

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.08.2026 14:27:48
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕНО

учёным советом

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

(протокол от 19.05.2026 N 10)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Нефрология

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ**

по специальности 31.08.43 Нефрология

Разработчики: кафедра урологии с курсом хирургических болезней

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Васин Роман Викторович	к.м.н., доцент	Заведующий кафедрой
Бриткина Кристина Викторовна	-	Ассистент кафедры

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Тарасенко Сергей Васильевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Федосеев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой общей хирургии, травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
(протокол от 08.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом
(протокол от 23.04.2026 N 6)

1. Комплект оценочных материалов (далее - КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Нефрология»

1.1. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по компетенциям и типам:

Код компетенции	Количество заданий закрытого типа	Количество заданий открытого типа
УК-1	344	56
УК-3	15	15
УК-4	15	15
УК-5	15	15
ОПК-2	15	15
ОПК-3	15	15
ОПК-4	344	56
ОПК-5	147	31
ОПК-6	15	15
ОПК-7	15	15
ОПК-10	42	21
ПК-1	344	56
ПК-2	148	31
ПК-3	79	20
ПК-4	15	15
ПК-5	15	15

2. Дополнительные материалы и оборудование для выполнения заданий (при необходимости):

3. Задания всех типов, позволяющие осуществлять оценку всех компетенций, установленных рабочей программой дисциплины «Нефрология».

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Раздел 1. Организация нефрологической помощи
		Задания закрытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. ХБП G4 у пациента с сахарным диабетом и недостаточной приверженностью. Пациент 58 лет с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией. рСКФ 24 мл/мин/1,73 м², альбуминурия, Нб 102 г/л, калий 5,3 ммоль/л. Регулярно пропускает прием препаратов, не знает правил нефропротекции. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Раннее информирование о вариантах ЗПТ и своевременная подготовка доступа при прогрессировании; решение о начале ЗПТ не только по рСКФ, но и по клиническим показаниям. 2. При нарастании гиперкалиемии, ацидоза, гипергидратации или уремических симптомов - неотложная оценка и решение об ургентной ЗПТ. 3. Индивидуальный план физической активности, питания, самоконтроля АД и массы тела; коррекция факторов риска. 4. Оценить временную/стойкую утрату трудоспособности по функциональному состоянию и характеру труда; при показаниях оформить направление на МСЭ. 5. Провести мотивационное консультирование и обучение пациента самоконтролю; проверить понимание рекомендаций. Организовать диспансерное наблюдение нефрологом, взаимодействие с эндокринологом/терапевтом, ведение медицинской документации и контроль показателей качества. 6. Хроническая болезнь почек G4 с высоким риском прогрессирования; уточнить этиологию и категорию альбуминурии. 7. Повторная оценка креатинина/рСКФ, альбуминурии/протеинурии, калия, КОС, Нб и обмена железа, кальций-фосфорного обмена; УЗИ почек; оценка осложнений ХБП. 8. Нефропротективная и антигипертензивная терапия с учетом противопоказаний, коррекция анемии и метаболических нарушений, диетические рекомендации, контроль безопасности препаратов.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Гипертонический нефроангиосклероз и преобладание наблюдения. Пациент 64 лет с многолетней плохо контролируемой гипертензией, умеренной протеинурией и рСКФ 32 мл/мин/1,73 м². После выписки из стационара не пришел на контроль. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Злокачественная гипертензия, отек легких, гиперкалиемия или быстрое ухудшение функции почек - срочная помощь. 2. Программа физической активности, питания и контроля АД, адаптированная к ХБП. 3. При стойком ограничении функции и тяжелом течении - оценка трудоспособности и МСЭ. 4. Совместно выявить причины неприверженности, согласовать простой план приема и контроля. Обеспечить преемственность стационар-поликлиника, назначить сроки контроля и ответственного врача, использовать электронные регистры. 5. ХБП вероятно на фоне гипертонического нефроангиосклероза; исключить другие причины при нетипичных признаках. 6. Динамика рСКФ и альбуминурии, суточный/домашний контроль АД, электролиты, УЗИ; оценка сердечно-сосудистого риска. 7. Достижение целевого АД и нефропротекция с контролем безопасности, коррекция факторов риска. 8. При прогрессировании - раннее обсуждение и подготовка к ЗПТ.
		Задания открытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. ХБП G4 у пациента с сахарным диабетом и недостаточной приверженностью. Пациент 58 лет с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией. рСКФ 24 мл/мин/1,73 м2, альбуминурия, Нб 102 г/л, калий 5,3 ммоль/л. Регулярно пропускает прием препаратов, не знает правил нефропротекции. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Гипертонический нефроангиосклероз и преемственность наблюдения. Пациент 64 лет с многолетней плохо контролируемой гипертензией, умеренной протеинурией и рСКФ 32 мл/мин/1,73 м2. После выписки из стационара не пришел на контроль. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
		Раздел 2. Заболевания почек
		Задания закрытого типа

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Нефротический синдром у взрослого. Пациент 41 года с генерализованными отеками. Протеинурия 6,2 г/сут, альбумин 24 г/л, гиперлипидемия, микрогематурия, креатинин умеренно повышен. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Экспертиза трудоспособности зависит от активности заболевания, осложнений и функции почек. 2. Объяснить цели биопсии и лечения, риски иммуносупрессии, необходимость мониторинга и приверженности. Маршрутизация в нефрологическое отделение, взаимодействие с патоморфологом и профильными специалистами, контроль качества ведения. 3. Нефротический синдром; требуется установление нозологической формы гломерулярного поражения. 4. Оценка мочевого осадка, суточной протеинурии/альбуминурии, функции почек, иммунологических маркеров, инфекционного скрининга; УЗИ; по показаниям нефробиопсия. 5. Этиотропная/патогенетическая терапия после морфологической верификации, контроль отеков и АД, тромботического и инфекционного риска. 6. ЗПТ не показана при сохранной функции почек; при прогрессировании ОПП/ХБП оценивать общепринятые показания. 7. Нефротический криз, тромбоз, тяжелая гиповолемия или ОПП требуют срочной госпитализации и интенсивного наблюдения. 8. Контроль массы тела, питания, физической активности, профилактика осложнений и обучение распознаванию тревожных симптомов.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит при ANCA-ассоциированном васкулите. Пациент 49 лет: слабость, гематурия, быстрое увеличение креатинина, анемия, одышка и двусторонние инфильтраты в легких. Подозрение на ANCA-ассоциированный васкулит. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Срочно: креатинин, мочевой осадок, протеинурия, ANCA, анти-БМК антитела, комплемент, КТ/рентген грудной клетки; нефробиопсия при возможности. 2. Срочная индукционная иммуносупрессивная терапия по клинической ситуации и профилактика осложнений; лечение сопутствующей дыхательной недостаточности.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		3. При рефрактерной гиперкалиемии, ацидозе, гипергидратации, уремии или тяжелом ОПП - диализ. 4. Легочное кровотечение и быстрое ухудшение функции почек - жизнеугрожающая ситуация, требующая лечения в условиях интенсивного наблюдения. 5. После стабилизации - восстановление физической активности, профилактика инфекций и контроль токсичности терапии. 6. Временная нетрудоспособность на период активного заболевания; при стойкой дисфункции - оценка показаний к МСЭ. 7. Обсудить высокий риск заболевания и терапии, необходимость быстрого начала лечения и мониторинга. Мультидисциплинарная команда: нефролог, реаниматолог, пульмонолог/ревматолог; четкая маршрутизация и документирование. 8. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит с легочно-почечным синдромом; исключить ANCA-васкулит и анти-БМК болезнь.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Волчаночный нефрит. Женщина 27 лет с СКВ: протеинурия, гематурия, снижение комплемента, рост антител к двуспиральной ДНК, снижение рСКФ. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. При активном системном заболевании и стойкой дисфункции почек оценить ограничения трудоспособности и показания к МСЭ. 2. Объяснить значение биопсии, длительность терапии и необходимость контрацептивного/репродуктивного консультирования при соответствующих препаратах. Совместное ведение нефрологом и ревматологом, мониторинг лабораторной активности и нежелательных явлений. 3. Активный волчаночный нефрит; морфологический класс требует верификации. 4. Суточная протеинурия/альбуминурия, мочевого осадок, рСКФ, комплемент, anti-dsDNA, общий анализ крови; нефробиопсия при показаниях. 5. Иммуносупрессивная терапия определяется классом нефрита и активностью; нефропротекция и профилактика осложнений. 6. При тяжелом ОПП/терминальной ХБП - ЗПТ; трансплантация рассматривается после контроля активности заболевания. 7. Быстрое падение функции почек, тяжелая гипертензия, гиперкалиемия или уремические осложнения требуют срочной госпитализации. 8. Профилактика инфекций, контроль сердечно-сосудистого риска и стероидных осложнений, индивидуальная нагрузка.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Амилоидоз почек с нефротическим синдромом. Пациент 52 лет с длительным хроническим воспалительным заболеванием, выраженной протеинурией, гипоальбуминемией, отеками и увеличением печени. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Подтверждение амилоида морфологически, оценка функции почек, степени протеинурии и поражения других органов; поиск/оценка активности основного заболевания. 2. Максимальный контроль основного воспалительного процесса и симптоматическая нефропротективная терапия осложнений. 3. При прогрессировании до терминальной ХБП - подготовка и проведение ЗПТ. 4. Тяжелая гиповолемия, тромбоз, инфекция или ОПП требуют срочной помощи. 5. Нутритивная поддержка, профилактика падений/декондиционирования, обучение контролю отеков и массы тела. 6. Оценка функциональных ограничений обусловлена системностью процесса и степенью ХБП. 7. Объяснить связь почечного поражения с основным заболеванием и необходимость длительного контроля. Координация нефролога со специалистом по основному заболеванию, морфологической службой и при необходимости диализным центром. 8. Подозрение на вторичный амилоидоз почек с нефротическим синдромом.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	5.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек. Пациент 43 лет, семейный анамнез поликистоза, двусторонние множественные кисты, артериальная гипертензия, рСКФ 48 мл/мин/1,73 м2. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Обсудить наследственный характер, семейное обследование и план долгосрочного наблюдения. Диспансерное наблюдение нефролога, взаимодействие с генетиком/урологом и своевременная маршрутизация. 2. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек с ХБП. 3. Оценка функции почек, АД, размеров/объема почек, осложнений кист; при показаниях скрининг внепочечных проявлений и генетическое консультирование. 4. Контроль АД, факторов прогрессирования, лечение инфекционных/болевых осложнений; специфическая терапия по показаниям. 5. При прогрессировании ХБП - подготовка к ЗПТ и трансплантации. 6. Разрыв/кровоизлияние кисты, инфицированная киста, обструкция или тяжелая гипертензия требуют срочной оценки. 7. Рекомендации по безопасной физической активности, гидратации и профилактике травм почек. 8. Учет риска осложнений и уровня функции почек при оценке трудоспособности.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	6.	Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита: А. стафилококк; Б. клебсиелла; В. β-гемолитический стрептококк группы А; Г. синегнойная палочка; Д. пневмококк.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	7.	В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит? А. 10-12 дней; Б. 3-4 дня; В. 7 дней; Г. 30 дней; Д. 2 месяца
УК-1, ОПК-4, ПК-1	8.	Какие из перечисленных факторов-вызывают развитие острого гломерулонефрита? а) сывороточный; б) вакцинный; в) яд насекомых; г) лекарственных вещества; д) пищевые продукты. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, д; В. а, г; Г. все ответы правильные; Д. в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	9.	Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом? А. до 2 лет; Б. с 2-летнего возраста до 40 лет; В. климактерический период; Г. период менопаузы; Д. пубертатный период.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	10.	Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены: а) гиперволемией; б) задержкой натрия и воды; в) гиперренинемией; г) повышением концентрации простагландинов; д) спазмом сосудов. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, д; Б. а, б; В. а, б, г; Г. б, д; Д. а, б, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	11.	Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита? а) отеки; б) одышка; в) гипертония; г) гематурия; д) сердцебиение. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, г; Б. в, г, д; В. а, г, д; Г. а, б, в; Д. а, в, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	12.	Клиническими проявлениями facies nefritica являются: а) отеки лица; б) акроцианоз; в) геморрагическая сыпь на лице; г) бледность кожи; д) набухание шейных вен. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, г; Б. а, б, в; В. а, б, д; Г. а, г; Д. а, в, д.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	13.	Характерные гемодинамические расстройства при остром гломерулонефрите: а) расширение полостей сердца; б) акцент I тона над аортой; в) низкое диастолическое давление; г) низкое пульсовое давление; д) шум Грехема-Стилла. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, в; В. а, б, г; Г. а, б, в, г; Д. а, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	14.	Ведущее значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите придается: а) задержке натрия и воды; б) увеличению ОЦК и ударного объема сердца; в) сужению почечных артерий (вазореальный механизм); г) гиперкатехоламинемии и увеличению катехоламинов; д) увеличению уровня кортизола в крови. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в; Б. а, б, в; В. в, г; Г. а, в, г; Д. а, б.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	15.	Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите могут быть связаны: а) с наличием конкрементов в мочевыводящей системе; б) с набуханием почек; в) с апостематозными изменениями паренхимы почек; г) с нарушениями уродинамики; д) с ишемическим инфарктом почек. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, г, д; Б. г, д; В. б, г; Г. а, в, г; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	16.	Какие признаки являются характерными для острого гломерулонефрита: а) изостенурия; б) увеличение плотности мочи; в) щелочная реакция мочи; г) увеличение нейтрофилов в моче; д) увеличение лимфоцитов в моче. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, в; В. а, г; Г. б, в; Д. а, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	17.	Какие иммунологические сдвиги наблюдаются при постстрептококковом гломерулонефрите? а) высокие титры антител к антигенам стрептококка; б) повышение титра почечных аутоантител; в) наличие антинуклеарных антител; г) низкий уровень комплемента; д) высокий уровень комплемента. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, в, г; Б. а, б, в, д; В. а, б; Г. а, г; Д. а, д.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	18.	Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите: А. отеки; Б. наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии; В. артериальная гипертензия; Г. макрогематурия.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	19.	Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите? А. ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут; Б. увеличение потребления хлорида натрия; В. увеличение количества потребляемой жидкости; Г. повышение потребления К ⁺ -содержащих продуктов.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	20.	Диагностическими критериями нефротического синдрома являются: а) протеинурия более 3,5 г/сут; б) гипоальбуминемия; в) гипергаммаглобулинемия; г) гиперхолестеринемия; д) гипер-α2-гло-булинемия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, д; Б. в, д; В. а, д; Г. а, б; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-10, ПК-2	21.	К нефротическому синдрому приводят: а) хронический гломерулонефрит; б) амилоидоз; в) туберкулез легких; г) тромбоз почечных вен. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, в, г; В. а, б, г; Г. в, г; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	22.	Нефротический синдром может возникнуть при следующих заболеваниях: а) сахарный диабет; б) миеломная болезнь; в) амилоидоз; г) геморрагический васкулит; д) опухоли внелегочной локализации. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, в, г; Б. все ответы правильные; В. б, в; Г. в, г; Д. а, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	23.	Какие системные заболевания осложняются нефротическим синдромом? а) системная красная волчанка; б) ревматоидный артрит; в) дерматомиозит; г) узелковый периартериит; д) склеродермия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, д; Б. а, г, д; В. б, в; Г. а, б, г, д; Д. а, б, в.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	24.	Главным признаком нефротического синдрома является: А. лейкоцитурия; Б. протеинурия; В. гематурия; Г. цилиндрурия; Д. бактериурия.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	25.	Что является причиной гипопроteinемии при нефротическом синдроме? а) потеря белков с мочой; б) усиленный синтез β -глобулинов; в) перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость; г) потеря белка через отечную слизистую оболочку кишечника; д) усиленный катаболизм глобулинов. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, г; Б. а, г; В. а, г, д; Г. г, д; Д. все ответы правильные.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	26.	К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: а) диуретики; б) глюкокортикоиды; в) белковые препараты; г) цитостатики; д) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, д; Б. а, б, д; В. б, г; Г. г, д; Д. б, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	27.	Стероидная терапия противопоказана при: а) лоханочном нефротическом синдроме; б) амилоидозе; в) лекарственном нефротическом синдроме; г) диабетическом нефротическом синдроме; д) гломерулонефрите. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, г; Б. б, в, г; В. а, г; Г. а, в, г; Д. б, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	28.	Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при: а) мембранозном нефрите; б) узелковом периартериите; в) нагноительных заболеваниях; г) нефритах при системных заболеваниях; д) обострении латентной инфекции. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. б, г; В. а, г; Г. в, д; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	29.	Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе? а) почка; б) сердце; в) кишечник; г) селезенка; д) печень. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, г, д; Б. а, г; В. а, д;

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Г. все ответы правильные; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	30.	Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе? А. протеинурия; Б. гематурия; В. лейкоцитурия; Г. цилиндрурия; Д. изостенурия.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	31.	Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе? а) липопроотеидемия; б) гипергамма-глобулинемия; в) гипоальбуминемия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, в; Б. а, б; В. б, в; Г. б; Д. а, в.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	32.	Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях? а) десны; б) слизистой оболочки прямой кишки; в) печени; г) почек; д) кожи. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. б, г; В. а, б, г; Г. г, д; Д. в, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	33.	Лечение больных амилоидозом препаратами аминокислотного ряда показано: А. на ранних стадиях; Б. на поздних стадиях; В. независимо от стадии заболевания.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	34.	Патофизиологические механизмы прогрессирования гломерулонефрита: а) активация гуморальных иммунных процессов; б) продукция медиаторов воспаления; в) коагуляционный механизм; г) гемодинамический механизм; д) метаболические нарушения. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, в; Б. б, в, г; В. все ответы правильные; Г. а, б, в; Д. а, б, в, г.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	35.	Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются: а) клетки мезангия; б) мононуклеарные лейкоциты; в) тромбоциты; г) полинуклеарные лейкоциты. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, г; Б. а, б, в; В. б, в, г; Г. а, б, в, г; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	36.	Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите? а) протеинурия; б) эритроцитурия; в) трансферринурия; г) ухудшение кровоснабжения канальцев. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, в, г; В. а, б, в; Г. а, г; Д. а, в, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	37.	Метаболические нарушения: а) чаще всего наблюдаются при гематурическом хроническом гломерулонефрите; б) связывают прежде всего с изменением содержания липидов крови; в) наиболее характерны для нефротического хронического гломерулонефрита; г) приводят к отложению в почках ЛПНП; д) могут быть связаны с отложением Ca^{2+} в канальцах. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, г, д; Б. а, д; В. а, б, г, д; Г. б, в, г, д; Д. в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	38.	Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии: А. массивной протеинурии $>3, 5$ г/сут; Б. длительно персистирующего острого нефритического синдрома; В. массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией; Г. стойкой высокой артериальной гипертензией.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	39.	Неактивный нефротический тип хронического гломерулонефрита характеризуется: а) отсутствием эритроцитурии; б) гематурией разной выраженности; в) умеренной протеинурией; г) стойкой высокой артериальной гипертензией; д) непостоянной доброкачественной артериальной гипертензией. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, д; Б. б, в, д; В. а, г; Г. в, д; Д. а, б, в, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	40.	Наиболее прогностически благоприятными являются типы хронического гломерулонефрита: а) нефротический; б) нефро-тически-гипертонический; в) максимально активный нефритический; г) активный нефритический; д) неактивный нефритический. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, д; Б. а, б, д; В. б, д;

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Г. а; Д. д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	41.	Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время используются: а) глюкокортикоиды; б) гепарин; в) курантил; г) индометацин; д) цитостатики. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, д; Б. а, б, д; В. а, б, в, д; Г. а, г; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	42.	Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет: А. несколько недель; Б. 2-3 месяца; В. 6 месяцев; Г. от 6 месяцев до 2 лет.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	43.	При лечении хронического гломерулонефрита: а) из всех стероидных форм предпочтительнее метилпреднизолон; б) цитостатики применяются в любом случае; в) цитостатики часто ухудшают функцию почек; г) экстракорпоральные методы очищения имеют вспомогательное значение. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, г; Б. а, б; В. б, г; Г. а, б, в, г; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	44.	С какой частотой хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита? А. в 80-90%; Б. в 50%; В. в 25%; Г. в 100%; Д. в 10-20%.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	45.	При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании? А. мезангиопролиферативном; Б. мезангиокапиллярном; В. мембранозном; Г. минимальных изменений клубочков; Д. фибропластическом.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	46.	Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым? А. гематурический; Б. латентный; В. нефротический; Г. гипертонический; Д. смешанный.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	47.	Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита? А. гломерулярная; Б. тубулярная; В. протеинурия переполнения; Г. протеинурия напряжения.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	48.	Какой вариант хронического гломерулонефрита часто проявляется рецидивирующим остроснефритическим синдромом? А. мезангиопролиферативный; Б. мезангиокапиллярный; В. мембранозный; Г. минимальные изменения клубочков; Д. фибропластический.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	49.	Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от острого? а) наличие дизурических явлений; б) выраженная гипертрофия левого желудочка; в) уменьшение размеров почек; г) выраженная лейкоцитурия; д) снижение артериального давления. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, г; Б. б, в, г; В. а, б, в, г; Г. а; Д. б, в.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	50.	Какие признаки позволяют отличить хронический гломерулонефрит от хронического пиелонефрита? а) лихорадка с ознобом; б) асимметрия поражения почек; в) отсутствие асимметрии поражения почек; г) высокая протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией; д) высокая лейкоцитурия, бактериурия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, г; Б. а, б, д; В. а, в; Г. а, в, г; Д. а, в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	51.	Какие признаки помогают отличить нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков (застойные почки)? а) отсутствие заболеваний сердца; б) локализация отеков на нижних конечностях; в) увеличение печени; г) суточная протеинурия более 3 граммов. Выберите правильную комбинацию ответов: А. г; Б. б, в, г; В. а, б, в, г; Г. б, в; Д. а, г.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	52.	Какие признаки позволяют отличить рак почки от гематурического хронического гломерулонефрита? а) тотальная безболевая гематурия в сочетании с лихорадкой; б) увеличение СОЭ и эритроцитоз; в) гипотония; г) селективная протеинурия; д) низкий удельный вес мочи. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, г, д; Б. а, б; В. б, в, г; Г. а, б, г; Д. б, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	53.	Какие препараты входят в состав четырехкомпонентной схемы, применяемой при лечении больных хроническим гломерулонефритом? а) гепарин; б) курантил; в) кортикостероиды; г) индометацин; д) цитостатики. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, в, г; Б. б, в, г, д; В. а, б, г, д; Г. а, б, в, д; Д. а, в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	54.	Показания к назначению кортикостероидов при хроническом гломерулонефрите: а) высокая активность почечного процесса; б) нефротический синдром без гипертензии и гематурии; в) изолированная протеинурия; г) изолированная гематурия; д) гипертонический синдром. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, г; Б. а, д; В. а, в; Г. г, д; Д. а, б.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	55.	При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее показаны кортикостероиды? А. фибропластическом; Б. мезангиокапиллярном; В. фокальном сегментарном гломерулосклерозе; Г. мембранозном; Д. минимальных изменений клубочков.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	56.	Показания к назначению цитостатиков при хроническом гломерулонефрите: а) нефротический синдром при хроническом гломерулонефрите - стероидорезистентные формы; б) активные формы нефрита; в) выраженная гематурия; г) изолированная протеинурия; д) терминальная почечная недостаточность. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, в, д; В. в, д; Г. а, б, г; Д. а, б, в.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	57.	Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность? А. пенициллины; Б. цефалоспорины; В. аминогликозиды;

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Г. макролиды; Д. тетрациклин.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	58.	Причины острой почечной недостаточности при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов: а) потеря внутриклеточного Са; б) препятствие синтезу простагландинов; в) массивная протеинурия; г) нарушение гемодинамики; д) снижение почечного кровотока. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, д; В. а, б, в, д; Г. г, д; Д. б, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	59.	Основные причины острой почечной недостаточности при гломерулонефрите: а) отек интерстициальной ткани; б) обтурация канальцев белковыми массами; в) массивная протеинурия; г) нарушение гемодинамики; д) повышение вязкости крови. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. все ответы правильные; В. г, д; Г. б, г; Д. б, г, д.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	60.	Причины острой почечной недостаточности у больных миеломной болезнью: а) прорастание мочеточников опухолевыми массами; б) гиперкальциемия; в) блокада канальцев белковыми цилиндрами; г) блокада канальцев уратами. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. а, б, в; В. а, б, в, г; Г. б, в, г; Д. б, в.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	61.	Основные признаки, указывающие на явления гипергидратации при острой почечной недостаточности: А. повышение ионов натрия в плазме крови; Б. снижение ионов натрия в плазме крови; В. повышение ионов калия в плазме крови; Г. снижение ионов калия в плазме крови; Д. снижение ионов кальция в плазме крови.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	62.	К какому специалисту необходимо направлять пациентов с хронической болезнью почек 3 стадии? А. к урологу Б. к эндокринологу В. к нефрологу.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	63.	На величине какого показателя основана классификация хронической болезни почек? А. величина канальцевой реабсорбции Б. скорость клубочковой фильтрации В. суточный диурез Г. минутный диурез.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	64.	Наиболее частыми причинами развития хронической болезни почек являются А. поликистоз почек Б. гломерулонефрит В. сахарный диабет и артериальная гипертензия Г. пиелонефрит Д. врожденная патология почек.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	65.	Основной морфо-функциональной единицей почки является А. нефрон Б. клубочек В. петля Генле Г. каналец.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	66.	Основным количественным показателем почечной функции является А. минутный диурез Б. суточный диурез В. скорость клубочковой фильтрации Г. величина канальцевой реабсорбции.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	67.	Почечная недостаточность развивается при снижении массы действующих нефронов на А. 1/3 Б. 5/6 В. 1/4 Г. 1/2 Д. 2/5.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	68.	Признаки хронической болезни почек - это А. только патология почечных биоптатов Б. проявления патологии почек или снижение почечной функции, длительностью более 3 месяцев В. только патология анализов мочи Г. только снижение почечной функции Д. только патология почек, выявленная при визуализации.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	69.	Причиной прогрессивной гибели нефронов при снижении почечной функции является А. состояние гиперфильтрации в функционирующих нефронах Б. увеличение канальцевой реабсорбции В. склероз почечной вены Г. нарушение оттока мочи.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	70.	Какое заболевание часто сопровождается развитием Ig A-нефропатии? А. системная красная волчанка; Б. саркоидоз; В. болезнь Шенлейн-Геноха; Г. криоглобулинемия; Д. склеродермия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	71.	Какое заболевание часто сопровождается развитием глухоты? А. синдром Гудпасчера; Б. синдром Альпорта; В. нефротический синдром; Г. амилоидоз; Д. системная красная волчанка
УК-1, ОПК-4, ПК-1	72.	Укажите, какие симптомы имеют отношение к нефротическому синдрому: А. протеинурия более 3,5 г/сут; Б. артериальная гипертензия; В. гиперхолестеринемия; Г. гипоальбуминемия Д. отеки.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	73.	Перечислите признаки, которые являются симптомами острого пиелонефрита А. лихорадка; Б. дизурические явления; В. лейкоцитурия; Г. эритроцитарные цилиндры в моче; Д. поясничные боли.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	74.	Гематурия без болевого синдрома может быть проявлением следующих заболеваний: А. опухоль почки Б. инфаркт почки; В. туберкулез почек; Г. поликистоз почек; Д. IgA-нефрит.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	75.	Перечислите заболевания, при которых макрогематурия часто сопровождается болями в поясничной области: А. амилоидоз почек; Б. тромбоз почечных вен; В. опухоли почек; Г. папиллярный некроз; Д. почечно-каменная болезнь.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	76.	Каковы размеры почек при остром гломерулонефрите: А. Нормальные Б. Несколько увеличены В. Уменьшены

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	77.	Назовите клинические варианты течения хронического гломерулонефрита. А. Анемический Б. Латентный (изолированный мочевого синдром) В. Гипертонический Г. Нефротический Д. Смешанный Е. Болевой
УК-1, ОПК-4, ПК-1	78.	Типичным признаком при объективном обследовании больного в активную фазу пиелонефрита является: А. положительный симптом поколачивания Б. положительный симптом Щеткина-Блюмберга В. отеки поясничной области Г. гиперемия поясничной области Д. отеки нижних конечностей
УК-1, ОПК-4, ПК-1	79.	Для больных с активной фазой пиелонефрита характерно следующее: А. отеки Б. дизурические явления В. боли в эпигастрии Г. ознобы Д. наличие болей в области поясницы
УК-1, ОПК-4, ПК-1	80.	К критериям при постановке диагноза хронического пиелонефрита относится: А. дизурия, полиурия Б. бактериурия В. лейкоцитурия Г. рентгенологические данные о деформации чашечно - лоханочной системы Д. лихорадка Е. болевой синдром в поясничной области Ж. выраженные отёки
УК-1, ОПК-4, ПК-1	81.	При каком количестве бактерий бактериологическая проба считается положительной? А. 100000 бактерий/мл и более Б. 100 бактерий/мл и более В. 500 бактерий в утренней порции мочи Г. 1000 бактерий в средней порции мочи Д. 10000 бактерий в суточной моче
УК-1, ОПК-4, ПК-1	82.	Какой объем мочи учитывается для выявления лейкоцитурии методом Нечипоренко? А. 1 мл Б. выделяющийся за 1 мин В. 1000 мл Г. суточный Д. 100 мл

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	83.	Начальным признаком диабетической нефропатии является: А. микроальбуминурия Б. протеинурия В. почечная недостаточность Г. нефротический синдром Д. гематурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	84.	Для какого системного заболевания характерны следующие признаки: воспаление носа и ротовой полости (язвенно-некротические), инфильтраты в легких с распадом, некротизирующий гломерулонефрит с неуклонным нарушением функции почек, антитела к цитоплазме нейтрофилов (с- ANCA)? А. микроскопический полиангиит Б. гранулематоз Вегенера В. пурпура Шейнлейна-Геноха Г. криоглобулинемический васкулит Д. системная склеродермия Е. системная красная волчанка
УК-1, ОПК-4, ПК-1	85.	У пациентки 20 лет фебрильная температура, артрит правого локтевого сустава, эритема на лице, энантемы полости рта. ОАК: лейкоциты $3,2 \times 10^9$, эритроциты $3,1 \times 10^{12}$, Нв 101 г/л, тромбоциты 87×10^9 , СОЭ 60 мм/с, ОАМ: белок 1,5 г/л, эритроциты 23-35-24. Креатинин крови 0,12 ммоль/л. RW положительно. Антитела к двуспиральной ДНК 200 МЕ/мл. Диагноз? А. микроскопический полиангиит Б. гранулематоз Вегенера В. пурпура Шейнлейна-Геноха Г. криоглобулинемический васкулит Д. системная склеродермия Е. системная красная волчанка
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	86.	Какие лечебные мероприятия и лекарственные препараты назначаются на стадии альбуминурии диабетической нефропатии? А. компенсация сахарного диабета Б. низкобелковая диета В. коррекция фосфорно-кальциевого обмена Г. ингибиторы АПФ Д. блокаторы рецепторов ангиотензина 2 Е. коррекция анемии препаратами железа и эритропоэтина Ж. заместительная почечная терапия
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	87.	Какие лечебные мероприятия и лекарственные препараты назначаются на стадии почечной недостаточности (терминальной) диабетической нефропатии? А. компенсация сахарного диабета Б. низкобелковая диета В. коррекция фосфорно-кальциевого обмена Г. ингибиторы АПФ Д. блокаторы рецепторов ангиотензина 2 Е. коррекция анемии препаратами железа и эритропоэтина Ж. заместительная почечная терапия

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	88.	Синдром Гудпасчера - это: А. легочные кровотечения Б. быстро прогрессирующий гломерулонефрит В. циркулирующие антитела к гломерулярной базальной мембране Г. АНЦА положительные Д. Хроническое легочное сердце
УК-1, ОПК-4, ПК-1	89.	У больного с хронической болезнью почек 4 стадии появилась боль в первом плюснефаланговом суставе справа, гиперемия, отечность. Подберите лабораторный тест, соответствующий состоянию: А. в плазме: калий 7,0 ммоль/л Б. в плазме: мочевины 15,3 ммоль/л В. в плазме: мочевая кислота 0,6 ммоль/л Г. в плазме: кальций 2,1 ммоль/л
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	90.	Ингибиторы АПФ противопоказаны при: А. хронической болезни почек 5 стадии Б. диабетической нефропатии В. гиперкалиемии Г. гипокалиемии Д. двустороннем стенозе почечной артерии
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	91.	Пациент 65 лет, в течение 12 лет страдает артериальной гипертензией (АД 150-170/100 мм.рт.ст.), гипотензивную терапию принимал нерегулярно. Почечного аземии нет (мочевой синдром отсутствовал в течение жизни). В течение 1 месяца слабость. При обследовании: креатинин крови 250 ммоль/л, мочевины 14 ммоль/л. Гемоглобин крови 93 г/л. Минимальная протеинурия: белок 0,2 г/л. Вес 74 кг. Диагноз? А. хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант, ХБП 4 стадия Б. хронический гломерулонефрит, изолированный мочевой синдром, ХБП 3б стадия В. гипертонический нефроангиосклероз, ХБП 4 стадия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	92.	Основная причина анемии у пациентов с хроническими болезнями почек: А. дефицит витамина В12 Б. дефицит фолиевой кислоты В. снижение продукции эритропоэтина Г. дефицит железа Д. кровопотери
УК-1, ОПК-4, ПК-1	93.	У пациента с острой ренальной почечной недостаточностью проведено УЗИ почек, какие размеры почек наиболее ВЕРОЯТНЫ: А. правая 12,5 x 6,0 см, левая 12,7 x 5,7 см, паренхима 1,8 см. Б. правая 8,5 x 3,7 см, левая 9,0 x 4,0 см, паренхима 1,2 см. В. правая 10,5 x 5,2 см, левая 10,6 x 5,1 см, паренхима 1,5 см.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	94.	У пациента с хронической болезнью почек 4 стадии проведено УЗИ почек, какие размеры почек наиболее ВЕРОЯТНЫ. А. правая 12,5 x 6,0 см, левая 12,7 x 5,7 см, паренхима 1,8 см. Б. правая 8,5 x 3,7 см, левая 9,0 x 4,0 см, паренхима 1,2 см. В. правая 10,5 x 5,2 см, левая 10,6 x 5,1 см, паренхима 1,5 см.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	95.	ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА А. гематурия Б. бактериурия В. азотемия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	96.	ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО: А. боли при мочеиспускании Б. боли в поясничной области В. отеки Г. гипертензия
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	97.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: А. гипотензивные средства Б. антибиотики В. антиагреганты Г. мочегонные средства Д. гормональные препараты
УК-1, ОПК-4, ПК-1	98.	ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ: А. никтурию Б. лейкоцитурию В. кальцийурию Г. оксалурию
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	99.	ДИЕТА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ А. острых блюд Б. белковых продуктов
УК-1, ОПК-4, ПК-1	100.	БАКТЕРИУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ С МОЧОЙ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ В КОЛИЧЕСТВЕ БОЛЕЕ: А. 1000 микробных тел на мл Б. 10000 микробных тел на мл В. 100000 микробных тел на мл Г. 1000000 микробных тел на мл
УК-1, ОПК-4, ПК-1	101.	НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ В ОТНОШЕНИИ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: А. эритромицин Б. палин В. карбенициллин Г. оксациллин
УК-1, ОПК-4, ПК-1	102.	ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ГЕМАТУРИЯ: А. характерна Б. не характерна

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	103.	ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ СЧИТАЕТСЯ: А. обструктивным Б. необструктивным
УК-1, ОПК-4, ПК-1	104.	ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ЦИСТОГРАФИЯ А. показана Б. не показана
УК-1, ОПК-4, ПК-1	105.	ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ: А. урографии Б. цистогграфии В. УЗИ почек Г. радиоизотопного исследования почек
УК-1, ОПК-4, ПК-1	106.	ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ: А. концентрационную функцию почек Б. фильтрационную функцию почек
УК-1, ОПК-4, ПК-1	107.	ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА: А. характерен Б. не характерен
УК-1, ОПК-4, ПК-1	108.	О ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МОЖНО ГОВОРИТЬ ПРИ АКТИВНОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА БОЛЕЕ: А. 1 мес Б. 3 мес В. 6 мес
УК-1, ОПК-4, ПК-1	109.	ПРИЕМ ЖИДКОСТИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: А. ограничивается Б. повышается В. не изменяется
УК-1, ОПК-4, ПК-1	110.	ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ: А. сосудистая и лимфатическая система почек Б. каналцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиции В. клубочек Г. слизистая мочевого пузыря

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	111.	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: А. одностороннее Б. двустороннее В. возможно как одностороннее, так и двустороннее
УК-1, ОПК-4, ПК-1	112.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А. пиелонефрит Б. гломерулонефрит В. гемолитико-уремический синдром Г. кровопотеря Д. отравление
УК-1, ОПК-4, ПК-1	113.	В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ А. 1 период Б. 2 периода В. 3 периода Г. 4 периода Д. 5 периода
УК-1, ОПК-4, ПК-1	114.	ПЕРЕХОД ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОРГАНИЧЕСКУЮ А. невозможен Б. возможен
УК-1, ОПК-4, ПК-1	115.	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ А. 3 ме с Б. 6 мес В. 1 год Г. 2 года
УК-1, ОПК-4, ПК-1	116.	В ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВХОДИТ А. гемодиализ Б. инфузионную терапию(5% раствор глюкозы, физиологический раствор) В. гормональные препараты Г. цитостатики
УК-1, ОПК-4, ПК-1	117.	ИСХОДОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: А. переход в ХПН Б. развитие гломерулонефрита В. выздоровление Г. развитие пиелонефрита

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	118.	ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ: А. интерстициальная ткань почек Б. канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций В. клубочек Г. корковое и мозговое вещество почек
УК-1, ОПК-4, ПК-1	119.	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: А. одностороннее Б. двустороннее В. возможно как одностороннее, так и двустороннее
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	120.	В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ: А. делагил Б. преднизолон В. гидрокортизон Г. капотен Д. интал
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	121.	В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ А. преднизолон Б. гидрокортизон В. капотен Г. делагил Д. интал
УК-1, ОПК-4, ПК-1	122.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЗВАНО: А. аутоантителами Б. иммунными комплексами
УК-1, ОПК-4, ПК-1	123.	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНА: А. гипертония, протеинурия и гиперлипидемия Б. гиперлипидемия, протеинурия и диспротеинемия В. диспротеинемия, гиперлипидемия и гематурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	124.	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНА А. лейкоцитурия, гематурия и протеинурия Б. гематурия, протеинурия и гипертония В. протеинурия, гипертония и гиперлипидемия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	125.	ОТЕКИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ А. распространенные Б. локальные

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	126.	ОТЕКИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАРАСТАЮТ А. к утру Б. к вечеру
УК-1, ОПК-4, ПК-1	127.	ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ А. в течение 1 года Б. в течение 3 лет В. в течение 5 лет Г. до перевода во взрослую поликлинику
УК-1, ОПК-4, ПК-1	128.	ПРЕДНИЗОЛОН ПО СРАВНЕНИЮ С ГИДРОКОРТИЗОНОМ ДЕЙСТВУЕТ А. быстрее и более продолжительно Б. быстрее и менее продолжительно В. медленнее и более продолжительно Г. медленнее и менее продолжительно
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	129.	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРОВОДИТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ В ДОЗЕ А. 0,5 мг/кг/сут Б. 1-2 мг/кг/сут В. 2-3 мг/кг/сут Г. 3-5 мг/кг/сут
УК-1, ОПК-4, ПК-1	130.	ПРИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА ВНУТРЬ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ А. равномерно в течение суток Б. преимущественно в утренние часы В. ближе к вечеру
УК-1, ОПК-4, ПК-1	131.	ОТМЕНА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ А. одномоментно Б. постепенно
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	132.	МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ДАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ А. 1 нед Б. 2 нед В. 3 нед Г. 1 мес Д. 3 мес
УК-1, ОПК-4, ПК-1	133.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ А. стафилококковая инфекция Б. стрептококковая инфекция В. грамотрицательная инфекция

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	134.	ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ А. незначительное.и кратковременное Б. незначительное, но длительное В. злокачественное и длительное Г. злокачественное, но кратковременное
УК-1, ОПК-4, ПК-1	135.	ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. протеинурии Б. азотемией В. гематурией Г. гипертонией
УК-1, ОПК-4, ПК-1	136.	ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. лейкоцитурией Б. азотемией В. гипопротеинемией Г. гиперлипидемией Д. умеренными отеками
УК-1, ОПК-4, ПК-1	137.	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ А. острой почечной недостаточности Б. хронической почечной недостаточности
УК-1, ОПК-4, ПК-1	138.	ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ С ИЗОЛИРОВАННЫМ МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. протеинурии Б. лейкоцитурией В. азотемией Г. олигурией
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	139.	К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ А. преднизолон Б. антибиотики В. цитостатики Г. мочегонные Д. гипотензивные препараты
УК-1, ОПК-4, ПК-1	140.	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ А. общего анализа мочи Б. внутривенной урографии В. цистографии почек
УК-1, ОПК-4, ПК-1	141.	МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. гематурией Б. бактериурией

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	142.	ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ВОЗМОЖНЫ В ВИДЕ А. пиелонефрита Б. гломерулонефрита В. острой почечной недостаточности
УК-1, ОПК-4, ПК-1	143.	ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИЗ ПИТАНИЯ ИСКЛЮЧАЮТСЯ А. щавель Б. яйца В. молоко Г. мясо
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	144.	ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРУРАТУРИИ А. витамин В6 Б. витамин С В. окись магния Г. уродан Д. ксидифон
УК-1, ОПК-4, ПК-1	145.	ПРИ ЦИСТИНУРИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ А. протеинурия Б. гематурия В. бактериурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	146.	ПРИ ЦИСТИНУРИИ ИЗ ПИТАНИЯ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ А. аскорбиновую кислоту Б. мясо В. кофе Г. печень Д. бобы
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	147.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ПРИМЕНЯЮТ А. аллопуринол Б. ксидифон В. милурит Г. уродан Д. магурлит
УК-1, ОПК-4, ПК-1	148.	У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРУРАТУРИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ А. мочекаменная болезнь Б. желчнокаменная болезнь В. гастрит Г. язвенная болезнь

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	149.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ А. витамин В6 Б. аллопуринол В. цитратную смесь Г. окись магния
УК-1, ОПК-4, ПК-1	150.	ПРИ ГИПЕРУРАТУРИИ ИЗ ПИТАНИЯ ИСКЛЮЧАЮТ А. смородину Б. печень В. яйца Г. мясо Д. молоко
УК-1, ОПК-4, ПК-1	151.	ДИАГНОЗ "ГИПЕРОКСАЛУРИЯ" СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ А. общего анализа крови Б. биохимического анализа крови В. биохимического анализа мочи Г. посева мочи
УК-1, ОПК-4, ПК-1	152.	ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ НАЧИНАЮТСЯ В А. раннем возрасте Б. дошкольном возрасте В. подростковом возрасте
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	153.	ДИЕТА ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ А. капустно-картофельная Б. фруктово-ягодная В. молочная
УК-1, ОПК-4, ПК-1	154.	ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ А. пурины Б. аскорбиновую кислоту В. триптофан Г. метионин
УК-1, ОПК-4, ПК-1	155.	В ОСНОВЕ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА А. триптофана Б. мочевой кислоты В. глицина Г. лейцина Д. метионина
УК-1, ОПК-4, ПК-1	156.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ОТЕКИ А. характерны Б. не характерны

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	157.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ГИПЕРТОНИЯ А. характерна Б. не характерна
УК-1, ОПК-4, ПК-1	158.	ЦИСТИНУРИЯ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО А. аутосомно-рецессивному типу Б. аутосомно-доминантному типу В. Х-сцепленному с полом типу
УК-1, ОПК-4, ПК-1	159.	ПРИ ЦИСТИНУРИИ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА А. происходит Б. не происходит
УК-1, ОПК-4, ПК-1	160.	ЦИСТИН В ОРГАНИЗМЕ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ИЗ А. глицина Б. метионина В. триптофана Г. серина
УК-1, ОПК-4, ПК-1	161.	ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПРИ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ А. ограничивают Б. не изменяют В. увеличивают
УК-1, ОПК-4, ПК-1	162.	ПРИ НАРУШЕНИИ ОБМЕНА ПУРИНОВ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕНО ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ В ПОЧКИ А. оксалатов Б. уратов В. цистина Г. триптофана
УК-1, ОПК-4, ПК-1	163.	ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРУРАТУРИИ ПРОТЕКАЮТ ПО ТИПУ А. болевого синдрома Б. отечного синдрома В. изолированного мочевого синдрома Г. синдром интоксикации
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	164.	ДИЕТА ПРИ ГИПЕРУРАТУРИИ НОСИТ НАЗВАНИЕ А. молочно-фруктово-ягодная Б. капустно-картофельная В. мясо-молочная

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	165.	АНТИДИУРЕТИЧЕСКИМ ГОРМОНОМ НАЗЫВАЕТСЯ А. вазопрессин Б. альдостерон
УК-1, ОПК-4, ПК-1	166.	ЭКСКРЕЦИЯ УГЛЕВОДОВ С СУТОЧНОЙ МОЧОЙ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ А. 150-200 мг Б. 400-500 мг
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	167.	УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗУРИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ОТ ДИЕТЫ А. зависит Б. не зависит
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	168.	ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ВКЛЮЧАЕТ А. ограничение легкоусвояемых углеводов Б. инсулин В. витамин В6
УК-1, ОПК-4, ПК-1	169.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ПРОВОДИТСЯ С А. несахарным диабетом Б. с синдромом де Тони - Дебре - Фанкони В. почечным тубулярным ацидозом Г. фосфат-диабетом
УК-1, ОПК-4, ПК-1	170.	ПРИ ЦИСТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ А. канальцевая система почек Б. слизистая мочевого пузыря В. сосудистая и лимфатическая системы почек
УК-1, ОПК-4, ПК-1	171.	НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛОМЕРУЛОПАТИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ СО СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ А. лейкоцитурия Б. тугоухость В. интоксикация
УК-1, ОПК-4, ПК-1	172.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ПРОВОДИТСЯ А. диффузным гломерулонефритом Б. пиелонефитом

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	173.	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ НЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ А. 1 год Б. 3 года В. не снимаются с учета до 15 лет и передаются под наблюдение терапевта - нефролога
УК-1, ОПК-4, ПК-1	174.	ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ А. диффузный гломерулонефрит Б. синдром Альпорта
УК-1, ОПК-4, ПК-1	175.	НЕФРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФFUЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ А. через 1-2 недели после ОРВИ Б. на фоне ОРВИ В. через 3-4 недели после ОРВИ
УК-1, ОПК-4, ПК-1	176.	ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ А. отеки распространенные Б. пастозность век и голеней В. отеки плотные
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	177.	ДИУРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ А. гипотиазид Б. лазикс В. верошпирон
УК-1, ОПК-4, ПК-1	178.	ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ А. преднизолон Б. фурагин В. тетрациклин
УК-1, ОПК-4, ПК-1	179.	ПРОГНОЗ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА А. благоприятный Б. неблагоприятный
УК-1, ОПК-4, ПК-1	180.	ПОЛИУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ А. повышенный объем суточной мочи Б. пониженный объем суточной мочи

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	181.	НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УДЕЛЬНОГО ВЕСА МОЧИ ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК А. гиперстенурия Б. гипостенурия в)изостенурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	182.	РАХИТОПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ А. гломерулопатией Б. тубулопатией
УК-1, ОПК-4, ПК-1	183.	ВТОРОЕ НАЗВАНИЕ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНОГО РАХИТА А. болезнь де Тони - Дебре - Фанкони Б. почечный тубулярный ацидоз В. фосфат-диабет
УК-1, ОПК-4, ПК-1	184.	ВИТАМИН D-ДЕФИЦИТНЫЙ РАХИТ И ВИТАМИН D-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ ЯВЛЯЮТСЯ: А. одним заболеванием Б. разными заболеваниями
УК-1, ОПК-4, ПК-1	185.	ПРИ РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ КАСАЮТСЯ УРОВНЯ А. кальция Б. фосфора В. магния Г. калия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	186.	ПЕРВОЕ ПРЕВРАЩЕНИЕ ВИТАМИНА D В ЕГО БОЛЕЕ АКТИВНУЮ ФОРМУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ А. почках Б. печени
УК-1, ОПК-4, ПК-1	187.	ВТОРОЕ ГИДРОКСИЛИРОВАНИЕ ВИТАМИНА D С ПРЕВРАЩЕНИЕМ ЕГО В ВЫСОКОАКТИВНЫЙ МЕТАБОЛИТ А. происходит в коже Б. печени В. почках Г. тонкой кишке
УК-1, ОПК-4, ПК-1	188.	ПАРАТГОРМОН А. повышает уровень кальция в крови Б. снижает уровень кальция в крови В. повышает уровень фосфора в крови

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	189.	ДЛЯ ВИТАМИН D-ЗАВИСИМОГО РАХИТА ХАРАКТЕРНЫ А. задержка роста Б. отставание в массе В. варусная деформация костей конечностей Г. вальгусная деформация костей конечностей Д. болезненность костей и мышц
УК-1, ОПК-4, ПК-1	190.	ДЛЯ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНОГО РАХИТА ХАРАКТЕРНЫ А. гипокальциемия Б. гиперкальциемия В. нормальный уровень холестерина
УК-1, ОПК-4, ПК-1	191.	ПРИ ВИТАМИН D-ЗАВИСИМОМ РАХИТЕ ИМЕЕТСЯ А. повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону Б. нарушение образования в почках 1,2 5-дигидрохолекальциферола В. недостаточное поступление витамина D в организм ребенка
УК-1, ОПК-4, ПК-1	192.	ПЕРЕХОД ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ХРОНИЧЕСКИЙ ВОЗМОЖЕН ЧЕРЕЗ А. 6 мес Б. 12 мес
УК-1, ОПК-4, ПК-1	193.	К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИВОДИТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ А. иммунокомплексный Б. аутоиммунный
УК-1, ОПК-4, ПК-1	194.	ПРЕДНИЗОЛОН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ А. гематурической форме хронического гломерулонефрита Б. нефротической форме хронического гломерулонефрита
УК-1, ОПК-4, ПК-1	195.	ОСНОВНЫМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА А. гипертония Б. гиперлипидемия В. лейкоцитурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	196.	При нарушении обмена пуринов поражение почек обусловлено избыточным поступлением в почки: А. оксалатовуратов Б. цистина В. триптофана

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	197.	Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете: А. высокий Б. низкий В. нормальный
УК-1, ОПК-4, ПК-1	198.	Дети, перенесшие гломерулонефрит, наблюдаются: А. в течение 3 лет Б. в течение 5 лет В. до перевода во взрослую поликлинику
УК-1, ОПК-4, ПК-1	199.	Наследственное заболевание, в основе которого лежит дисплазия тубулярного аппарата почки в виде «лебединой шеи», называется: А. почечная глюкозурия Б. почечный несахарный диабет В. болезнь де Тони*Дебре-Фанкони Г. фосфат-диабет
УК-1, ОПК-4, ПК-1	200.	Наследственный нефрит, сопровождающийся глухотой, известен как синдром А. Альцгеймера Б. Альпорта. В. а, б. Г. а. Д. б. Е. все неправильно
УК-1, ОПК-4, ПК-1	201.	Продолжительность диспансерного наблюдения в поликлинике за детьми с метаболической нефропатией составляет: А. 2 года Б. 3 года В. 5 лет Г. до перевода во взрослую поликлинику
УК-1, ОПК-4, ПК-1	202.	При почечном несахарном диабете уровень антидиуретического гормона: А. выше нормы Б. ниже нормы В. в норме
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	203.	Основным побочным эффектом нестероидных противовоспалительных препаратов является: А. гастротоксический Б. гепатотоксический В. нефротоксический Г. кардиотоксический
УК-1, ОПК-4, ПК-1	204.	Второе название витамин D-резистентного рахита: А. болезнь де Тони-Дебре-Фанкони Б. почечный тубулярный ацидоз В. фосфат-диабет Г. несахарный диабет

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	205.	Для врожденного нефротического синдрома финского типа характерны морфологические изменения в почках: А. микрокистоз канальцев Б. мембранно-пролиферативный гломерулонефрит В. склероз клубочков Г. минимальные изменения гломерул
УК-1, ОПК-4, ПК-1	206.	При болезни де Тони-Дебре-Фанкони имеется: А. снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев Б. нарушенное кишечное всасывание В. повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат гормону Г. незрелость ферментов печени
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	207.	Диета при гиперуратурии является: А. молочно-фруктово-ягодной Б. капустно-картофельной В. мясо-молочной Г. бессолевой
УК-1, ОПК-4, ПК-1	208.	Продолжительность диспансерного наблюдения в поликлинике за детьми с хроническим гломерулонефритом составляет: А. 2 года Б. 3 года В. 5 лет Г. до перевода во взрослую поликлинику
УК-1, ОПК-4, ПК-1	209.	При витамин D-зависимом рахите имеется: А. повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат гормону Б. нарушение образования в почках 1,25-дигидроксисолекальци-ферола В. недостаточное поступление витамина D в организм ребенка Г. снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
УК-1, ОПК-4, ПК-1	210.	Профилактические прививки детям с хроническим гломерулонефритом после обострения проводятся: А. через 1 месяц после клинко-лабораторной ремиссии Б. через 1 год после клинко-лабораторной ремиссии В. через 3 года после клинко-лабораторной ремиссии Г. не проводятся
УК-1, ОПК-4, ПК-1	211.	Причиной развития почечного солевого диабета является: А. низкая чувствительность к альдостерону Б. повышенная чувствительность к парат гормону В. сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону Г. повышенная чувствительность к альдостерону
УК-1, ОПК-4, ПК-1	212.	При витамин D-резистентном рахите имеется: А. повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат гормону Б. незрелость ферментов печени В. нарушение образования в почках 1,25-дигидроксисолекальциферола Г. снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	213.	При остром гломерулонефрите поражается: А. интерстициальная ткань почек Б. клубочек В. канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций Г. корковое и мозговое вещество почек Д. слизистая оболочка мочевого пузыря
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	214.	Диета при гипероксалурии: А. капустно-картофельная Б. фруктово-ягодная В. молочная Г. бессолевая
УК-1, ОПК-4, ПК-1	215.	При гипопротеинемии будут наблюдаться: А. тканевые отеки Б. клеточный отек В. и то, и другое Г. ни то, ни другое
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	216.	В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом А. гидрокортизон Б. делагил В. преднизолон Г. капотен
УК-1, ОПК-4, ПК-1	217.	Наследственный нефрит, сопровождающийся глухотой, известен как синдром: А. Альцгеймера Б. Альпорта
УК-1, ОПК-4, ПК-1	218.	Клинику банального витамин D-дефицитного рахита в его «цветущей» форме напоминает: А. витамин D-зависимый рахит Б. витамин D-резистентный рахит В. болезнь де Тони-Дебре-Фанкони
УК-1, ОПК-4, ПК-1	219.	Низкие показатели удельного веса мочи обозначаются как: А. гиперестенурия Б. гипостенурия В. изостенурия Г. олигурия
УК-1, ОПК-4, ПК-1	220.	Почечный несахарный диабет является следствием понижения А. альдостерону Б. вазопрессину В. паратгормону

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	221.	Признаками почечной гипертензии могут быть Исходные признаки: а) дакриоцистит; б) катаракта; в) картина «фигуры звезды» на глазном дне в макуле; г) ангиопатия и кровоизлияния в сетчатку. Выберите правильную комбинацию ответов: Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, г Б. а, в В. б, г Г. а, б, в Д. а, б
УК-1, ОПК-4, ПК-1	222.	Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является: А. пиелонефрит Б. гломерулонефрит В. гемолитико-уремический синдром Г. отравление
УК-1, ОПК-4, ПК-1	223.	Рахитоподобные заболевания являются: А. гломерулопатией Б. тубулопатией В. ангиопатией
УК-1, ОПК-4, ПК-1	224.	Наследственный нефрит, сопровождающийся глухотой, известен А. Альцгеймера Б. Альпорта
УК-1, ОПК-4, ПК-1	225.	Для врожденного нефротического синдрома финского типа характерны; А. микрокистоз канальцев Б. мембранно-пролиферативный гломерулонефрит В. склероз клубочков Г. минимальные изменения гломерул
УК-1, ОПК-4, ПК-1	226.	При нарушении обмена пуринов поражение почек обусловлено из А. оксалатов Б. уратов В. цистина Г. триптофана
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	227.	В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом применяется: А. гидрокортизон Б. делагил В. преднизолон Г. капотен

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	228.	Почечный несахарный диабет является следствием понижения чувствительности клеток эпителия собирательных трубочек к: А. альдостерону Б. вазопрессину В. паратгормону
УК-1, ОПК-4, ПК-1	229.	Антидиуретическим гормоном называется: А. вазопрессин Б. альдостерон В. парат гормон
УК-1, ОПК-4, ПК-1	230.	При почечном несахарном диабете понижается чувствительность клеток эпителия собирательных трубочек к: А. альдостерону Б. вазопрессину В. паратгормону
УК-1, ОПК-4, ПК-1	231.	При почечном несахарном диабете реакция на введение вазопрессина: А. присутствует Б. отсутствует
УК-1, ОПК-4, ПК-1	232.	Причиной развития почечного солевого диабета является: А. низкая чувствительность к альдостерону Б. повышенная чувствительность к парат гормону В. сниженная чувствительность к антидиуретическому гормону Г. повышенная чувствительность к альдостерону Д. сниженная чувствительность к парат гормону
УК-1, ОПК-4, ПК-1	233.	Второе название псевдогипоальдостеронизма: А. почечный несахарный диабет Б. почечный солевой диабет В. фосфат-диабет
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	234.	Основным принципом лечения почечного солевого диабета является введение: А. вазопрессина Б. альдостерона В. натрия хлорида Г. гипотиазида Д. глюкозы
УК-1, ОПК-4, ПК-1	235.	Почечный солевой диабет характеризуется: А. гипонатриемией Б. гипернатриемией В. гипокалиемией Г. гиперкалиемией

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	236.	Основой лечения почечного несахарного диабета является: А. ограничение жидкости Б. введение достаточного количества жидкости В. преднизолон Г. лазикс Д. вазопрессин
УК-1, ОПК-4, ПК-1	237.	Первое превращение витамина D в его более активную форму осуществляется: А. в почках Б. в печени В. в коже
УК-1, ОПК-4, ПК-1	238.	Второе гидроксилирование ватимина D с превращением его в высокоактивный метаболит осуществляется: А. в печени Б. в почках В. в тонкой кишке
УК-1, ОПК-4, ПК-1	239.	При болезни де Тони-Дебре-Фанкони имеется: А. снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев б)нарушенное кишечное всасывание Б. повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат гормону В. незрелость ферментов печени
УК-1, ОПК-4, ПК-1	240.	При почечном тубулярном ацидозе имеется: А. нарушенное кишечное всасывание Б. снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев В. незрелость ферментов печени Г. снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать рН мочи и ограничение транспорта ионов Н
УК-1, ОПК-4, ПК-1	241.	Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом характеризуется: А. лейкоцитурией Б. азотемией В. гематурией Г. гиперлипидемией
УК-1, ОПК-4, ПК-1	242.	Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей раннего возраста является: А. пиелонефрит Б. гломерулонефрит В. гемолитико-уремический синдром Г. отравление
УК-1, ОПК-4, ПК-1	243.	Переход функциональной острой почечной недостаточности органическую: А. не возможен Б. возможен

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	244.	Преднизолон применяется при: А. нефротической форме хронического гломерулонефрита Б. гематурической форме хронического гломерулонефрита
		Задания открытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Нефротический синдром у взрослого. Пациент 41 года с генерализованными отеками. Протеинурия 6,2 г/сут, альбумин 24 г/л, гиперлипидемия, микрогематурия, креатинин умеренно повышен. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит при ANCA-ассоциированном васкулите. Пациент 49 лет: слабость, гематурия, быстрое увеличение креатинина, анемия, одышка и двусторонние инфильтраты в легких. Подозрение на ANCA-ассоциированный васкулит. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Волчаночный нефрит. Женщина 27 лет с СКВ: протеинурия, гематурия, снижение комплемента, рост антител к двуспиральной ДНК, снижение рСКФ. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Амилоидоз почек с нефротическим синдромом. Пациент 52 лет с длительным хроническим воспалительным заболеванием, выраженной протеинурией, гипоальбуминемией, отеками и увеличением печени. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	5.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек. Пациент 43 лет, семейный анамнез поликистоза, двусторонние множественные кисты, артериальная гипертензия, рСКФ 48 мл/мин/1,73 м². 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	6.	Решите ситуационную задачу. Больная Ч. 42 года поступила с жалобами на отеки век, нижних конечностей, живота, повышение АД с максимальным подъемом до 190-180/120-. рт. ст. Из анамнеза известно, что повышение систоло-диастолической гипертензией в течение 9 лет. Появление отеков нижних конечностей отмечает в течении 2-х лет. При объективном исследовании АД 180/110 мм рт. ст. В анализах крови анемия Нв 89 г/л, уровень мочевины - 12,3 ммоль/л, креатинина - 140 мкмоль/л, общ. белок - 55,6г/л, холестерин 9,7 ммоль/л, мочева кислота 352,0мм/л. Суточная потеря белка с мочой 0,067 г/сут, Клубочковая фильтрация 47 в минуту По УЗИ - размеры почек: правой 9,0х4,3см; левой 8,4х3,9 см. корковый слой Вопросы: Предполагаемый диагноз Как оценить патологию почек Выделите синдромы. Тактика ведения больного Выписать рамирил.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	7.	Решите ситуационную задачу. Больной 37 лет, 5 лет назад после перенесения рожистого воспаления голени на протяжении двух месяцев находился на лечении по месту жительства по поводу острого гломерулонефрита, протекавшего с общими отеками, умеренной гипертензией и выраженными изменениями в моче с протеинурией и гематурией. При выписке из больницы и в последующие годы при повторных исследованиях мочи сохранялись протеинурия (0,5 -2,0 г/л белка в моче), микрогематурия. Последние два года отмечает учащенные (2-3 раза) обильные ночные мочеиспускания, жажду, стал меньше потеть при физической работе. Тем не менее сохранялись удовлетворительное самочувствие и работоспособность. Два месяца назад перенес ангину, после которой появились отеки на лице и ногах, возникла макрогематурия, заметно уменьшилось количество выделяемой мочи, возникли головные боли, неприятный вкус во рту, общая слабость, тошнота, периодически рвота, исчез аппетит. При поступлении в стационар 1,5 месяца назад общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледны, периферические отеки на стопах, голени, пояснице. Легкие без физикальных изменений. Правая и верхняя границы сердца нормальны, левая в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, глухость I тона на верхушке, умеренный акцент II тона над аортой. У верхушки мягкий короткий систолический шум, АД 170/100 мм рт.ст. Ритм сердечной деятельности правильный - 96 в минуту. При исследовании брюшной полости - умеренный асцит, печень и селезенка не увеличены. В крови Нб 92 г/л, эритроцитов 2,810¹², СОЭ 40 мм/час. Общий белок сыворотки крови 58 г/л, диспротеинемия с гипоальбуминемией, гипер-альфа-2, холестерин 9,0 ммоль/л. Мочевина сыворотки крови -22 ммоль/л, креатинин 375 мкмоль/л. суточная потеря белка с мочой, цилиндрурия с восковидными цилиндрами в осадке. Суточный диурез 1200 мл. Удельный вес мочи при многократных общеклинических исследованиях и пробе по Зимницкому колеблется в пределах 1005-1008. Ночной диурез - 700 мл, дневной - 500 мл.. Вопросы: 1. Диагноз 2. Какая стадия хронической почечной недостаточности у больного. 3. Тактика лечения. 4. Профилактика. 5. Рецепт на метилпреднизолон.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	8.	Решите ситуационную задачу. . Больной, 44 лет, полгода назад стал замечать появление небольших отеков на ногах. Обратился к врачу, был сделан анализ мочи, где была обнаружена протеинурия 0,1г/л. Затем к врачу не обращался и не обследовался. Отечный синдром постепенно нарастал. В возрасте 20 лет болел туберкулезом легких, по поводу которого лечился в стационарах и в санаториях, снят с учета в противотуберкулезном диспансере в возрасте 35 лет. Четыре года назад перенес острую пневмонию. Много курит, кашляет, но кашель, по мнению больного, “обычный“ как у курильщика в утренние часы, иногда бывает отхождение небольшого количества мокроты зеленого цвета. При осмотре: стопы, голени, бедра отечны; передняя брюшная стенка и поясница пастозны. Со стороны органов дыхания явления эмфиземы, единичные сухие хрипы. Сердце - без видимой патологии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 5- ниже реберной дуги, плотная безболезненная, с заостренным краем. Селезенку пальпировать не удалось. Периодически бывает жидкий стул несколько раз в день. В анализе крови: гемоглобин 108 г/л лейкоциты 6,0 СОЭ . В анализе мочи: удельный вес 1016 белок 6,0 г/л. В осадке: эритроциты 3-4 в п/зр., лейкоциты 6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр. Белок крови 54 г/л, альбумины 30г/л. Креатинин сыворотки 0,10 ммоль/л. Вопросы: 1.Выделить ведущие синдромы. 2.План обследования. 3.План лечения. 4. Профилактика 5. Рецепт на дипиридамол

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	9.	Решите ситуационную задачу. Больная К., 36 лет, фармацевт, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, снижение работоспособности. В возрасте 28 лет случайно было выявлено повышение АД 150/100 мм рт. ст. По семейным обстоятельствам от обследования отказалась. В последующем периодически беспокоила головная боль, но АД не измеряла. Госпитализирована в связи со стойким повышением АД до 180/110 мм рт. ст. и отсутствием эффекта от амбулаторного лечения (10 дней принимала клофелин 0,45 мг в сутки). В 23 года перенесла острый цистит, после которого периодически возникали рези при мочеиспускании. Объективно: телосложение астеническое, кожа бледная. Верхушечный толчок пальпируется в У межреберье на кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте, АД 190/110 мм рт. ст. Пульс 72 в мин., ритмичный. Симптом Пастернацкого отриц. с обеих сторон. Дизурии нет. Общий анализ крови: Эр. - 3,5х10¹²/л, Нв - 95 г/л, Лц. - 8,2х10⁹/л, п-5, с-61, л-26, м-6%, СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: щелочная, 1011, белок 0,66 г/л, Эр. - 3-5 в п/зр., Лц. - 15-20 в п/зр. Проба Нечипоренко: Эр. - 1000, Лц. - 6700, цилиндры 20. Проба Зимницкого: уд. вес 1007 - 1013, дневной диурез 1000 мл, ночной 900 мл. Проба Реберга: креатинин крови 0,23 ммоль/л, фильтрация 50 мл/мин., реабсорбция 96,6%. Бактериурия 106 микробных тел в 1 мл. Обзорная рентгенография почек: теней контрастных конкрементов не обнаружено. УЗИ почек: размеры и положение почек нормальное. Деформация чашечно-лоханочной системы с обеих сторон. Вопросы: Выделите синдромы. Сформулируйте диагноз Дайте его обоснование. Назначьте лечение с указанием препаратов. Дайте рекомендации по питанию.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2	10.	Решите ситуационную задачу. Больная К., 45 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на почти постоянные тупые боли в поясничной области, общую слабость. В анамнезе у больной частые простудные заболевания. До настоящего времени к врачу не обращалась и не обследовалась, хотя больную беспокоили периодически тупые боли в поясничной области в течение последних 5 лет, а последние 2 месяца присоединилась слабость. При обследовании выявлены изменения со стороны мочи: белок в пределах 0,165 - 0,33 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, единичные лейкоциты, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Артериальное давление 160/100 - 150/90 мм. рт. ст. Показатели проб Реберга и Зимницкого в пределах нормы. Методом изотопной ренографии выявляется снижениесекреторной и выделительной функции в канальцах обеих почек. Глазное дно - ангиопатия сосудов сетчатки. При внутривенной урографии патологии со стороны почек не выявлено. Вопросы: Перечислите синдромы, характерные для заболевания почек. Какое заболевание имеется у больной? Дообследование? Перечислите пути проникновения инфекции в почку. Оцените ОАМ.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	11.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Основные жалобы больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Механизмы возникновения болевого синдрома при заболеваниях почек.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	12.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдром полиурии: причины и механизмы её появления.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	13.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Особенности отеков почечного происхождения и их отличие от отеков сердечного происхождения.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	14.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Основные механизмы возникновения отеков почечного происхождения.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	15.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Диагностическое значение изменения окраски мочи.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	16.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Диагностическое значение изменения плотности мочи (гиперстенурия, гипостенурия)
УК-1, ОПК-4, ПК-1	17.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Классификация протеинурий.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	18.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Отличия внепочечной и почечной протеинурий.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	19.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Длительная почечная протеинурия: характеристика 4-х типов, их диагностическое значение.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	20.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Транзиторная почечная протеинурия: характеристика, диагностическое значение. Глюкозурия, кетонурия- диагностическое значение.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	21.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Лейкоцитурия: виды, диагностическое значение.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	22.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Виды гематурии.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	23.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Отличительные признаки почечной и внепочечной гематурии.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	24.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Почечная гематурия: причины появления и отличительные признаки.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	25.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Внепочечная гематурия: причины появления и отличительные признаки.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	26.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Цилиндрурия: виды и отличительные признаки.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	27.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Исследование мочи по Нечипоренко: методика, диагностическое значение. Функциональные пробы почек: методика, диагностическое значение.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1	28.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Три основных клинических синдрома острого гломерулонефрита: их клинические проявления.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	29.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Три основных клинических синдрома острого гломерулонефрита: механизмы развития.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	30.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клиническое проявление и механизмы возникновения отеочного синдрома при хроническом гломерулонефрите.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	31.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические проявления и механизм возникновения синдрома артериальной гипертензии при хроническом гломерулонефрите.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	32.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Критерии перехода острого гломерулонефрита в хронический. Характеристика мочевого синдрома при хроническом гломерулонефрите.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	33.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические проявления нефротического синдрома их механизмы.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	34.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Причины возникновения острой почечной недостаточности.
УК-1, ОПК-4, ПК-1	35.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические проявления острой почечной недостаточности в каждом периоде. Лабораторная диагностика каждого периода острой почечной недостаточности.
		Раздел 3. Почечная недостаточность и заместительная почечная терапия
		Задания закрытого типа

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. ХБП G5 и выбор метода заместительной почечной терапии. Пациент 55 лет с ХБП G5, выраженной утомляемостью, тошнотой, кожным зудом, нарастающей гипергидратацией. Просит обсудить варианты ЗПТ. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Консервативная коррекция осложнений ХБП и подготовка к ЗПТ. 2. Совместный выбор гемодиализа, перитонеального диализа или трансплантации с учетом показаний, противопоказаний и предпочтений пациента. 3. При рефрактерной гиперкалиемии, ацидозе, отеке легких или тяжелой уремии - ургентное начало диализа. 4. План активности и питания с учетом метода ЗПТ, подготовка к самообслуживанию. 5. Оценка трудовых ограничений и показаний к МСЭ индивидуально, с учетом режима ЗПТ и осложнений. 6. Информированное совместное принятие решения, обучение пациента и родственников. Маршрутизация в диализный/трансплантационный центр, своевременное формирование доступа, ведение регистра и преемственность. 7. ХБП G5 с клиническими проявлениями уремии и гипергидратации. 8. Оценка симптомов уремии, объема жидкости, электролитов, КОС, анемии, минерально-костных нарушений; оценка сосудов и брюшной полости для выбора доступа.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Дисфункция артериовенозной фистулы у пациента на гемодиализе. Пациент на программном гемодиализе отмечает уменьшение вибрации над АВ-фистулой и трудности канюляции. За последние недели снизилась адекватность диализа. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Обучение уходу за фистулой, защита конечности, контроль признаков инфекции/тромбоза. 2. Учет функциональных ограничений, связанных с доступом и режимом диализа. 3. Объяснить пациенту признаки неблагополучия доступа и алгоритм обращения. Организовать быстрый маршрут "диализный центр - сосудистый специалист", контроль показателей качества сосудистого доступа. 4. Подозрение на стеноз/тромбоз сосудистого доступа с угрозой его потери и неадекватности гемодиализа.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		5. Осмотр и пальпация доступа, оценка thrill/bruit, ультразвуковая доплерография, показатели адекватности диализа и рециркуляции. 6. Срочная коррекция дисфункции доступа совместно с сосудистым хирургом/рентгенэндоваскулярным специалистом; временный доступ при необходимости. 7. Продолжить адекватную ЗПТ через безопасный доступ; скорректировать параметры диализа после восстановления доступа. 8. Полный тромбоз доступа, выраженная гиперкалиемия/гипергидратация при невозможности диализа - экстренная тактика.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Перитонит при перитонеальном диализе. Пациент на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе: боль в животе, мутный диализат, температура. Нарушений гемодинамики нет. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Подозрение на диализ-ассоциированный перитонит. 2. Исследование диализата: клеточность, формула, микроскопия/посев; ОАК, маркеры воспаления; оценка катетера и выхода. 3. Немедленное начало эмпирической антибактериальной терапии после отбора материала с последующей коррекцией по посеву; оценка необходимости удаления катетера. 4. Сохранение/временная смена метода ЗПТ зависит от тяжести, возбудителя и функции катетера. 5. Сепсис, перитонеальные симптомы, нестабильность - экстренная госпитализация и расширение интенсивной терапии. 6. Повторное обучение асептике обменов и уходу за катетером. 7. Оценка временной нетрудоспособности на период инфекции; при рецидивах - пересмотр условий труда/метода ЗПТ. 8. Без обвинений выяснить технику обменов, провести повторное обучение и проверку навыка. Связь с центром ПД, лабораторией и хирургом; регистрация эпизода и анализ причин как показателя качества.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Острая дисфункция почечного трансплантата. Реципиент почки через 8 месяцев после трансплантации: рост креатинина, уменьшение диуреза, субфебрилитет. Принимает такролимус и другие иммуносупрессанты. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. При тяжелой дисфункции и жизнеугрожающих осложнениях - временная ЗПТ.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		2. Олигурия/анурия, гиперкалиемия, сепсис или сосудистая катастрофа требуют экстренной госпитализации. 3. Контроль приверженности, профилактика инфекции и сердечно-сосудистых рисков, постепенная физическая активность. 4. Оценка трудоспособности индивидуально с учетом функции трансплантата и иммуносупрессии. 5. Подчеркнуть недопустимость самостоятельного изменения иммуносупрессии и необходимость срочного обращения при снижении диуреза. Экстренная связь с трансплантационным центром и междисциплинарное ведение. 6. Острая дисфункция трансплантата; дифференцировать отторжение, лекарственную токсичность, обструкцию, инфекцию и сосудистые причины. 7. Уровни иммуносупрессантов, анализ мочи/посев, УЗИ трансплантата с доплером, вирусологические исследования; по показаниям биопсия. 8. Коррекция терапии только после быстрой верификации причины; лечение инфекции/обструкции/отторжения по установленному диагнозу.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	5.	Каковы цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при остром гломерулонефрите? а) профилактика коронарного тромбоза; б) профилактика тромбоэмболического синдрома; в) воздействие на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции; г) профилактика тромбоза почечной артерии; д) увеличение перфузии ишемизированных клубочков. Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, д; Б. а, б, в, г, д; В. а, б, в; Г. а, б, в, г; Д. б, в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	6.	Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют: а) внутриклубочковую гипертензию; б) системную гипертензию; в) нарушения проницаемости сосудистой стенки; г) иммунокомплексное повреждение. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. в, г; В. а, б, в, г; Г. а, в, г; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	7.	Наиболее прогностически благоприятными являются следующие морфологические типы хронического гломерулонефрита: а) мембранозная нефропатия; б) фокальный сегментарный гломерулонефрит; в) мезангиокапиллярный гломерулонефрит; г) мезангио-пролиферативный гломерулонефрит; д) минимальные изменения клубочков. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б; Б. в, г, д; В. в, г; Г. а, д; Д. а, г, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	8.	Каким типом иммунологических реакций чаще чем в 75-80%, случаев обусловлено повреждение клубочков при хроническом гломерулонефрите? А. выработкой антител к базальной мембране клубочков; Б. появлением в клубочках иммунных комплексов; В. появлением антител к тубулярной базальной мембране.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	9.	Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться развитием хронической почечной недостаточности? А. латентный; Б. гематурический; В. гипертонический; Г. нефротический; Д. смешанный.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	10.	Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите? А. проба по Нечипоренко; Б. проба Зимницкого; В. проба Реберга-Тареева; Г. проба Аддиса-Каковского; Д. проба Амбюж.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	11.	Какие признаки несут информацию о функциональных способностях почки? а) содержание белка в моче; б) изостенурия; в) снижение клубочковой фильтрации; г) повышение мочевины; д) повышение креатинина в плазме. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, г, д; Б. б, в, г, д; В. все ответы правильные; Г. г, д; Д. в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	12.	Изменение биохимических показателей при хронической почечной недостаточности: А. гиперальбуминемия; Б. дислипидемия; В. гиперкреатининемия; Г. уробилинурия; Д. гипербилирубинемия.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	13.	Признаки, характерные для уремического перикардита: а) повышение температуры тела; б) боли в области сердца; в) шум трения перикарда; г) тахикардия; д) накопление геморрагической жидкости в полости перикарда. Выберите правильную комбинацию ответов: А. все ответы правильные; Б. в, д; В. б, в, г, д; Г. а, в, д; Д. в, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	14.	Причины анемии при хронической почечной недостаточности: а) гемолиз; б) дефицит фолиевой кислоты; в) дефицит железа; г) недостаток эритропоэтина. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, г; Б. а, б, в, г; В. а, б, г; Г. а, в, г; Д. б, в, г.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	15.	Изменения костного аппарата при хронической почечной недостаточности: а) гиперостоз; б) остеомаляция; в) остеопороз; г) остеосклероз; д) патологические переломы. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, в, д; Б. в, д; В. а, д; Г. б, в, д; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	16.	Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности: А. 40 мл/мин; Б. 30 мл/мин; В. 20 мл/мин; Г. 15 мл/мин; Д. 5 мл/мин.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	17.	От чего зависит темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности? А. от повышения прямого билирубина; Б. от повышения непрямого билирубина; В. от нарушения выделения урохромов; Г. от нарушения конъюгированного билирубина; Д. от нарушения секреции билирубина.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	18.	Группы лекарственных препаратов, применяемых при хронической почечной недостаточности: а) гипотензивные средства; б) антибиотики; в) стероидные гормоны; г) калийсберегающие мочегонные; д) анаболические гормоны. Выберите правильную комбинацию ответов: А. все ответы правильные; Б. в, д; В. а, в, д; Г. б, в, д; Д. а, б, в, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	19.	Какие антибиотики целесообразно назначать при хронической почечной недостаточности? а) тетрациклин; б) пенициллин; в) оксациллин; г) гентамицин; д) стрептомицин. Выберите правильную комбинацию ответов: А. г, д; Б. а, б; В. б, в; Г. в, г, д; Д. а, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	20.	Какие антибактериальные средства противопоказаны больным с хронической почечной недостаточностью? а) противотуберкулезные средства; б) нитрофураны; в) гентамицин; г) полусинтетические пенициллины; д) цефалоспорины. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, в; Б. г, д; В. а, в; Г. б, д; Д. а, б, д.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	21.	Какой должна быть калорийность суточного рациона, назначаемого больному с хронической почечной недостаточностью, чтобы предотвратить распад собственного белка? А. 1200-1800 ккал; Б. 1800-2200 ккал; В. 2200-2500 ккал; Г. 2500-3000 ккал; Д. 3000-3500 ккал.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	22.	Какие осложнения встречаются при гемодиализе? а) перикардит; б) невриты; в) артериальная гипертензия; г) остеодистрофии; д) инфекции. Выберите правильную комбинацию ответов: А. г, д; Б. а, б, г, д; В. а, г, д; Г. а, в, д; Д. б, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	23.	Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ: А. 10 ммоль/л; Б. 15 ммоль/л; В. 18 ммоль/л; Г. 21 ммоль/л; Д. 24 ммоль/л.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	24.	Для хронической болезни почек 3 стадии характерна скорость клубочковой фильтрации А. 15 - 29 мл/мин Б. 60 - 89 мл/мин В. 30 - 59 мл/мин Г. > 90 мл/мин Д. < 15 мл/мин.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	25.	Для хронической болезни почек 4 стадии характерна скорость клубочковой фильтрации А. < 15 мл/мин Б. 60 - 89 мл/мин В. 15 - 29 мл/мин Г. 30 - 59 мл/мин Д. > 90 мл/мин.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	26.	Для хронической болезни почек 5 стадии характерна скорость клубочковой фильтрации А. 60 - 89 мл/мин Б. > 90 мл/мин В. < 15 мл/мин Г. 15 - 29 мл/мин Д. 30 - 59 мл/мин.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	27.	Должен ли пациент принимать участие в выборе метода заместительной почечной терапии? А. должен в исключительных случаях Б. должен во всех случаях В. не должен ни при каких обстоятельствах.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	28.	Заместительная почечная терапия может быть начата А. только с перитонеального диализа Б. с любого из трех методов В. только с гемодиализа Г. только с трансплантации почки.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	29.	Заместительную почечную терапию необходимо начинать даже при отсутствии симптомов уремии, если скорость клубочковой фильтрации А. < 45 мл/мин Б. < 6 мл/мин В. 0 мл/мин Г. < 15 мл/мин Д. < 30 мл/мин.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	30.	Из трех методов заместительной почечной терапии оптимальными показателями продолжительности и качества жизни характеризуется А. трансплантация почки Б. гемодиализ В. перитонеальный диализ.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	31.	К методам заместительной почечной терапии относятся А. только гемодиализ Б. только трансплантация почки В. гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки Г. только диализные методы - гемодиализ и перитонеальный диализ.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	32.	К разновидностям сосудистого доступа для гемодиализа, предназначенным для длительного использования, относятся А. туннелируемый двухпросветный катетер Б. артерио-венозный сосудистый протез В. нетуннелируемый стандартный двухпросветный катетер Г. артерио-венозная фистула.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	33.	Какая формула не должна использоваться для расчета скорости клубочковой фильтрации при значимом снижении почечной функции? А. MDRD и CKD-EPI Б. CKD-EPI В. Кокрофта-Голта Г. MDRD.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	34.	Какие ионы входят в состав диализирующей жидкости? А. калий Б. кальций В. алюминий Г. натрий

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Д. фосфор Е. магний.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	35.	Клиническими показаниями к инициации заместительной терапии являются А. уремический полисерозит Б. кожный зуд В. уремическая энцефалопатия Г. полиартрит Д. пневмония.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	36.	Количество больных с хронической болезнью почек, нуждающихся в заместительной почечной терапии А. стабильно в течение последних десятилетий Б. уменьшается из года в год В. увеличивается из года в год.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	37.	Может ли стандартный нетуннелируемый катетер длительно использоваться для амбулаторного гемодиализа? А. может в исключительных случаях Б. может при условии надежной фиксации В. может только у аккуратных чистоплотных больных Г. не может ни в каких случаях.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	38.	На какой стадии хронической болезни почек возникает потребность в заместительной почечной терапии? А. на 2 стадии Б. на 3 стадии В. на 5 стадии Г. на 4 стадии.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	39.	Недостаточное количество трансплантаций почки обусловлено А. нехваткой иммуносупрессивных препаратов Б. нехваткой квалифицированных хирургов В. нехваткой центров трансплантации Г. дефицитом донорских органов.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	40.	Оптимальной позицией для имплантации двухпросветного диализного туннелируемого катетера является А. правая внутренняя яремная вена Б. любая периферическая подкожная вена В. бедренная вена Г. подключичная вена.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	41.	Оптимальным вариантом сосудистого доступа для программного гемодиализа является А. нетуннелируемый двухпросветный катетер Б. артерио-венозная фистула В. сосудистый протез Г. туннелируемый двухпросветный катетер.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	42.	Перемещение веществ через мембрану при диализе происходит под воздействием А. градиента концентраций Б. гравитации В. константы Кориолиса Г. электрического заряда.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	43.	Перитонеальный диализ А. используется только в бедных странах, поскольку он дешевле гемодиализа Б. используется только у пациентов, у которых проведение гемодиализа невозможно В. исключает возможность последующей трансплантации почки Г. является оптимальным выбором для инициации заместительной терапии у многих пациентов.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	44.	Перитонеальный диализ основан на А. «очищении» организма через естественную мембрану-брюшину Б. имплантации в брюшную полость специального миниатюрного устройства В. экстракорпоральной обработке крови Г. пероральном введении диализирующей жидкости.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	45.	Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ проводится А. самим пациентом в домашних (иногда - и в рабочих) условиях Б. волонтерами в домашних условиях В. патронажным персоналом, посещающим больного на дому Г. в центре диализа, который больной посещает с определенной периодичностью.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	46.	Сосудистый доступ у пациентов на гемодиализе формируется для А. облегчения введения компонентов крови Б. облегчения забора проб крови В. облегчения введения медикаментов Г. обеспечения экстракорпорального кровотока во время сеансов гемодиализа.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	47.	Стандартная программа гемодиализа предполагает проведение А. одного сеанса лечения в неделю длительностью 24 часа Б. трех сеансов лечения в неделю длительностью четыре часа В. двух сеансов лечения в неделю длительностью три часа Г. трех сеансов лечения в неделю длительностью два часа.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	48.	Трансплантация почки А. может являться первичным методом заместительной почечной терапии Б. может осуществляться только после периода лечения гемодиализом В. невозможна после диализного лечения Г. может осуществляться только после периода лечения перитонеальным диализом.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	49.	Увеличение частоты и продолжительности сеансов гемодиализа А. позволяет улучшить выживаемость пациентов Б. приводит к истощению организма и ухудшает прогноз В. не изучено в клинической практике Г. исключает возможность последующей трансплантации почки.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	50.	Ультрафильтрация при гемодиализе происходит вследствие А. градиента гидростатического давления на мембране Б. электрического заряда ионов В. сорбционных свойств мембраны.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	51.	Для какого системного заболевания характерны следующие основные диагностические маркеры: 1) гломерулонефрит (сегментарный фибриноидный некроз клубочков, отсутствие или малое количество иммуноглобулинов), 2) легочный капиллярит, пневмонит: инфильтраты в легких без распада, 3) антитела к цитоплазме нейтрофилов в сыворотке крови (p-ANCA)? А. микроскопический полиангиит Б. гранулематоз Вегенера В. пурпура Шейнлейн-Геноха Г. криоглобулинемический васкулит Д. системная склеродермия Е. системная красная волчанка
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	52.	Для хронической болезни почек 5 стадии (до начала заместительной почечной терапии) характерные изменения фосфорно-кальциевого обмена: А. гиперкальциемия Б. гипокальциемия В. гиперфосфатемия Г. гипофосфотемия Д. повышение уровня паратиреоидного гормона более 150 пг/мл Е. уровень паратиреоидного гормона менее 150 пг/мл
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	53.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ХПН У ДЕТЕЙ А. приобретенные Б. наследственный, врожденные
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	54.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МАРКЕРОМ ТЕМПА ФОРМИРОВАНИЯ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ КРОВИ А. мочевины Б. креатинина
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	55.	ПРИ ХПН НАРУШАЕТСЯ ФУНКЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛОВ НЕФРОНА А. клубочков Б. канальцев В. одновременно клубочков и канальцев
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	56.	ОСМОЛЯРНОСТЬ МОЧИ У БОЛЬНЫХ ХПН А. повышается Б. понижается В. остается неизменной

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	57.	ПРИЧИНА ОСМОТИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ И ПОЛИУРИИ ПРИ ХПН А. дисфункция дистального отдела тубулярного аппарата Б. уменьшение массы действующих нефронов
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	58.	ГЛАВНЫМ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ А. диетотерапия Б. инфузионная терапия В. синдромологическая терапия
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	59.	ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ А. детям старшего возраста Б. детям раннего возраста
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	60.	ПРИНЦИПЫ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХПН А. ограничение натрия Б. ограничение белка В. ограничение растительных жиров Г. ограничение жидкости
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	61.	ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ А. наличие нефропатий в семье Б. внешние стигмы дисэмбриогенеза В. анемия Г. хронический тонзиллит Д. гипертензия
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	62.	ПРИ ХПН ИМЕЕТСЯ А. поражение канальцев Б. поражение клубочков В. поражение интерстиция Г. сочетанное поражение клубочков и канальцев
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	63.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХПН ПРИМЕНЯЕТСЯ А. преднизолон Б. каптоприл В. кальцитриол Г. гепарин
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	64.	ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АЗОТЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХПН ПРИМЕНЯЕТСЯ А. гепарин Б. лазикс В. преднизолон Г. леспенефрил

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	65.	Для лечения остеодисτροφического синдрома ХПН применяется: А. каптоприл Б. кальцитриол В. гепарин
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	66.	Перитонеальный диализ целесообразно проводить: А. детям старшего возраста Б. детям раннего возраста В. взрослым
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	67.	Показатели клубочковой фильтрации, характерные для ХПН: А. ниже 80 мл/мин. Б. ниже 50 мл/мин. В. ниже 20 мл/мин.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	68.	Наиболее информативным маркером темпа формирования ХПН является: А. мочевины Б. креатинина В. мочевой кислоты
		Задания открытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. ХБП G5 и выбор метода заместительной почечной терапии. Пациент 55 лет с ХБП G5, выраженной утомляемостью, тошнотой, кожным зудом, нарастающей гипергидратацией. Просит обсудить варианты ЗПТ. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Дисфункция артериовенозной фистулы у пациента на гемодиализе. Пациент на программном гемодиализе отмечает уменьшение вибрации над АВ-фистулой и трудности канюляции. За последние недели снизилась адекватность диализа. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Перитонит при перитонеальном диализе. Пациент на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе: боль в животе, мутный диализат, температура. Нарушений гемодинамики нет. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Острая дисфункция почечного трансплантата. Реципиент почки через 8 месяцев после трансплантации: рост креатинина, уменьшение диуреза, субфебрилитет. Принимает такролимус и другие иммуносупрессанты. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	5.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдром артериальной гипертензии при заболеваниях почек: основные механизмы. Синдром уремии: клинические проявления.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	6.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдром уремии: причины и механизмы возникновения.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	7.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические и лабораторные признаки первой стадии хронической почечной недостаточности.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	8.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические и лабораторные признаки второй стадии хронической почечной недостаточности.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3	9.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Клинические и лабораторные признаки третьей стадии хронической почечной недостаточности.
		Раздел 4. Оказание медицинской помощи в экстренной форме
		Задания закрытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Обструктивный острый пиелонефрит. Пациент 67 лет: температура 39,5 С, озноб, боль в пояснице, олигурия, лейкоцитурия и бактериурия. УЗИ: расширение чашечно-лоханочной системы и конкремент мочеточника. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Септический шок, анурия, гиперкалиемия - показания к интенсивной терапии и экстренным вмешательствам. 2. После стабилизации - профилактика рецидивов инфекции/камнеобразования и восстановление функциональной активности. 3. Временная нетрудоспособность до купирования инфекции и восстановления функции; дальнейшая оценка по остаточной дисфункции. 4. Объяснить необходимость неотложного дренирования и риски отсрочки. Немедленное взаимодействие нефролога, уролога и реанимационной службы; маршрутизация в стационар соответствующего уровня. 5. Острый обструктивный пиелонефрит с риском уросепсиса и постренального ОПП. 6. ОАК, креатинин, электролиты, лактат, посевы крови и мочи, УЗИ/КТ для определения уровня обструкции. 7. Немедленная антибактериальная терапия и срочное восстановление оттока мочи совместно с урологом; инфузионная и симптоматическая терапия по состоянию. 8. Диализ при жизнеугрожающих осложнениях ОПП после/параллельно устранению обструкции.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Сепсис-ассоциированное острое повреждение почек. Пациент 62 лет с пневмонией и септическим шоком. Олигурия, рост креатинина в динамике, лактат повышен, метаболический ацидоз. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Информировать пациента/семью о тяжести состояния и возможной потребности в ЗПТ. Работа мультидисциплинарной команды ОРИТ с нефрологом, инфекционистом/пульмонологом; строгий баланс жидкости и документация. 2. Острое повреждение почек на фоне сепсиса и шока. 3. Динамика креатинина и диуреза, электролиты, КОС, гемодинамика, посевы, УЗИ для исключения обструкции, оценка нефротоксической нагрузки. 4. Лечение сепсиса и шока, оптимизация гемодинамики, коррекция доз лекарств по функции почек, отмена нефротоксинов, контроль жидкости. 5. Непрерывные/интермиттирующие методы ЗПТ по клиническим показаниям и гемодинамической стабильности. 6. Рефрактерный ацидоз, гиперкалиемия, отек легких, уремические осложнения - показания к срочной ЗПТ. 7. После ОПП - контроль восстановления функции почек, профилактика ХБП, постепенная физическая реабилитация. 8. Временная нетрудоспособность; после выписки - оценка остаточной почечной дисфункции.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Тяжелый метаболический ацидоз при ОПП. Пациент с ОПП: рН 7,08, бикарбонат резко снижен, калий 6,4 ммоль/л, олигурия, нарастающая одышка. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза 3. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. Немедленная коррекция жизнеугрожающих нарушений, лечение причины ОПП, отмена нефротоксинов; медикаментозная коррекция гиперкалиемии. 2. При рефрактерном ацидозе/гиперкалиемии и клиническом ухудшении - срочная ЗПТ. 3. Непрерывный мониторинг ЭКГ и жизненных функций, готовность к реанимационным мероприятиям. 4. После стабилизации - наблюдение за восстановлением функции и профилактика повторного ОПП. 5. Временная нетрудоспособность до стабилизации; дальнейшая оценка по остаточной функции. 6. Кратко и четко информировать пациента/родственников о необходимости срочных вмешательств и возможного диализа. Немедленная

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		работа нефролога с ОРИТ и диализной службой, приоритетная подготовка оборудования и доступа. 7. ОПП с тяжелым метаболическим ацидозом и гиперкалиемией; угроза жизни. 8. Повторный КОС, электролиты, ЭКГ, креатинин/мочевина, диурез, оценка причины ОПП и объема жидкости.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Прочитайте клиническую ситуацию и установите соответствие. Нефротический криз и подозрение на тромбоз почечной вены. Пациент с нефротическим синдромом внезапно отметил резкую боль в пояснице и макрогематурию; выраженная гипоальбуминемия, отеки, тахикардия. К каждой позиции А-З подберите наиболее соответствующее решение из списка 1-8. А. Диагностическое заключение Б. Ключевой диагностический шаг В. Основное направление лечения Г. Решение о заместительной почечной терапии Д. Неотложная тактика Е. Реабилитация и профилактика Ж. Медицинская экспертиза З. Коммуникация и организация помощи Варианты решений: 1. После стабилизации - профилактика тромбозов, постепенная активизация и контроль отеков. 2. Временная нетрудоспособность на период острого осложнения; оценка стойких ограничений при хронической дисфункции. 3. Объяснить связь нефротического синдрома с тромботическим риском и признаки, требующие немедленного обращения. Координация нефролога, сосудистого специалиста/рентгенолога и при необходимости реанимационной службы. 4. Подозрение на острый тромбоз почечной вены на фоне нефротического синдрома. 5. Срочная визуализация почечных сосудов, функция почек, коагулограмма, общий анализ мочи/крови, оценка тромбоэмболических осложнений. 6. Неотложная антитромботическая и поддерживающая терапия по клиническим показаниям, лечение основного нефротического синдрома. 7. При тяжелом ОПП с стандартными показаниями - ЗПТ. 8. Исключить ТЭЛА, массивный тромбоз и гемодинамическую нестабильность; госпитализация.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	5.	Назовите осложнения острого гломерулонефрита: а) олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН; б) массивное почечное кровотечение; в) эклампсия; г) тромбоэмболический синдром; д) острая левожелудочковая недостаточность. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, в; Б. а, г; В. а, г, д; Г. а, в, д; Д. а, в, г, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	6.	Какие осложнения характерны для нефротической формы хронического гломерулонефрита? а) пионефроз; б) некроз почечных сосочков; в) гиповолемический шок; г) острый тромбоз почечных вен; д) острая сердечная недостаточность. Выберите правильную комбинацию ответов: А. г, д; Б. б, в; В. а, б;

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		Г. в, г, д; Д. а, б, в.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	7.	Какие характерные признаки хронического гломерулонефрита позволяют отличить его от гипертонической болезни? а) опережающее мочевой синдром повышение АД; б) мочевой синдром, предшествующий повышению АД; в) частое развитие сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт); г) редкие гипертонические кризы; д) выраженные изменения глазного дна. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, в, д; Б. б, г; В. а, г; Г. г, д; Д. б, в, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	8.	Что определяет развитие геморрагического синдрома при хронической почечной недостаточности? а) тромбоцитопения; б) тромбоцитопатия; в) снижение протромбина; г) снижение фактора IV, тромбоцитов; д) гиперкалиемия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, д; Б. в, г, д; В. а, в, д; Г. а, в, г, д; Д. а, б, г.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	9.	Признаки острого тромбоза почечных вен: а) повышение температуры; б) боли в пояснице; в) диспепсические расстройства; г) почка уменьшена в размерах; д) почка увеличена в размерах. Выберите правильную комбинацию ответов: А. а, б, д; Б. а, б, г; В. а, б; Г. б, в; Д. а, б, в, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	10.	Признаки, характерные для олигурической стадии ОПН: а) анорексия; б) вздутие кишечника; в) гиперкалиемия; г) гипокалиемия; д) азотемия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, д; Б. а, в, д; В. б, в, д; Г. г, д; Д. а, б, в, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	11.	Основные критерии склеродермического почечного криза это: А. гематурия + протеинурия Б. злокачественная артериальная гипертензия В. нефротический синдром Г. быстрое прогрессирование почечной недостаточности

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	12.	Морфологическим субстратом ренальной ОПН чаще всего является: А. Кортикальный некроз Б. Острый тубулярный некроз
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	13.	Наиболее распространенные причины прerenальной ОПН? А. гиповолемия Б. нефротоксичные препараты В. аденома предстательной железы Г. низкий сердечный выброс Д. системная вазодилатация Е. системные заболевания соединительной ткани Ж. краш-синдром
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	14.	Признак АМИ гиперкалиемии при ОПН являются: А. брадикардия Б. артериальная гипотония В. расширение комплекса QRS на ЭКГ Г. полиурия Д. высокий зубец Т на ЭКГ
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	15.	У пациента 65 лет жалобы на уменьшение количества мочи до 200 мл в сутки. В анамнезе в течение 10 лет доброкачественная гиперплазия предстательной железы. При осмотре: перкуторно верхняя граница мочевого пузыря - на 15 см выше лонного сочленения. Лабораторно: креатинин крови 0,95 ммоль/л, мочеви́на 28 ммоль/л, калий 6,5 ммоль/л. Генез ОПН? А. прerenальная Б. ренальная В. постренальная
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	16.	ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ А. прerenальная Б. ренальная В. постренальная
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	17.	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ А. специфическим синдромом Б. неспецифическим синдромом
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	18.	ПРЕРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ А. функциональной Б. органической

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	19.	ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН НА А. 1/2 Б. 1/3 В. 2/3
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	20.	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. анемией Б. билирубинемией В. тромбоцитопенией Г. протеинемией Д. азотемией
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	21.	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ: А. на функциональную Б. тубулярную В. гломерулярную
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	22.	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКУЮ А. может Б. не может
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	23.	При гемолитико-уремическом синдроме развивается острая почечная недостаточность: А. преренальная Б. ренальная В. обструктивная Г. постренальная
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	24.	О нарушениях ультрафильтрации в почках свидетельствуют Исходные признаки: а) глюкозурия; б) аминацидурия; в) протеинурия; г) олигурия; д) уробилинурия. Выберите правильную комбинацию ответов: А. в, г. Б. а, в. В. б, г. Г. а, б, в. Д. г, д.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	25.	Преренальная острая почечная недостаточность является: А. органической Б. функциональной

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	26.	При гемолитико-уремическом синдроме развивается острая почечная недостаточность: А. преренальная Б. ренальная В. обструктивная
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	27.	Олигурией называется снижение диуреза от суточных возрастных величин: А. на 1/3 Б. на 2/3
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	28.	Острая почечная недостаточность характеризуется: А. анемией Б. олигурией или анурией В. билирубинемией Г. тромбоцитопенией Д. протеинемией
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	29.	Гемолитико-уремический синдром характеризуется: А. гемолитической анемией Б. тромбоцитозом В. лейкоцитурией Г. билирубинемией Д. гематурией
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	30.	Гемолитико-уремический синдром чаще развивается на фоне: А. вирусной инфекции Б. пневмонии В. гломерулонефрита
		Задания открытого типа
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	1.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Обструктивный острый пиелонефрит. Пациент 67 лет: температура 39,5 С, озноб, боль в пояснице, олигурия, лейкоцитурия и бактериурия. УЗИ: расширение чашечно-лоханочной системы и конкремент мочеточника. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие ургентного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	2.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Сепсис-ассоциированное острое повреждение почек. Пациент 62 лет с пневмонией и септическим шоком. Олигурия, рост креатинина в динамике, лактат повышен, метаболический ацидоз. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	3.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Тяжелый метаболический ацидоз при ОПП. Пациент с ОПП: pH 7,08, бикарбонат резко снижен, калий 6,4 ммоль/л, олигурия, нарастающая одышка. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	4.	Решите комплексную ситуационную задачу и дайте развернутый обоснованный ответ. Нефротический криз и подозрение на тромбоз почечной вены. Пациент с нефротическим синдромом внезапно отметил резкую боль в пояснице и макрогематурию; выраженная гипоальбуминемия, отеки, тахикардия. 1. Сформулируйте предварительный диагноз и основные направления дифференциальной диагностики. 2. Определите план обследования и ключевые показатели мониторинга. 3. Предложите лечебную тактику и меры контроля эффективности и безопасности. 4. Определите место заместительной почечной терапии и признаки, требующие urgentного вмешательства. 5. Составьте план реабилитации/профилактики и решите вопрос медицинской экспертизы. 6. Опишите, как организовать работу команды, маршрутизацию и взаимодействие с пациентом/семьей, включая обучение и контроль приверженности. 7. Укажите, какую профессиональную информацию/клинические рекомендации необходимо актуализировать врачу для принятия решения и как проверить качество оказанной помощи.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2, ОПК-10	5.	Решите ситуационную задачу. По сан. авиации доставлен больной, мужчина 30 лет. Находился 3 дня на стационарном лечении по поводу острого гломерулонефрита. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженные отеки на конечностях, лице, поясничной области. t тела 39С. При аускультации: дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. ЧДД 20 дв/мин., пульс 100 уд/мин, АД 150/100 мм.рт.ст. Симптом XII ребра положительный с обеих сторон. Диурез по катетеру 300 мл в сутки. ОАМ: цвет красно-бурый, мутная, уд.вес 1029, реакция кислая, белок 9,8г/л, лейкоц 10 в п/зр, эритроциты >100 в п/зр.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
		ОАК: Нб 110г/л, эр 4,4*10; лейко 19*10; тр 220*10; СОЭ 51мм/ч Б/х анализ крови: мочевины 14 ммоль/л, креатинин 145 ммоль/л, К 5,7 ммоль/л Вопросы: Какое осложнение развилось у данного больного? Интерпретируйте приведенные анализы Тактика ведения больного? Метод лечения при неэффективности терапии? Выписать рецепт на дексаметазон.
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ОПК-5, ПК-2, ОПК-10	6.	Решите ситуационную задачу. Мужчина, 46 лет поступил двое суток назад, экстренно в отделение реанимации после автодорожной аварии. Объективно: состояние тяжелое, сознание - сопор; кожные покровы бледные, сухие. При аускультации - дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 90/50 мм.рт.ст., PS до 100 уд/мин. Перелом верхней трети правого бедра. Общая кровопотеря около . ОАК: Нб - 89 г/л, ЦП - 0,6; лейкоциты - 12*10, СОЭ - 60 мм/ч ОАМ: моча темного цвета, удельный вес - 1008, эритроциты - большое количество, клетки почечного эпителия - 2-7 в п/зр, белок - 3г/л, цилиндры - 5-7 в п/зр, диурез за сутки - 300мл. Б/х анализ крови: общий белок - 90 г/л, мочевины - 12ммоль/л, креатинин - 200мкмоль/л, К - 2ммоль/л, Na - 170 ммоль/л, АЛТ - 48, АСТ - 45. Вопросы: Какое осложнение развилось у больного? Возможные причины осложнения? Какие методы дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза? Тактика ведения больного Выписать рецепт преднизолон.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	7.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Почечная колика: причины, механизмы, отличительные признаки.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	8.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдром олигурии: причины и механизмы её появления.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	9.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдром анурии: причины и механизмы её появления.

Код и наименование компетенции	№ п/п	Название раздела/Формулировка задания
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1, ПК-2	10.	Прочитайте вопрос и дайте развернутый обоснованный ответ. Радиоизотопная и ультразвуковая диагностика заболеваний почек.