

		ХБП врач-нефролог должен использовать: 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.	
82.	**ОПК-1**	**При обнаружении на своем рабочем компьютере признаков заражения вредоносным программным обеспечением (например, произвольное открывание окон, замедление работы) врач-нефролог должен:** 1. Попытаться самостоятельно найти и удалить вирус с помощью бесплатной утилиты из интернета. 2. Немедленно отключить компьютер от сети (интернет и локальной) и сообщить ответственному за ИТ-безопасность или в службу поддержки. 3. Продолжить работу, чтобы завершить оформление истории болезни. 4. Перезагрузить компьютер в безопасном режиме и продолжить анализ биопсии почек.	**2**
83.	**ОПК-1**	**Врач-нефролог участвует в многоцентровом исследовании. Для безопасного обмена обезличенными наборами клинических данных с координационным центром предпочтительно использовать:** 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**
84.	**ОПК-1**	**Что из перечисленного относится к обязательным организационным мерам по**	**2**

		соблюдению требований к защите персональных данных в медицинской организации? 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.	
85.	**ОПК-1**	**При использовании мобильного приложения-калькулятора для оценки риска прогрессирования почечной недостаточности на личном смартфоне врач-нефролог должен:** 1. Вводить реальные ФИО пациента для точности учета. 2. Вводить только клинически значимые параметры (лабораторные, демографические) без указания данных, позволяющих идентифицировать пациента. 3. Синхронизировать приложение с электронной медицинской картой для автоматического импорта данных. 4. Избегать использования таких приложений, так как они все небезопасны.	**2**
86.	**ОПК-1**	**Какое действие нарушает принципы этики и информационной безопасности при обсуждении случаев заболеваний в профессиональном чате врачей-нефрологов в интернете?** 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**

87.	**ОПК-1**	**Информационно-коммуникационные технологии в нефрологии позволяют повысить безопасность пациентов за счет:** Выберите два верных ответа 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**
88.	**ОПК-1**	**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?** 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**
89.	**ОПК-1**	**Для ведения регистра пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формулам CKD-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 1. Электронная медицинская карта (ЭМК)**,** встроенная в МИС лечебного учреждения.	**1, 2**

		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.	
90.	**ОПК-1**	**Что относится к основным задачам применения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в работе врача-нефролога?** 1. Ведение бумажных историй болезни 2. Автоматизация процессов диагностики, лечения и мониторинга пациентов с заболеваниями почек 3. Замена личного общения с пациентом на переписку в мессенджерах 4. Увеличение времени на заполнение бумажной документации	**2**
91.	**ОПК-1**	**Какая информация, содержащаяся в медицинской информационной системе (МИС), относится к категории персональных данных пациента?** 1. Фамилия, имя, отчество и дата рождения 2. Только номер полиса ОМС 3. Диагноз, сформулированный лечащим врачом 4. Режим работы отделения нефрологии	**1**
92.	**ОПК-1**	**Какие меры информационной безопасности необходимо соблюдать врачу-нефрологу при работе со служебной электронной почтой?** 1. Сообщить свой пароль коллеге на время отпуска	**2**

		2. Использовать сложные пароли и двухфакторную аутентификацию, не открывать подозрительные вложения 3. Пересылать все данные пациентов на личную почту для удобства работы из дома 4. Использовать один и тот же простой пароль для всех рабочих и личных аккаунтов	
93.	**ОПК-1**	**Что из перечисленного является нарушением правил информационной безопасности в медицинской организации?** 1. Прохождение регулярного инструктажа по кибербезопасности 2. Установка нелицензионного программного обеспечения на рабочий компьютер 3. Использование автоматизированного рабочего места врача (АРМ) в защищенной сети 4. Регулярная смена паролей для доступа к МИС	**2**
94.	**ОПК-1**	**Какие из перечисленных действий разрешены при работе с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)?** 1. Передача своих учетных данных для входа другому врачу для оформления документов 2. Внесение достоверных данных о состоянии здоровья пациента и оказанной медицинской помощи 3. Корректировка задним числом данных диспансерного наблюдения без соответствующих записей в медкарте 4. Выгрузка базы данных пациентов на личный флеш-накопитель для статистического анализа дома	**2**
95.	**ОПК-1**	**Что понимается под термином «цифровая гигиена» в контексте профессиональной деятельности врача?** 1. Использование антибактериальных салфеток для обработки клавиатуры	**2**

		2. Совокупность правил безопасного поведения и работы с цифровыми устройствами и информацией 3. Владение навыками работы в текстовом редакторе 4. Обязательное использование средств индивидуальной защиты при работе за компьютером	
96.	**ОПК-1**	**Как следует поступить врачу-нефрологу при обнаружении признаков несанкционированного доступа к его рабочему компьютеру?** 1. Ничего не предпринимать, так как это не входит в его обязанности 2. Самостоятельно переустановить операционную систему 3. Немедленно прекратить работу, заблокировать экран и сообщить о случившемся ответственному за информационную безопасность 4. Отключить компьютер от сети и продолжить работу с бумажными носителями	**3**
97.	**ОПК-1**	**Какие правила необходимо соблюдать при использовании мессенджеров (например, Telegram, WhatsApp) для общения с коллегами по рабочим вопросам?** 1. Можно создать общий чат с названием отделения и обсуждать там всех пациентов с указанием ФИО 2. Не рекомендуется передавать персональные данные пациентов без шифрования; использовать защищенные каналы или обезличенную информацию 3. Это лучший способ для передачи скан-копий паспортов и полисов пациентов 4. Использование мессенджеров в рабочих целях запрещено на законодательном уровне полностью	**2**
98.	**ОПК-1**	**Что такое «информационная безопасность» в контексте работы медицинской организации?**	**2**

		1. Защита компьютеров от поломок 2. Состояние защищенности информации (данных) от неправомерного доступа, уничтожения, модифицирования, блокирования и иных подобных действий 3. Наличие в штате врача-информатика 4. Регулярное проведение инвентаризации компьютерной техники	
99.	**ОПК-1**	**Какие действия врача могут привести к утечке конфиденциальной информации о пациенте?** 1. Использование защищенной корпоративной сети 2. Отправка выписки из истории болезни на личную электронную почту пациента без использования защищенных каналов связи 3. Обсуждение тактики лечения на консилиуме с коллегами в ординаторской 4. Внесение данных в электронную карту под своей учетной записью	**2**
100.	**ОПК-1**	**Как часто рекомендуется менять пароли для доступа к рабочим информационным системам (МИС, ЕГИСЗ)?** 1. Один раз в 5 лет 2. Периодически, в соответствии с политикой безопасности медицинской организации (например, каждые 30-90 дней) 3. Только при увольнении 4. Пароль можно не менять никогда, если он очень сложный	**2**
101.	**ОПК-1**	**Каковы последствия разглашения врачебной тайны в электронном виде (например, публикация данных пациента в соцсетях)?** 1. Только моральная ответственность	**3**

		2. Только выговор от главного врача 3. Административная и/или уголовная ответственность в соответствии с законодательством РФ 4. Никаких последствий, так как информация была опубликована в интернете	
102.	**ОПК-1**	**Какое утверждение верно описывает понятие «электронная подпись» врача?** 1. Это отсканированное изображение подписи врача, вставленное в документ 2. Это информация в электронной форме, которая позволяет идентифицировать врача и подтвердить подлинность подписанного им документа 3. Это цифровой код, который ставится автоматически при открытии документа 4. Это логин и пароль врача для входа в компьютер	**2**
103.	**ОПК-1**	**В соответствии с законодательством РФ, медицинские организации (за исключением отдельных частных кабинетов) относятся к субъектам:** 1. Малого и среднего предпринимательства 2. Критической информационной инфраструктуры (КИИ) 3. Страховой медицины 4. Саморегулируемых организаций	**3**
104.	**ОПК-1**	**Для передачи информации, содержащей врачебную тайну, пациенту через мессенджеры (например, WhatsApp или Telegram) медицинскому работнику необходимо:** 1. Использовать только мессенджеры с функциями исчезающих сообщений 2. Получить письменное согласие пациента на такой способ передачи 3. Использовать только корпоративные информационные системы и защищенные каналы связи, соответствующие требованиям законодательства	**3**

		4. Передавать данные разрешено любым способом, так как пациент является их владельцем	
105.	**ОПК-1**	**Согласно новым требованиям к субъектам КИИ, все медицинские организации обязаны подключиться к:** 1. Единому порталу государственных услуг 2. Государственной системе обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак (ГосСОПКА) 3. Федеральному регистру медицинских работников 4. Системе обязательного медицинского страхования	**2**
106.	**ОПК-1**	**Категорирование информационных систем (присвоение категорий значимости) в медицинской организации проводится специально созданной комиссией. Какой из перечисленных критериев в первую очередь оценивается для рядовой больницы при определении социальных рисков от кибератаки?** 1. Годовой объем уплачиваемых налогов 2. Максимальное возможное число людей, которым может быть причинен вред здоровью 3. Экологический ущерб от выхода из строя оборудования 4. Снижение стоимости акций организации на рынке	**2**
107.	**ОПК-1**	**Указом Президента РФ № 250 предусмотрено создание в медицинской организации (как субъекте КИИ) отдела информационной безопасности, который должен возглавлять:** 1. Главный бухгалтер 2. Заместитель главного врача по лечебной работе 3. Один из заместителей руководителя организации 4. Приглашенный внешний консультант на аутсорсинге	**3**

108.	**ОПК-1**	**Что из перечисленного является обязательным требованием к программному обеспечению, используемому на значимых объектах критической информационной инфраструктуры (ЗОКИИ) в медицинских организациях с 1 сентября 2024 года?** 1. Наличие бесплатной лицензии с открытым кодом 2. Использование исключительно российского программного обеспечения из специального реестра 3. Обязательное наличие облачного хранилища за пределами РФ 4. Наличие встроенных функций искусственного интеллекта	**2**
109.	**ОПК-1**	**Применение алгоритмов машинного обучения в нефрологии для пациентов с ХБП наиболее эффективно для:** 1. Прогнозирования прогрессирования ХБП и стратификации рисков 2. Определения цвета мочи по фотографии 3. Назначения немедикаментозного лечения без сбора анамнеза 4. Замены диализных процедур	**1**
110.	**ОПК-1**	**Что понимается под "системой поддержки принятия врачебных решений" (СППВР) в контексте информационных технологий?** 1. Электронная почта для консультаций с коллегами 2. Программное обеспечение, которое предоставляет врачу персонализированные рекомендации по диагностике и лечению на основе анализа клинических данных пациента 3. Календарь для записи на прием 4. Справочник лекарственных средств в формате PDF	**2**
111.	**ОПК-1**	**При дистанционном наблюдении пациента с артериальной гипертензией и хронической**	**3**

		болезнью почек через телемедицинскую платформу, в случае сбоя в работе оборудования и генерации событий информационной платформы: 1. Врач утрачивает доступ к данным пациента до полного восстановления системы 2. Данные автоматически уничтожаются для соблюдения врачебной тайны 3. Лечащий врач имеет право доступа к "первичным" данным (показаниям) в личном кабинете для оперативного анализа и принятия решения 4. Пациенту необходимо пройти полное обследование заново	
112.	**ОПК-1**	**Подсистема мониторинга информационной платформы для дистанционного наблюдения за пациентами должна обеспечивать:** 1. Ручной ввод всех показаний пациентов 2. Сохранность информации при возникновении аварийных ситуаций с помощью резервирования и копирования данных 3. Отправку СМС-уведомлений родственникам 4. Блокировку всех действий врача при малейшем подозрении на сбой	**2**
113.	**ОПК-1**	**Если медицинская организация использует телемедицинскую платформу, которая хранит персональные данные пациентов на серверах за пределами РФ и не имеет сертифицированных средств защиты информации, то:** 1. Это допустимо, если у организации есть лицензия на телемедицину 2. Это является нарушением законодательства (ФЗ-152 и требований к КИИ) 3. Это разрешено только для пациентов, давших согласие на трансграничную передачу 4. Это допустимо при условии деперсонализации данных	**2**
114.	**ОПК-1**	**Согласно результатам исследований по внедрению клинических алгоритмов для**	**2**

		нефропротекции у пожилых пациентов, при разработке систем поддержки принятия решений необходимо учитывать не только данные рандомизированных клинических исследований, но и: 1. Предпочтения страховой компании 2. Ожидаемую продолжительность жизни и функциональный статус пациента 3. Марку оборудования в процедурном кабинете 4. Наличие у пациента домашних животных	
115.	**ОПК-1**	**При увольнении или переходе в другое отделение, каковы ваши действия в отношении учетных записей в информационных системах больницы?** 1. Ничего не делать, система заблокирует доступ автоматически через год 2. Сообщить администратору системы для блокировки/деактивации учетной записи и сдать пропуск/токены 3. Передать свой пароль коллеге, который остается работать 4. Сохранить доступ на случай, если понадобятся старые данные	**2**
116.	**ОПК-1**	**Какие меры предосторожности следует соблюдать при использовании облачных сервисов (например, Яндекс.Диск, Google Drive) для хранения рабочих документов?** 1. Можно хранить любые документы, так как это удобно 2. Хранить только документы, прошедшие проверку на вирусы 3. Не использовать публичные облака для хранения персональных данных и врачебной тайны без дополнительного шифрования; использовать сертифицированные корпоративные облачные решения 4. Хранить документы только в запароленных архивах	**3**

117.	**ОПК-1**	**Что необходимо сделать перед утилизацией (выбрасыванием) бумажных документов, содержащих персональные данные пациентов?** 1. Сдать их в макулатуру 2. Уничтожить (измельчить в шредере) или дезинфицировать способом, исключающим прочтение 3. Выбросить в мусорное ведро в ординаторской 4. Сжечь в неположенном месте на территории больницы	**2**
118.	**ОПК-1**	**В чем заключается угроза использования непроверенного USB-устройства (флешки) в медицинской информационной системе?** 1. Физическая поломка USB-порта 2. Заражение компьютера вредоносным ПО (вирусом), которое может украсть данные или нарушить работу системы 3. Потеря данных на самой флешке 4. Снижение скорости интернета	**2**
119.	**ОПК-1**	**Какие данные о пациенте допустимо передавать в мессенджере коллеге для экстренной консультации?** 1. Фото истории болезни с паспортными данными 2. Только номер истории болезни и инициалы 3. Любые данные, если установлен режим секретного чата 4. Передача любой медицинской информации в открытых каналах (мессенджерах) без шифрования на стороне отправителя и получателя недопустима. Следует использовать защищенные каналы или деперсонализировать данные.	**4**

120.	**ОПК-1**	**Для чего используется усиленная квалифицированная электронная подпись (УКЭП) в работе врача?** 1. Только для входа в компьютер 2. Для придания электронному документу юридической силы, равнозначной собственноручной подписи на бумаге 3. Для шифрования исходящей электронной почты 4. Для автоматического перевода медицинских заключений	**2**
121.	**ОПК-2**	**Установите соответствие между видом медицинской помощи (левый столбец) и условиями, в которых она оказывается (правый столбец). Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца.** **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	**1 – Б, 2 – В, 3 – А, 4 – Г**
122.	ОПК-2	**Установите соответствие между медико-статистическим показателем, используемым для оценки качества стационарной помощи, и его определением.**	**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	
123.	ОПК-2	**Установите соответствие между первичным медицинским документом и информацией, которая в нем преимущественно фиксируется.** **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 — Г. Фиксация факта и причины отказа в	**1 – Б, 2 – В, 3 – Г, 4 – А**

		коечного фонда (форма 007/у-02) госпитализации	
124.	**ОПК-2**	**Установите правильную последовательность действий врача-нефролога при первичном выявлении пациента с ХБП 4 стадии (СКФ 20 мл/мин/1,73 м²) в амбулаторных условиях.** А. Направить пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности (при наличии стойких нарушений функций). Б. Взять пациента на диспансерный учет с контролем функции почек, электролитов и артериального давления. В. Провести беседу с пациентом о методах заместительной почечной терапии (диализ, трансплантация) и важности своевременного создания сосудистого доступа. Г. Направить пациента на консультацию к сосудистому хирургу для формирования артериовенозной фистулы. Д. Внести данные пациента в региональный регистр больных с ХБП и лист ожидания диализа.	**Б, Д, В, Г, А**
125.	**ОПК-2**	**Установите последовательность этапов оформления электронного листка нетрудоспособности (ЭЛН) пациенту с обострением хронического гломерулонефрита, госпитализированному в круглосуточный стационар.** А. Закрытие ЭЛН при выписке с указанием кода нарушения режима (если было) и даты выхода на работу. Б. Формирование ЭЛН при поступлении в приемном покое с указанием кода причины «01» (заболевание). В. Внесение записей в раздел «Заполняется в стационаре»: даты госпитализации и выписки, сведений о новом заболевании (если изменилось).	**Б, В, Г, А**

		Г. Продление ЭЛН лечащим врачом каждые 15 дней (или реже) врачебной комиссией.	
126.	**ОПК-2**	**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).** А. Получение информированного добровольного согласия пациента на перевод. Б. Заключение договора между принимающей медицинской организацией и страховой медицинской организацией (или ТФОМС) на оказание заместительной почечной терапии. В. Направление официального запроса из передающей организации в принимающую о наличии свободных диализных мест. Г. Передача выписного эпикриза и результатов обследований на инфекционные маркеры (ВИЧ, гепатиты) в принимающий центр. Д. Информирование территориального фонда ОМС и Росздравнадзора о смене места оказания помощи пациенту (маршрутизации).	**А, В, Г, Б, Д**
127.	**ОПК-2**	**Основным документом, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», является _____, утверждаемый Министерством здравоохранения РФ.** (вставьте термин)	Порядок оказания медицинской помощи
128.	**ОПК-2**	**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)	обострений (или прогрессирования)
129.	**ОПК-2**	**Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий**	листок нетрудоспособности

		их временное освобождение от работы, называется _____.(вставьте термин)	(или больничный лист)
130.	**ОПК-2**	**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.** Вопрос: Опишите, какие организационные мероприятия вы предложите? Как организовать взаимодействие амбулаторного звена (центра диализа), скорой помощи и стационара для решения данной проблемы? Ответ обоснуйте с точки зрения принципов организации медицинской помощи (этапность, преемственность).	Анализ проблемы: Корень проблемы — отсутствие преемственности между амбулаторным диализным центром и стационаром. Организационные мероприятия: Разработка и 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. 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 ЕМИАС) для согласования даты и времени госпитализации. 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?".

			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 отделение (при наличии договоренности), либо связываться с дежурным нефрологом до транспортировки. Обоснование: Это соответствует принципам этапности, преемственности и приближения помощи к пациенту, снижает нагрузку на экстренную службу и уменьшает стоимость лечения.
131.	**ОПК-2**	**В нефрологическом отделении за два полугодия (1-е и 2-е) прошедшего года были получены следующие статистические данные:** • **1-е полугодие: Выписано пациентов – 600. Из них с летальным исходом – 24. Проведено койко-дней – 5400.**	Расчеты: 1-е полугодие: Летальность = (24 / 600) * 100% = 4%.

		• **2-е полугодие: Выписано пациентов – 650. Из них с летальным исходом – 39. Проведено койко-дней – 5200.** Вопрос: 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.	Средняя длительность = 5400 / 600 = 9 дней. 2-е полугодие: Летальность = (39 / 650) * 100% = 6%. Средняя длительность = 5200 / 650 = 8 дней. Анализ: Мы видим рост летальности с 4% до 6% (на 50% относительных) и снижение средней длительности госпитализации с 9 до 8 дней. Возможные причины (гипотезы): 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). 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) или к повторным госпитализациям. Качество помощи: Возможно снижение качества диагностики или лечения на начальном этапе. Управленческое решение: Провести углубленный анализ структуры летальности: Проанализировать нозологическую структуру умерших (распределение по диагнозам) в сравнении с предыдущим периодом.

			Провести экспертизу качества медицинской помощи в каждом случае летального исхода (целевая экспертиза) для выявления дефектов ведения. Оценить частоту и своевременность перевода пациентов в реанимацию.
132.	**ОПК-2**	**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%.** 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?	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 первичного звена. Организационные меры (без расширения штата): Обучение терапевтов (Школы для врачей): Проведение цикла лекций/семинаров для участковых терапевтов и врачей общей практики по скринингу ХБП (критерии: СКФ <60, альбуминурия, гипертоники, диабетики). 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. Организация "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. Централизация скрининга:

			Договориться с клинико-диагностической лабораторией о том, чтобы в общем анализе мочи автоматически подсчитывалось соотношение альбумин/креатинин у пациентов групп риска.
133.	**ОПК-2**	**КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ? (Выберите один НЕПРАВИЛЬНЫЙ ответ)** 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	**3**
134.	**ОПК-2**	**КТО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?** 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**
135.	**ОПК-2**	**ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «НЕФРОЛОГИЯ» РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ:**	**1**

		1. Приказом Минздрава России 2. Постановлением Правительства РФ 3. Федеральным законом 4. Локальными актами медицинской организации	
136.	**ОПК-2**	**ПРИНЦИП ЭТАПНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ПРЕДПОЛАГАЕТ(Выберите два верных ответа)** 1. Направление пациента из поликлиники в стационар при наличии показаний 2. Перевод пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар или поликлинику для долечивания 3. Самостоятельный выбор пациентом любого федерального центра без направления 4. Наблюдение участкового терапевта без участия нефролога	**1, 2**
137.	**ОПК-2**	**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК (ОПП) НА ДОМУ, ВРАЧ ОБЯЗАН:** 1. Назначить обильное питье и нефропротективную терапию 2. Организовать экстренную госпитализацию в стационар, имеющий возможность проведения диализа 3. Направить пациента на консультацию к нефрологу в поликлинику в плановом порядке 4. Выдать направление на анализы и пригласить пациента через неделю	**2**
138.	**ОПК-2**	**ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЯМИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП)? (Выберите два верных ответа)** 1. Наличие жалоб от пациентов	**2, 3**

		2. Выполнение индикаторов качества (например, доля пациентов с ХБП, получающих ингибиторы АПФ) 3. Соблюдение стандартов и клинических рекомендаций 4. Удовлетворенность пациента сервисными условиями	
139.	**ОПК-2**	**ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ: (Выберите два верных ответа)** 1. Страховыми медицинскими организациями 2. Руководителями структурных подразделений (зав. отделением) 3. Врачебной комиссией медицинской организации 4. Территориальным органом Росздравнадзора	**2, 3**
140.	**ОПК-2**	**ЦЕЛЬЮ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ:** 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**
141.	**ОПК-2**	**КАКОЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОМУ БОЛЬНОМУ?**	**2**

		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	
142.	**ОПК-2**	**ПОД «НЕНАДЛЕЖАЩИМ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПОНИМАЮТ:** 1. Несоответствие оказанной медицинской помощи критериям качества, стандартам и клиническим рекомендациям 2. Вежливость медицинского персонала 3. Наличие очередей в регистратуру 4. Отсутствие платных услуг	**1**
143.	**ОПК-2**	**ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ: (Выберите два верных ответа)** 1. Приказом Минздрава России 2. Индивидуальным планом работы участкового терапевта 3. Желанием пациента 4. Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	**1, 4**
144.	**ОПК-2**	**ЧТО ТАКОЕ ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ?** 1. Совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году 2. Совокупность заболеваний, зарегистрированных в данном году, независимо от	**3**

		срока их возникновения 3. Совокупность заболеваний, впервые в жизни выявленных в течение календарного года 4. Распространенность хронических патологий	
145.	**ОПК-2**	**КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗНЫМИ МЕСТАМИ?** 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	**2**
146.	**ОПК-2**	**ПОКАЗАТЕЛЬ «ГОДОВАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ЗПТ)» РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК:** 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**
147.	**ОПК-2**	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО:** 1. Число новых случаев ХБП, зарегистрированных в данном году	**2**

		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	
148.	**ОПК-2**	**ПОД ПОКАЗАТЕЛЕМ «ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХБП, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ» ПОНИМАЮТ:** 1. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу пациентов с ХБП в регионе 2. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу пациентов с терминальной ХБП, получающих ЗПТ 3. Отношение числа пациентов на ПД к общему числу жителей региона 4. Число пациентов, прошедших обучение перитонеальному диализу	**2**
149.	**ОПК-2**	**КЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? (Выберите два верных ответа)** 1. Лечащим врачом 2. Врачебной комиссией 3. Страховым представителем 4. Руководителем медицинской организации	**1, 2**
150.	**ОПК-2**	**ПАЦИЕНТ С ХБП 5 СТАДИИ ИМЕЕТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ) В СЛУЧАЕ:** 1. Наличия у него инвалидности 2. Если он является «федеральным льготником» (инвалид, в т.ч. ребенок-инвалид)	**2**

		3. Если он официально трудоустроен 4. По желанию лечащего врача вне зависимости от группы инвалидности	
151.	**ОПК-2**	**ДОПУСТИМ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ПАЦИЕНТУ С БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НЕ БЫЛА ВОВРЕМЯ ПРОВЕДЕНА БИОПСИЯ ПОЧКИ, ЧТО ПРИВЕЛО К ЗАДЕРЖКЕ НАЗНАЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И УХУДШЕНИЮ ПРОГНОЗА. ЭТО КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ КАК:** 1. Несчастный случай 2. Дефект оказания медицинской помощи (невыполнение необходимых диагностических мероприятий) 3. Врачебная ошибка, не повлекшая последствий 4. Особенность течения заболевания	**2**
152.	**ОПК-2**	**Согласно территориальному принципу организации медицинской помощи, первичный прием пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) должен осуществляться:** 1. Только в федеральных научно-исследовательских институтах 2. В поликлинике по месту жительства или в амбулаторном нефрологическом центре 3. Исключительно в условиях круглосуточного стационара 4. В частных медицинских центрах по выбору пациента	**2**
153.	**ОПК-2**	**Для оценки качества медицинской помощи пациенту с впервые выявленной протеинурией (>0,5 г/сут) и сохранной скоростью клубочковой фильтрации критерием качества является:**	**2**

		1. Назначение антибактериальной терапии 2. Проведение толстоигольной биопсии почки под контролем УЗИ (при отсутствии противопоказаний) 3. Немедленное начало гемодиализа 4. Ежедневное измерение температуры тела	
154.	**ОПК-2**	**Что из перечисленного относится к показателям доступности медицинской помощи для пациентов с терминальной почечной недостаточностью?** 1. Количество врачей-нефрологов на 10 000 населения 2. Время ожидания плановой госпитализации для начала заместительной почечной терапии 3. Средняя заработная плата медицинского персонала 4. Количество жалоб на качество обслуживания	**2**
155.	**ОПК-2**	**Финансирование оказания медицинской помощи (включая гемодиализ) пациентам с ХБП в рамках территориальной программы государственных гарантий осуществляется за счет средств:** 1. Только личных средств гражданина 2. Добровольного медицинского страхования 3. Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) 4. Благотворительных фондов	**3**
156.	**ОПК-2**	**Основной целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в диализном центре является:**	**2**

		1. Увеличение заработной платы административного персонала 2. Минимизация рисков неблагоприятных событий, связанных с проведением заместительной почечной терапии 3. Сокращение времени процедуры диализа 4. Увеличение коечного фонда отделения	
157.	**ОПК-2**	**Информация о состоянии здоровья пациента, находящегося в отделении реанимации (ОРИТ), предоставляется его родственникам:** 1. По первому телефонному звонку в любое время 2. Только при личном визите и в часы, установленные администрацией учреждения 3. Через страховую компанию 4. Не предоставляется никогда	**2**
158.	**ОПК-2**	**Критерием качества оказания медицинской помощи пациенту с фокально-сегментарным гломерулосклерозом (ФСГС) и протеинурией является назначение:** 1. Только нестероидных противовоспалительных препаратов 2. Ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II (при отсутствии противопоказаний) 3. Поливитаминных комплексов 4. Растительных нефропротекторов	**2**
159.	**ОПК-2**	**При организации нефрологической помощи предпочтительным местом развертывания специализированного нефрологического центра является:** 1. Отдельно стоящее здание поликлиники 2. База многопрофильного стационара	**2**

		3. Административное здание управления здравоохранения 4. Территория санаторно-курортного учреждения	
160.	**ОПК-2**	**Для проведения экспертизы качества медицинской помощи контролирующие органы (Росздравнадзор, страховые компании) в первую очередь руководствуются:** 1. Устными распоряжениями главного врача 2. Критериями оценки качества, утвержденными приказами Минздрава РФ 3. Пожеланиями родственников пациента 4. Международными протоколами, не адаптированными к РФ	**2**
161.	**ОПК-2**	**При анализе годового отчета нефрологического отделения были получены следующие данные. Какой из представленных показателей наиболее информативно отражает доступность специализированной медицинской помощи для населения?** 1. Средняя длительность пребывания пациента на койке. 2. Обеспеченность населения врачами-нефрологами (на 10 тыс. населения). 3. Летальность в стационаре. 4. Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.	**2**
162.	**ОПК-2**	**ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ (ВН) В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) 2. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-04) 3. Листок нетрудоспособности 4. Талон амбулаторного пациента (форма 025-1/у)	**3**

163.	**ОПК-2**	**ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ:** 1. Уровень госпитализации 2. Среднегодовая занятость койки (функция койки) 3. Структура госпитализированных пациентов 4. Обеспеченность населения нефрологическими койками	**2**
164.	**ОПК-2**	**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП) — ЭТО:** 1. Отсутствие врачебных ошибок 2. Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания помощи, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата 3. Удовлетворенность пациента сервисными условиями 4. Соответствие оказанной помощи мировым стандартам	**2**
165.	**ОПК-2**	**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК (ХБП), КРИТЕРИЕМ КАЧЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Достижение целевого уровня артериального давления 2. Ежедневный осмотр лечащим врачом 3. Наличие отдельной палаты 4. Проведение консилиума в первые сутки	**1**
166.	**ОПК-2**	**ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ (ПМСП) ПАЦИЕНТАМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОКАЗЫВАЕТСЯ:** 1. Только в условиях дневного стационара	**2**

		2. В специализированных нефрологических центрах 3. В амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара 4. Только в условиях круглосуточного стационара	
167.	**ОПК-2**	**ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ?** 1. Обеспеченность врачами 2. Оборот койки 3. Летальность 4. Структура коечного фонда	**2**
168.	**ОПК-2**	**ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ:** 1. Частота госпитализаций по экстренным показаниям 2. Средние сроки ожидания госпитализации (лист ожидания) 3. Процент совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов 4. Укомплектованность штатов	**2**
169.	**ОПК-2**	**ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПАЦИЕНТА С ХБП, НАХОДИВШЕГОСЯ НА ДИАЛИЗЕ, ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ АНАЛИЗИРУЕТ:** 1. Только качество проведения последнего сеанса гемодиализа 2. Своевременность и адекватность диализной терапии, коррекцию анемии, минеральных нарушений, сосудистого доступа 3. Только правильность оформления первичной документации 4. Мнение родственников о качестве ухода	**2**

170.	**ОПК-2**	**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ БИОПСИИ ПОЧКИ ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬ:** 1. Только название процедуры 2. Сведения о целях, методах, рисках, возможных вариантах вмешательства и его последствиях 3. Гарантию отсутствия осложнений 4. Только подпись пациента	**2**
171.	**ОПК-2**	**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ РЕЖЕ:** 1. Одного раза в месяц 2. Одного раза в 10-14 дней 3. Только при выписке 4. Ежедневно	**2**
172.	**ОПК-2**	**ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ)?** 1. Желание пациента получить инвалидность 2. Наличие стойких нарушений функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и требующих социальной защиты 3. Длительность лечения более 4 месяцев 4. Первичное установление диагноза хронической болезни почек	**2**
173.	**ОПК-2**	**ДЕФЕКТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА С РАЗВИВШЕЙСЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОПН) БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ:**	**2**

		1. Перевод пациента в ОРИТ 2. Отсутствие контроля диуреза и уровня креатинина в динамике 3. Назначение петлевых диуретиков 4. Консультация уролога	
174.	**ОПК-2**	**ДЛЯ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХБП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ:** 1. Первичная заболеваемость 2. Полнота охвата диспансерным наблюдением 3. Обеспеченность населения нефрологами 4. Количество посещений на одного жителя	**2**
175.	**ОПК-2**	**КАКОЙ ВИД КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ЗАВЕДУЮЩИЙ НЕФРОЛОЛОГИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ВЕДОМСТВЕННЫЙ?** 1. Экспертиза качества текущей документации и соблюдения стандартов 2. Лицензирование деятельности отделения 3. Проверка Росздравнадзором 4. Страховая экспертиза	**1**
176.	**ОПК-2**	**ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ:** 1. Со дня выписки из стационара 2. Со дня поступления в стационар (при наличии нетрудоспособности) на весь период стационарного лечения 3. Только при наличии инвалидности	**2**

		4. По желанию пациента	
177.	**ОПК-2**	**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ:** 1. Только стационарную помощь 2. Виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат, подушевые нормативы финансирования 3. Прейскурант платных услуг 4. Штатное расписание медицинских организаций	**2**
178.	**ОПК-2**	**ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ:** 1. Только лечащим врачом единолично 2. Лечащим врачом единолично либо врачебной комиссией 3. Только заведующим отделением 4. Медико-социальной экспертизой	**2**
179.	**ОПК-2**	**ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МСЭ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ХБП, КАКОЙ ФОРМОЙ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛЬЗУЕТСЯ ВРАЧ?** 1. Выписка из истории болезни 2. Статистический талон 3. Форма 088/у (Направление на медико-социальную экспертизу) 4. Листок нетрудоспособности	**2**
180.	**ОПК-2**	**ЦЕЛЬЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**	**2**

		ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Наказание виновных сотрудников 2. Выявление дефектов, нарушений и их своевременное устранение для улучшения результатов лечения 3. Выполнение плана госпитализации 4. Сбор статистической отчетности	
181.	**ОПК-8**	**Установите соответствие между группой пациентов (фактором риска) и основным профилактическим мероприятием, направленным на предотвращение развития или прогрессирования ХБП** **Группа пациентов (фактор риска)** — **Основное профилактическое мероприятие** 1. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа — А. Регулярный контроль артериального давления, строгое соблюдение гипотензивной терапии и диеты с ограничением соли. 2. Пациенты с артериальной гипертензией — Б. Отказ от бесконтрольного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анальгетиков. 3. Пациенты с ожирением и метаболическим синдромом — В. Регулярный скрининг на микроальбуминурию, жесткий контроль гликемии и АД. 4. Пациенты с привычным бесконтрольным приемом обезболивающих — Г. Снижение массы тела, коррекция дислипидемии, повышение физической активности.	1 – В 2 – А 3 – Г 4 – Б
182.	**ОПК-8**	**Установите соответствие между рекомендацией по здоровому образу жизни и ее обоснованием с точки зрения профилактики заболеваний почек**	1 – Б 2 – В

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

		3. ХБП 4-5 стадии, получающая лечение перитонеальным диализом. 4. Пациенты с синдромом катетер-ассоциированной бактериурии. В. Обучение правилам интимной гигиены, режиму мочеиспускания, профилактике переохлаждения. Г. Обучение правилам ухода за постоянным мочевым катетером, важности регулярной его замены.	
184.	**ОПК-8**	**Установите правильную последовательность действий врача-нефролога (или терапевта, консультирующегося по нефрологическим рискам) при проведении профилактического консультирования пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией, не имеющего диагноза ХБП.** А) Оценка индивидуальных факторов риска (семейный анамнез по болезням почек, диабет, курение, прием нефротоксичных препаратов). Б) Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина в крови и назначение анализа на альбуминурию/протеинурию. В) Формулировка конкретных рекомендаций по модификации образа жизни (ограничение соли, контроль АД, отказ от курения, адекватный питьевой режим). Г) Разъяснение пациенту связи между артериальной гипертензией и риском повреждения почек, целей профилактики. Д) Назначение (или коррекция) антигипертензивной терапии с нефропротективной целью (при необходимости). Е) Планирование динамического наблюдения (сроки контроля АД, анализов).	Г → А → Б → В → Д → Е
185.	**ОПК-8**	**Этапы ведения пациента с диагностированной ХБП 3 стадии для профилактики прогрессирования и сердечно-сосудистых осложнений. Установите логическую последовательность профилактических мероприятий, которые должны быть инициированы или усилены у пациента с установленной ХБП 3а стадии.** Действия: А) Назначение диеты с контролем потребления белка, калия и фосфора (по показаниям). Б) Оценка и достижение целевого уровня артериального давления (<130/80 мм рт.ст.). В) Вакцинация против гриппа, пневмококковой и COVID-19 инфекций.	Д → Б → Е → А → Г → В

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

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

			(постепенно, без голодания и кетогенных диет, которые могут провоцировать повышение уровня мочевой кислоты). 5. Регулярная физическая активность умеренной интенсивности.
188.	**ОПК-8**	**В рамках диспансеризации у пациента 50 лет, страдающего артериальной гипертензией 10 лет, выявлена микроальбуминурия (30 мг/сут). Какие профилактические мероприятия и просветительскую беседу вы проведете, чтобы замедлить прогрессирование гипертензивной нефропатии?** Перечислите ключевые тезисы беседы.	Ключевые тезисы беседы: 1. Объяснение, что микроальбуминурия – ранний сигнал о повышенной нагрузке на почки из-за гипертензии. 2. Абсолютная необходимость строгого контроля АД: Целевой уровень < 130/80 мм рт.ст.,

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

			крови.
189.	**ОПК-8**	**Пациент, 38 лет, перенесший острый пиелонефрит, спрашивает о мерах профилактики рецидивов инфекций мочевых путей и их влияния на почки. Какие рекомендации вы предоставите? Особо остановитесь на немедикаментозных и гигиенических аспектах.**	Рекомендации: 1. Питьевой режим: Обильное питье (вода, клюквенные морсы – с осторожностью при МКБ) для регулярного мочеиспускания и «промывания» мочевых путей. 2. Регулярное мочеиспускание: Не терпеть, опорожнять мочевой пузырь до и после полового акта. 3. Гигиена: Правильное подмывание (спереди назад), ношение хлопкового белья, отказ от агрессивных гигиенических средств. 4.

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

			смыслу формулировки, подчеркивающие важность нормального веса).
192.	**ОПК-8**	**Для формирования здорового образа жизни с целью профилактики заболеваний почек в рамках работы с населением медицинский работник должен акцентировать внимание на следующих ключевых поведенческих факторах:** **1. Достаточное потребление чистой воды (1.5-2 л/сут при отсутствии противопоказаний).** **2. Отказ от курения и злоупотребления алкоголем.** **3. Регулярная умеренная физическая активность.** **4. Недопущение бесконтрольного приема лекарственных средств, в первую очередь _____.** Назовите одну наиболее релевантную группу препаратов.	нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) / анальгетики (например, ибупрофен, диклофенак).
193.	**ОПК-8**	**При проведении скринингового мероприятия в рамках Дня здоровья участковый терапевт выявил у пациента 45 лет с ожирением (ИМТ=32) и отягощенной наследственностью по сахарному диабету 2 типа уровень глюкозы в крови натощак 6,8 ммоль/л. Какое из следующих профилактических вмешательств является НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫМ для предотвращения развития ХБП у данного пациента?** Варианты ответов: 1. Немедленное назначение ингибиторов АПФ для нефропротекции. 2. Рекомендовать консультацию уролога для исключения аномалий развития почек. 3. Назначить комплексное обследование для уточнения диагноза «предиабет/сахарный диабет» и дать рекомендации по модификации образа жизни (гипокалорийная диета, физическая активность). 4. Назначить ультразвуковое исследование почек для исключения поликистоза.	**3**
194.	**ОПК-8**	**Медицинская сестра нефрологического кабинета проводит беседу в «Школе здоровья» для женщин репродуктивного возраста. Какие из следующих рекомендаций являются НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМИ И ЭФФЕКТИВНЫМИ для профилактики**	**1, 3**

		рецидивирующих ИМП и предотвращения развития хронического пиелонефрита? Выберите два верных ответа Варианты ответов: 1. Рекомендовать ежедневный прием клюквенного морса, так как проантоцианидины клюквы препятствуют адгезии бактерий к уроэпителию. 2. Советовать обязательно проводить гигиеническую обработку perineum после каждого акта дефекации по направлению сзади наперед. 3. Объяснить важность регулярного опорожнения мочевого пузыря (не реже чем каждые 3-4 часа), не допуская длительного застоя мочи. 4. Порекомендовать профилактический прием низких доз антибиотиков после каждого полового акта.	
195.	**ОПК-8**	**В рамках программы формирования здорового образа жизни для пациентов с гипертонической болезнью и высоким риском развития ХБП врач-нефролог дает рекомендации по питанию. Какие из перечисленных диетических советов являются ДОКАЗАННО ЭФФЕКТИВНЫМИ для нефропротекции и контроля артериального давления?** Выберите два верных ответа Варианты ответов: 1. Строгое ограничение потребления белка до 0,2-0,3 г/кг/сут для снижения нагрузки на почки. 2. Ограничение поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут). 3. Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов и нежирных молочных продуктов. 4. Полный отказ от кофе и других кофеинсодержащих напитков.	**2, 3**
196.	**ОПК-8**	**Какие из перечисленных факторов образа жизни являются модифицируемыми (управляемыми) факторами риска развития хронической болезни почек (ХБП)?** Выберите два верных ответа 1. Возраст старше 60 лет 2. Чрезмерное потребление поваренной соли 3. Неконтролируемая артериальная гипертензия	**2, 3**

		4. Наследственная предрасположенность к поликистозу почек	
197.	**ОПК-8**	**Какие меры санитарно-гигиенического просвещения наиболее эффективны для профилактики инфекций мочевыводящих путей (ИМП), которые могут осложняться поражением почек?** 1. Обучение правилам личной гигиены (особенно девочек и женщин) 2. Рекомендация избегать переохлаждений 3. Пропаганда своевременного опорожнения мочевого пузыря, недопущение привычки "терпеть" 4. Все перечисленное	**4**
198.	**ОПК-8**	**Какое из утверждений о нестероидных противовоспалительных препаратах (НПВП) является ВЕРНЫМ в контексте профилактики лекарственно-индуцированного поражения почек?** Выберите два верных ответа 1. Их можно принимать длительно и безрецептурно при любых болях. 2. Их следует с осторожностью применять у пожилых, пациентов с ХБП, сердечной недостаточностью, обезвоживанием. 3. Сочетание нескольких НПВП усиливает обезболивающий эффект и безопасно для почек. 4. Риск нефротоксичности выше при приеме НПВП вместе с ингибиторами АПФ или диуретиками.	**2, 4**
199.	**ОПК-8**	**Целевые уровни артериального давления для пациентов с ХБП и протеинурией в рамках вторичной профилактики прогрессирования почечной недостаточности составляют:** 1. < 140/90 мм рт.ст. 2. < 130/80 мм рт.ст. 3. < 150/90 мм рт.ст. 4. < 125/75 мм рт.ст.	**2**

200.	**ОПК-8**	**Основной целью санитарно-гигиенического просвещения пациентов, получающих заместительную почечную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ), является профилактика:** Выберите два верных ответа 1. Доступ-ассоциированных инфекций (перитонита, инфицирования сосудистого доступа) 2. Нарушений диеты и питьевого режима 3. Гиподинамии 4. Профессиональной переподготовки	**1, 2**
201.	**ОПК-8**	**Какие компоненты включает "здоровый" для почек образ жизни?** 1. Отказ от курения 2. Контроль массы тела, избегание ожирения 3. Регулярная умеренная физическая активность 4. Все перечисленное	**4**
202.	**ОПК-8**	**Для профилактики острого почечного повреждения (ОПП) у пожилых пациентов необходимо избегать:** 1. Бесконтрольного приема диуретиков 2. Состояний дегидратации (при лихорадке, диарее) 3. Планового контрастирования при КТ-исследованиях без оценки рисков 4. Все перечисленное	**4**
203.	**ОПК-8**	**Пациент с сахарным диабетом 2 типа на первичном приеме. Какие рекомендации по образу жизни вы дадите для профилактики диабетической нефропатии?** 1. Строгое ограничение углеводов, увеличение доли животных белков в рационе. 2. Достижение целевых уровней гликированного гемоглобина (HbA1c) и артериального давления, отказ от курения.	**2**

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

		НЕВЕРНЫМ? 1. Курение является независимым фактором риска развития и прогрессирования ХБП. 2. Курение ускоряет поражение почек у пациентов с сахарным диабетом. 3. Курение не влияет на эффективность антигипертензивной терапии. 4. Отказ от курения — важнейший компонент профилактики почечных и сердечно-сосудистых осложнений.	
208.	**ОПК-8**	**При проведении профилактического осмотра у молодого человека без жалоб выявлена протеинурия 0,15 г/л. Ваши первоначальные действия в рамках вторичной профилактики?** 1. Немедленное направление на биопсию почки. 2. Назначение глюкокортикостероидов. 3. Рекомендация повторить общий анализ мочи через 1-2 недели, оценить возможные причины (физическая нагрузка, лихорадка накануне). 4. Уверенность в ошибке лаборатории и игнорирование результата.	**3**
209.	**ОПК-8**	**ПАЦИЕНТУ С ХБП И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАМКАХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕКОМЕНДОВАНО:** 1. Ограничение потребления поваренной соли до 10-12 г/сут 2. Ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сут 3. Увеличение потребления жидкости до 3 л/сут 4. Полное исключение животных жиров	**2**
210.	**ОПК-8**	**ПРИ КАКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ СУТОЧНОЙ ПРОТЕИНУРИИ НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ (ИАПФ/БРА) ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДАЖЕ ПРИ НОРМАЛЬНОМ АД?** 1. Менее 150 мг/сут	**3**

		2. 150-300 мг/сут 3. Более 300 мг/сут (альбуминурия > 30 мг/г креатинина) 4. Только при наличии нефротического синдрома (>3,5 г/сут)	
211.	**ОПК-8**	**ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХБП В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ: (Выберите два верных ответа)** 1. Травмы почек 2. Сахарный диабет 3. Артериальная гипертензия 4. Полипы мочевого пузыря	**2, 3**
212.	**ОПК-8**	**КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОТРАЖАЕТ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (СКФ) И ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ЦЕЛЯХ СКРИНИНГА?** 1. Уровень мочевины крови 2. Уровень креатинина крови с расчетом по формуле (CKD-EPI, MDRD) 3. Уровень гемоглобина 4. Плотность мочи по Зимницкому	**2**
213.	**ОПК-8**	**В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП (НАПРИМЕР, ПРИ ДИАБЕТЕ) ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ (ХС-ЛПНП) ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Менее 3,0 ммоль/л 2. Менее 2,6 ммоль/л 3. Менее 1,8 ммоль/л	**3**

		4. Менее 1,0 ммоль/л	
214.	**ОПК-8**	**ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРФОСФАТЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП С5 (ДИАЛИЗ) В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ: (Выберите два верных ответа)** 1. Препараты кальция (карбонат/ацетат) во время еды 2. Петлевые диуретики 3. Фосфат-биндеры (севеламер, карбонат лантана) 4. Препараты витамина D	**2, 3**
215.	**ОПК-8**	**КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ СКФ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН/1,73М² ИЗ-ЗА РИСКА НАКОПЛЕНИЯ И ТОКСИЧНОСТИ, ЧТО ТРЕБУЕТ РАЗЪЯСНЕНИЯ ПАЦИЕНТУ?** 1. Эналаприл 2. Метформин 3. Аторвастатин 4. Фуросемид	**2**
216.	**ОПК-8**	**ПАЦИЕНТУ С ХБП (С3Б-С4) И ГИПЕРКАЛИЕМИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ:** 1. Яблоки и арбузы 2. Картофель (особенно жареный и в мундире), бананы, курагу 3. Мясо птицы 4. Макаронные изделия	**2**

217.	**ОПК-8**	**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТУ С ХБП, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ДИАЛИЗЕ, В ОТНОШЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:** 1. Пить не менее 2 литров воды в сутки для "промывания почек" 2. Ограничить потребление жидкости (обычно 700-1000 мл + диурез) 3. Пить только минеральную воду 4. Не ограничивать жидкость, если нет отеков	**2**
218.	**ОПК-8**	**МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА (МБД) У ПАЦИЕНТОВ С ХБП НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:** 1. Увеличения мышечной массы 2. Профилактики ожирения 3. Снижения азотемии и уменьшения интоксикации 4. Улучшения аппетита	**3**
219.	**ОПК-8**	**ПРИ ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИНЦИПАМ ДИЕТЫ, СЛЕДУЕТ АКЦЕНТИРОВАТЬ ВНИМАНИЕ НА:** 1. Увеличении потребления белка для восполнения потерь 2. Увеличении потребления жидкости 3. Ограничении натрия (соли) и жидкости (при отеках) 4. Полном голодании	**3**
220.	**ОПК-8**	**ПАЦИЕНТЫ С ХБП (ОСОБЕННО С 3Б-5 СТАДИЕЙ И НА ДИАЛИЗЕ) ОТНОСЯТСЯ К**	**2**

		ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ИМ РЕКОМЕНДОВАНА ВАКЦИНАЦИЯ: 1. Только от гриппа 2. Против пневмококковой инфекции, гриппа и гепатита В 3. Любые вакцины противопоказаны из-за иммунодефицита 4. Только "живыми" вакцинами	
221.	**ОПК-8**	**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ НЕФРИТА, СЛЕДУЕТ:** 1. Использовать живые вакцины для лучшего ответа 2. Ожидать, что иммунный ответ на вакцину может быть снижен 3. Вводити вакцину внутривенно 4. Увеличить дозу иммуносупрессантов перед вакцинацией	**2**
222.	**ОПК-8**	**ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Ежегодная вакцинация от гриппа 2. Контроль уровня гликемии и артериального давления 3. Ограничение потребления животного белка до 0,3 г/кг/сут 4. Прием нефропротективной дозы нестероидных противовоспалительных препаратов	**2**
223.	**ОПК-8**	**К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ:**	**2**

		1. Санаторно-курортное лечение 2. Плановое бактериологическое исследование мочи после купирования обострения 3. Обучение пациента правилам личной гигиены 4. Назначение низкобелковой диеты	
224.	**ОПК-8**	**СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕКОМЕНДОВАН ЛИЦАМ (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ОТВЕТ):** 1. Старше 40 лет 2. С артериальной гипертензией, сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями 3. Имеющим родственников с заболеваниями почек 4. Всем пациентам, обращающимся за медицинской помощью	**2**
225.	**ОПК-8**	**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ О ФАКТОРАХ РИСКА ХБП, НАИБОЛЕЕ ВЕСОМЫМ МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Курение 2. Мужской пол 3. Принадлежность к негроидной расе 4. Наличие поликистоза почек у родителей	**1**
226.	**ОПК-8**	**ДЛЯ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (РЕАБИЛИТАЦИИ) ПАЦИЕНТА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХБП, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО: (Выберите два верных ответа)** 1. Полный отказ от физической активности для экономии энергии 2. Включение в программу индивидуальных физических тренировок в мезодиализный	**2, 4**

		период 3. Высокобелковая диета без ограничения фосфатов 4. Активное лечение анемии и нарушений фосфорно-кальциевого обмена	
227.	**ОПК-8**	**КАКАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ?** 1. Обильное питье при лечении антибиотиками 2. Ограничение поваренной соли 3. Исключение бесконтрольного приема анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов 4. Ежегодное санаторно-курортное лечение	**3**
228.	**ОПК-8**	**ПАЦИЕНТУ С ДИАГНОЗОМ "МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ" В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЛЕДУЕТ ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ:** 1. Полное исключение кальция из рациона 2. Обильное питье (до 2-2,5 л/сут) при отсутствии противопоказаний 3. Прием больших доз аскорбиновой кислоты 4. Диету с преобладанием мясных продуктов	**2**
229.	**ОПК-8**	**ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В "ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ" НАПРАВЛЕНО НА ПРОФИЛАКТИКУ:** 1. Инфекционных осложнений 2. Реноваскулярной гипертензии 3. Поражения почек как органа-мишени (вторичной нефропатии) 4. Ортостатических реакций	**3**

230.	**ОПК-8**	**КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ХБП?** 1. Снижение уровня гемоглобина 2. Положительный азотистый баланс 3. Стабилизация или замедление темпа снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 4. Исчезновение отеков	**3**
231.	**ОПК-8**	**КЛЮЧЕВЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Борьба с мальнутрицией 2. Достижение целевых уровней артериального давления и коррекция дислипидемии 3. Периодическая плазмафильтрация 4. Ограничение физической активности	**2**
232.	**ОПК-8**	**ВАШ ПАЦИЕНТ С ХБП 3а СТАДИИ СПРАШИВАЕТ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ. ЧТО ВЫ ЕМУ ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ?** 1. Вакцинация противопоказана всем пациентам с заболеваниями почек 2. Проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и гриппа 3. Вакцинация возможна только живыми вакцинами 4. Вакцинация проводится только перед началом диализа	**2**
233.	**ОПК-8**	**В РАМКАХ КОНСУЛЬТАЦИИ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПАЦИЕНТУ С МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ:**	**2**

		1. Высокобелковую диету (палео-диета) 2. Снижение массы тела и регулярную физическую активность 3. Прием растительных нефропротекторов (клюквенный морс) 4. Увеличение потребления поваренной соли для стимуляции диуреза	
234.	**ОПК-8**	**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Динамическое наблюдение до родов 2. Назначение антибактериальной терапии 3. Обильное подкисленное питье 4. Немедленная госпитализация в урологический стационар	**2**
235.	**ОПК-8**	**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА РЕКОМЕНДОВАНО:** 1. Проведение процедуры на фоне дегидратации 2. Назначение петлевых диуретиков до процедуры 3. Адекватная гидратация изотоническими растворами до и после процедуры 4. Плановый гемодиализ сразу после исследования	**3**
236.	**ОПК-8**	**ПОНЯТИЕ "НЕФРОПРОТЕКЦИЯ" ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА:** 1. Лечение активного нефрита иммунодепрессантами 2. Замедление темпов прогрессирования ХБП и снижение риска сердечно-сосудистой смертности 3. Удаление токсинов с помощью диализа	**2**

		4. Защиту почек от травматического повреждения	
237.	**ОПК-8**	**КАКОЕ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНО ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ И ТОФУСАМИ?** 1. Ограничение употребления субпродуктов (печень, почки) и красного мяса 2. Увеличение потребления молочных продуктов высокой жирности 3. Полное голодание для снижения веса 4. Исключение всех круп из рациона	**1**
238.	**ОПК-8**	**ПАЦИЕНТА С ХБП 4 СТАДИИ НЕОБХОДИМО СВОЕВРЕМЕННО НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЧАЛЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ЗПТ). ЭТО МЕРОПРИЯТИЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ:** 1. Первичной 2. Вторичной 3. Третичной 4. Четвертичной	**3**
239.	**ОПК-8**	**ПРИ БЕСЕДЕ С МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНОЙ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ, И ИМЕЮЩЕЙ В АНАМНЕЗЕ ОДИН ЭПИЗОД ПИЕЛОНЕФРИТА, СЛЕДУЕТ АКЦЕНТИРОВАТЬ ВНИМАНИЕ НА:** 1. Необходимости прерывания беременности 2. Регулярном контроле анализов мочи в течение всего срока беременности 3. Профилактическом приеме антибиотиков с первого дня зачатия 4. Категорическом отказе от грудного вскармливания	**2**

240.	**ОПК-8**	**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТА С ХБП 1-2 СТАДИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:** 1. Освоение методики самостоятельного подсчета скорости клубочковой фильтрации 2. Отказ от курения, контроль массы тела и артериального давления 3. Полный переход на вегетарианскую диету 4. Самостоятельную отмену гипотензивных препаратов при нормализации давления	**2**
241.	**ОПК-9**	**Установите соответствие между разделом медицинской документации и его основным предназначением в работе нефролога.** Левая колонка (Раздел документации): 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) Правая колонка (Основное предназначение в нефрологии): А. Фиксация динамики состояния пациента и результатов ежедневного осмотра, планирование лечебных мероприятий на день. Б. Документальное оформление решения о предоставлении сложного и дорогостоящего лечения (например, терапии генно-инженерными биологическими препаратами при гломерулонефритах). В. Отражение долгосрочного наблюдения за пациентом с хронической болезнью почек (ХБП), включая амбулаторные консультации, результаты обследований и планы лечения. Г. Полная регистрация всех параметров процедуры гемодиализа/перитонеального диализа (доза, длительность, осложнения) для контроля адекватности диализа. Д. Комплексное отражение этапа стационарного лечения, включая результаты обследования, обоснование диагноза, план и этапы терапии.	1 – Д 2 – Б 3 – А 4 – Г 5 – В
242.	**ОПК-9**	**Установите соответствие между видом поручения младшему/среднему медицинскому**	1 – В

		персоналу и целью его организации в нефрологическом отделении. Левая колонка (Вид поручения/организации деятельности): 1. Контроль и учет суточного диуреза и водного баланса. 2. Проведение термометрии 2 раза в сутки у пациентов с установленными постоянными мочевыми катетерами. 3. Обучение пациента с ХБП 5 стадии методике измерения артериального давления и ведению дневника самоконтроля. 4. Подготовка пациента и сопровождение на плазмаферез. 5. Регулярный забор крови на определение уровня калия, фосфора и креатинина у пациентов на консервативной терапии ХБП. 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.	2 – А 3 – Д 4 – Г 5 – Б
243.	**ОПК-9**	**Установите соответствие между диагностической процедурой/манипуляцией и разделом медицинской документации, где фиксируется ее назначение, согласие и результат.** 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.	1 – Б 2 – А 3 – Г 4 – В 5 – Д

		Правая колонка (Основной документ для фиксации): А. Назначения в листе назначений истории болезни. Результат – в дневнике курации и результатах анализов. Б. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (отдельный бланк). Назначение и результат – в истории болезни, возможно, протокол врачебной комиссии. В. Назначение в листе назначений. Результат (факт проведения и основные параметры) – в отдельном листе учета диализных процедур и дневнике курации. Г. Назначение в листе назначений как регулярное наблюдение. Результат – в температурном листе и/или дневнике курации. Д. Запись в листе консультаций истории болезни. Результат – заключение консультанта в истории болезни.	
244.	**ОПК-9**	**Ведение истории болезни пациента с впервые выявленным хроническим заболеванием почек (ХБП) 4 стадии.** **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.** Установите правильную логическую последовательность действий: 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
245.	**ОПК-9**	**Вы — врач-нефролог, заведующий отделением. Вам необходимо организовать работу медицинской сестры процедурного кабинета для проведения плановой процедуры (внутривенной инфузии). Определите правильную последовательность ваших действий**	5 - 1 - 4 - 2 - 3

		по организации этого процесса. Установите правильную логическую последовательность действий врача: 1. Проверить и подписать в медицинской карте назначение на процедуру, убедившись в правильности дозировок и показаний. 2. Убедиться в наличии у медсестры действующего сертификата на проведение манипуляций и провести целевой инструктаж по специфике препарата. 3. Проконтролировать выполнение процедуры (косвенно или прямо) и оценить запись о результатах в медицинской документации. 4. Выдать устное распоряжение медицинской сестре о необходимости выполнения назначения. 5. Ознакомиться с письменным назначением, сделанным ранее в истории болезни или листе назначений.	
246.	**ОПК-9**	**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.** Установите правильную логическую последовательность внесения записей в историю болезни: 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. Задокументировать 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, мочевина, калий, КЩС).	5 - 4 - 2 - 1 - 3
247.	**ОПК-9**	**В отделение нефрологии поступил пациент с впервые выявленной терминальной**	1. Экстренное

		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.	оформление медицинской карты стационарного больного. 2. Назначение и немедленное выполнение лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимия (креатинин, мочевина, калий, натрий, кальций, фосфаты, бикарбонаты), коагулограмма, общий анализ мочи. 3. ЭКГ для оценки рисков гиперкалиемии. 4. Осмотр сосудистого хирурга для планирования доступа для диализа с оформлением консультативной записи. 5. Внесение в

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

			сохранить порцию мутного диализата для микроскопии и посева. 2. Организовать забор крови пациента на общий анализ, С-реактивный белок, посев крови. 3. Оформить экстренное назначение в истории болезни на антибактериальную терапию (чаще всего внутрибрюшинно), согласно протоколу лечения перитонита при ПД. 4. Проинструктировать медсестру ПД об усилении режима асептики, увеличении

			частоты обменов с «сухим» периодом или изменении режима диализа. 5. Связаться с дежурным врачом/заведующим для согласования диагноза «Острый перитонит на ПД» и тактики. 6. Документирование: Запись в истории болезни о жалобах, осмотре, проведенных действиях. Заполнение специального бланка регистрации перитонита при ПД. Оформление направления в лабораторию.
249.	**ОПК-9**	**Поступил вызов из приемного отделения о госпитализации пациента с анурией и гиперкалиемией 6.8 ммоль/л. Опишите ваши распоряжения медицинской сестре палаты**	Распоряжения медсестре ПИТ:

		интенсивной терапии нефрологического отделения для подготовки к приему данного пациента (оборудование, медикаменты, документация).	1. Оборудование: Подготовить палату/койку, аппарат ЭКГ, дефибриллятор на случай аритмии. 2. Медикаменты: Приготовить 10% раствор глюконата кальция, инсулин короткого действия с 40% глюкозой, сальбутамол для ингаляции, раствор бикарбоната натрия. 3. Документация: Завести «Лист интенсивного наблюдения», подготовить бланки направлений на экстренные анализы

			(креатинин, мочевина, электролиты, КЩС). 4. Действия: При поступлении немедленно подключить пациента к кардиомонитору, обеспечить венозный доступ (периферический и центральный), взять кровь на анализ по указанию врача, быть готовой к проведению экстренного гемодиализа.
250.	**ОПК-9**	**В стандартной истории болезни пациента нефрологического профиля, в разделе «Диагноз», основное заболевание формулируется в соответствии с общепринятой клинико-морфологической классификацией. Дополните предложение, вставив недостающее словосочетание.** «В формулировке клинического диагноза хронической болезни почек (ХБП) обязательно указывается основное заболевание (например, диабетическая нефропатия), стадия ХБП по СКФ, альбуминурия/протеинурия по категориям CKD, а также _____, если он/она присутствует »	синдром артериальной гипертензии (или: артериальная гипертензия).

251.	**ОПК-9**	**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.** «В протоколе сеанса гемодиализа обязательно фиксируются целевой вес пациента, параметры диализа (проведенный кровоток, время процедуры, состав диализирующего раствора), а также значения _____ до, в процессе и после окончания сеанса.»	артериального давления (АД).
252.	**ОПК-9**	**Организуя работу среднего медицинского персонала, врач-нефролог должен давать четкие инструкции по мониторингу состояния пациента. Дополните инструкцию, вставив необходимый лабораторный показатель.** «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.»	калия (K+).
253.	**ОПК-9**	**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.** **Какой из следующих пунктов плана и поручений является НЕПРАВИЛЬНЫМ (не соответствует стандартам организации работы и документации) в данной ситуации?** 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**

254.	**ОПК-9**	**При обходе пациента с острым канальцевым некрозом на фоне сепсиса заведующий отделением поручает ординатору организовать и проконтролировать работу персонала по коррекции назначений.** **Какие действия ординатора будут соответствовать принципам грамотного ведения медицинской документации и организации работы персонала**? Выберите два правильных варианта 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.	**2, 4**
255.	**ОПК-9**	**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?** 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**
256.	**ОПК-9**	**Какой из перечисленных документов является обязательным для заполнения при**	**2**

		поступлении пациента в нефрологическое отделение стационара? 1. Листок нетрудоспособности 2. История болезни (медицинская карта стационарного больного) 3. Санаторно-курортная карта 4. Медицинское свидетельство о смерти	
257.	**ОПК-9**	**Какие сведения должны быть обязательно отражены в дневнике врача нефролога в истории болезни пациента с острым повреждением почек (ОПП)?** Выберите два правильных варианта 1. Суточный диурез 2. Профессия пациента 3. Любимая музыка пациента 4. Результаты ежедневного осмотра (жалобы, статус, данные аускультации)	**1, 4**
258.	**ОПК-9**	**При выписке пациента после проведения сеанса гемодиализа в дневнике обязательно указывают:** 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**
259.	**ОПК-9**	**Кто из среднего медицинского персонала находится в непосредственном подчинении врача-нефролога в отделении гемодиализа?** 1. Старшая медицинская сестра отделения 2. Медицинские сестры процедурного кабинета и постовые сестры отделения 3. Санитарки отделения 4. Медицинские статистики	**2**

260.	**ОПК-9**	**Какой документ оформляется при направлении пациента из нефрологического отделения на консультацию к другому специалисту (например, кардиологу)?** 1. Выписка из истории болезни 2. Направление на консультацию 3. Протокол врачебной комиссии 4. Лист первичного осмотра	**2**
261.	**ОПК-9**	**В обязанности врача-нефролога по организации работы среднего медицинского персонала в отделении входит:** 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**
262.	**ОПК-9**	**Какой из перечисленных показателей необходимо ежедневно вносить в температурный лист пациента с нефротическим синдромом?** 1. Артериальное давление 2. Температура тела 3. Суточный диурез 4. Все перечисленное	**4**
263.	**ОПК-9**	**Какая форма первичной медицинской документации используется для регистрации процедуры перитонеального диализа?** 1. Журнал учета процедур перитонеального диализа 2. Карта профилактических прививок	**1**

		3. Лист назначений 4. Статистический талон	
264.	**ОПК-9**	**При возникновении неотложного состояния у пациента на амбулаторном приеме (например, гиперкалиемии), врач-нефролог обязан:** 1. Оказать неотложную помощь, сделать запись в амбулаторной карте, при необходимости организовать госпитализацию 2. Выписать рецепт и отпустить пациента домой 3. Перенаправить пациента в поликлинику по месту жительства 4. Сообщить родственникам по телефону	**1**
265.	**ОПК-9**	**Кто утверждает план работы и отчеты о деятельности нефрологического отделения?** 1. Старшая медицинская сестра 2. Заведующий отделением 3. Процедурная медицинская сестра 4. Главная медицинская сестра больницы	**2**
266.	**ОПК-9**	**Какой документ является основным для передачи информации о пациенте при переводе его из нефрологического отделения в реанимацию?** 1. Листок нетрудоспособности 2. Переводной эпикриз (запись в истории болезни) 3. Табель учета рабочего времени персонала 4. Журнал учета движения больных	**2**
267.	**ОПК-9**	**Какие действия врача-нефролога обеспечивают преемственность в лечении пациента при передаче дежурства?** Выберите два правильных варианта 1. Устный доклад дежурному врачу об особенностях состояния тяжелых больных	**1, 3**

		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	
268.	**ОПК-9**	**Контроль за правильностью хранения и учета сильнодействующих лекарственных препаратов в нефрологическом отделении осуществляет:** 1. Санитарка 2. Старшая медицинская сестра под руководством заведующего отделением 3. Бухгалтер 4. Родственники пациентов	**2**
269.	**ОПК-9**	**В соответствии с профессиональным стандартом, врачу-нефрологу при ведении медицинской документации необходимо руководствоваться:** 1. Устными распоряжениями главного врача. 2. Правилами оформления медицинской документации, принятыми в конкретной медицинской организации, только в бумажном виде. 3. Правилами оформления медицинской документации, в том числе в форме электронного документа . 4. Только международными протоколами KDIGO без адаптации к локальным требованиям.	**3**
270.	**ОПК-9**	**Сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (например, регистра пациентов с ХБП 5 стадии, получающих заместительную почечную терапию), является:** 1. Правом, но не обязанностью лечащего врача. 2. Функцией только организационно-методического отдела, врач освобождается от этой работы. 3. Обязанностью врача-нефролога в рамках ведения документации . 4. Факультативной задачей, выполняемой за дополнительную плату.	**3**

271.	**ОПК-9**	**При решении вопроса о необходимости начала заместительной почечной терапии (диализа) у пациента с ХБП, решение врачебной комиссии должно быть:** 1. Устным и доведено до сведения заведующего отделением. 2. Зафиксировано в медицинской документации . 3. Передано родственникам пациента по телефону без оформления. 4. Отражено только в журнале учета процедур гемодиализа.	**2**
272.	**ОПК-9**	**Врач-нефролог при работе с медицинской документацией обязан обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Что из перечисленного относится к элементам этого контроля?** 1. Проверка своевременности и полноты оформления историй болезни . 2. Контроль своевременной замены сантехники в палатах. 3. Проверка графика отпусков среднего медперсонала. 4. Контроль за соблюдением тишины в ночное время.	**1**
273.	**ОПК-9**	**Информированное добровольное согласие на проведение пункционной биопсии почки должно быть оформлено:** 1. Только в устной форме. 2. В письменной форме и подшито в медицинскую документацию. 3. Только в присутствии нотариуса. 4. Через 24 часа после проведения процедуры, если не возникло осложнений.	**2**
274.	**ОПК-9**	**В экстренном порядке (круглосуточно) для пациента нефрологического отделения должно быть обеспечено определение следующих показателей крови:** 1. Цинк, медь, селен. 2. Витамин Д и паратгормон. 3. Креатинин, мочевина, калий, натрий, глюкоза . 4. Антинуклеарный фактор и антитела к нативной ДНК.	**3**

275.	**ОПК-9**	**При направлении пациента с ХБП на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для оформления инвалидности, врачу-нефрологу необходимо подготовить:** 1. Направление на МСЭ (форма 088/у) с результатами обследований, подтверждающих стойкие нарушения функции почек. 2. Только выписку из истории болезни. 3. Устную рекомендацию пациенту явиться в МСЭ. 4. Копию паспорта пациента, заверенную завхозом.	**1**
276.	**ОПК-9**	**Исправления в медицинской документации (истории болезни, амбулаторной карте) должны производиться:** 1. Корректором (замазкой). 2. Путем зачеркивания одной чертой, рядом делается запись "исправленному верить", ставится подпись и дата. 3. Путем полного уничтожения листа с ошибкой и написания нового. 4. Только ручкой с красными чернилами поверх ошибочной записи.	**2**
277.	**ОПК-9**	**Согласно рекомендуемым штатным нормативам, на 15 коек нефрологического отделения (круглосуточный стационар) полагается:** 1. Один врач-нефролог и один круглосуточный пост палатных медсестер . 2. Один врач на весь стационар и одна медсестра на этаж. 3. Только заведующий отделением, остальной персонал не нормируется. 4. Два врача-нефролога и две медсестры на одну палату.	**1**
278.	**ОПК-9**	**В функции врача-нефролога по организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала входит:** 1. Контроль выполнения должностных обязанностей . 2. Мытье полов в процедурном кабинете. 3. Закупка моющих средств. 4. Составление графиков отпусков для всего персонала больницы.	**1**

279.	**ОПК-9**	**В нефрологическом отделении при проведении процедуры гемодиализа медсестра нефрологического профиля, согласно модели организации помощи, как правило, отвечает за:** 1. Одного пациента в индивидуальной палате. 2. 4-6 пациентов (в зависимости от нормативов) . 3. Всех пациентов отделения одновременно. 4. Только за подготовку аппаратуры, но не за пациентов.	**2**
280.	**ОПК-9**	**Кто непосредственно осуществляет руководство деятельностью медицинского и обслуживающего персонала в диализном центре (смене)?** 1. Главный бухгалтер больницы. 2. Врач (врач-нефролог) смены . 3. Старший пациент центра. 4. Представитель администрации города.	**2**
281.	**ОПК-9**	**Обучение больных с хроническими нефрологическими заболеваниями (в том числе в "школах для пациентов") методам самоконтроля и профилактики обострений является:** 1. Функцией исключительно среднего медперсонала. 2. Прямой обязанностью врача-нефролога и отделения в целом . 3. Личной инициативой пациента. 4. Задачей социальных работников, не связанных с медициной.	**2**
282.	**ОПК-9**	**Кто непосредственно осуществляет руководство деятельностью нефрологического отделения?** 1. Главный врач больницы 2. Заведующий отделением — врач-нефролог 3. Старшая медицинская сестра отделения 4. Заместитель главного врача по лечебной части	**2**

283.	**ОПК-9**	**В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития № 17н, на должность врача-нефролога отделения назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям по специальности:** 1. Терапия 2. Общая врачебная практика 3. Нефрология 4. Урология	**3**
284.	**ОПК-9**	**Какие категории медицинского персонала находятся в непосредственном распоряжении (подчинении) врача-нефролога при организации лечебного процесса?** 1. Только младший медицинский персонал 2. Только пациенты и их родственники 3. Средний и младший медицинский персонал, задействованный в уходе за его пациентами 4. Административно-хозяйственный отдел	**3**
285.	**ОПК-9**	**Какой документ регламентирует порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нефрология" в РФ?** 1. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 № 17н 2. Федеральный закон № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" 3. Трудовой кодекс РФ 4. Методические рекомендации Национальной ассоциации нефрологов	**1**
286.	**ОПК-9**	**Кто утверждает структуру и штатную численность нефрологического отделения?** 1. Министерство здравоохранения РФ 2. Руководитель медицинской организации 3. Заведующий отделением 4. Орган управления здравоохранением субъекта РФ	**2**
287.	**ОПК-9**	**В каких случаях решение о необходимости проведения диализа пациенту должно быть**	**3**

		зафиксировано в медицинской документации коллегиально? 1. Во всех случаях начала диализа 2. Только при проведении экстренного диализа 3. При оценке нуждаемости пациента в гемо- или перитонеальном диализе комиссией врачей (не менее 3 человек) 4. Только при отказе пациента от диализа	
288.	**ОПК-9**	**Кто отвечает за непосредственное руководство медицинским персоналом диализного центра в течение смены?** 1. Главный врач 2. Старшая медицинская сестра 3. Врач (дежурный или смены) 4. Администратор центра	**3**
289.	**ОПК-9**	**Какой документ является основополагающим для определения тактики лечения пациента с хронической болезнью почек?** 1. Приказ Минздрава о штатных нормативах 2. Клинические рекомендации Минздрава РФ по ведению пациентов с ХБП 3. Должностная инструкция врача-нефролога 4. Устав медицинской организации	**2**
290.	**ОПК-9**	**Как часто рекомендуется обновлять клинические рекомендации согласно методологии их разработки?** 1. Не реже одного раза в 10 лет 2. Не реже одного раза в три года 3. Ежегодно 4. Только по распоряжению Минздрава	**2**
291.	**ОПК-9**	**Что должен предпринять врач-нефролог при выявлении нарушений в работе палатной медицинской сестры?**	**2**

		1. Немедленно уволить медицинскую сестру 2. Сделать устное замечание и потребовать устранения нарушений, при необходимости доложить заведующему отделением и старшей медсестре 3. Не обращать внимания, так как это не входит в его компетенцию 4. Обсудить это с пациентом	
292.	**ОПК-9**	**В каких случаях врач-нефролог обязан организовать экстренное совещание (консилиум) с привлечением другого персонала?** 1. При резком ухудшении состояния пациента, угрожающем жизни 2. При возникновении конфликтной ситуации между медсестрами 3. При подозрении на врачебную ошибку 4. При отказе пациента от лечения	**1**
293.	**ОПК-9**	**КТО НЕСЕТ ПЕРСОНАЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ?** 1. Главный врач больницы 2. Заведующий отделением (совместно со старшей медсестрой) 3. Отдел кадров 4. Сам медицинский работник	**2**
294.	**ОПК-9**	**В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ПАЦИЕНТА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ, ВРАЧ ОБЯЗАН: (Выберите два верных ответа)** 1. Предложить пациенту подписать добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства 2. Прекратить лечение и выписать пациента 3. Разъяснить возможные последствия отказа и зафиксировать это в медицинской документации 4. Сообщить в полицию	**1, 3**

295.	**ОПК-9**	**КАКОЙ ДОКУМЕНТ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "НЕФРОЛОГИЯ" В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ?** 1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (№ 323-ФЗ) 2. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 № 17н 3. Клинические рекомендации (Национальное руководство) по нефрологии 4. Трудовой кодекс РФ	**2**
296.	**ОПК-9**	**КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ-НЕФРОЛОГ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР? (Выберите два верных ответа)** 1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 2. Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (историю болезни) 3. Справку для получения санаторно-курортного лечения 4. Талон амбулаторного пациента	**1, 2**
297.	**ОПК-9**	**При поступлении пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией для исключения реноваскулярного генеза лечащий врач в первую очередь должен оформить в истории болезни:** 1. Направление на консультацию к неврологу 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 3. Согласие на обработку персональных данных 4. Заявку на проведение ультразвукового дуплексного сканирования почечных артерий	**2**
298.	**ОПК-9**	**Врач-нефролог выдал пациенту листок нетрудоспособности. В какой срок он обязан передать сведения в Фонд социального страхования (Социальный фонд России) по системе электронного документооборота?** 1. Немедленно, в день выдачи 2. В течение 3 календарных дней 3. В течение 3 рабочих дней	**3**

		4. При закрытии больничного (в последний день)	
299.	**ОПК-9**	**Пациенту с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии планируется проведение программного гемодиализа. Для организации этой помощи врач должен оформить следующий документ:** 1. Выписку из истории болезни для МСЭ 2. Направление на госпитализацию (форма 057/у-04) 3. Направление на консультацию в бюро медико-социальной экспертизы 4. Рецепт на льготное лекарственное обеспечение	**2**
300.	**ОПК-9**	**При оформлении статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у-04) на пациента с хроническим гломерулонефритом, какие коды обязан проверить и указать врач?** 1. Код по МКБ-10 и код осложнения 2. Код отделения и код страховой компании 3. Код льготы и код места жительства 4. Код медицинской услуги и код врача	**1**

Разработан:
доцент кафедры поликлинической терапии

С.А. Кнышова