

## Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике **Клиническая лабораторная диагностика**

(наименование дисциплины)

по специальности **31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	Раздел 1 «Основы организации лабораторной службы» Раздел 2 «Гематология» Раздел 3 «Лабораторная диагностика паразитарных болезней» Раздел 4 «Биохимические исследования» Раздел 5 «Лабораторные исследования системы гемостаза» Раздел 6 «Общеклинические исследования» Раздел 7 «Лабораторные иммунологические исследования» Раздел 8 «Клиническая лабораторная диагностика при неотложных состояниях»	УК-1-3 ПК-1-10	<b><u>Знать:</u></b> -стандарты диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, кроветворной, опорно-двигательной, нервной, иммунной, эндокринной систем; -клиническую информативность лабораторных исследований с позиций доказательной медицины при наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, кроветворной, опорно-двигательной, нервной, иммунной, эндокринной систем; -факторы, влияющие на результаты лабораторного исследования на	Тесты  Ситуационные задачи	400  50

			<p>преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах;</p>		
			<p><b><u>Уметь:</u></b>  - оценить клиническую значимость результатов лабораторных исследований, поставить лабораторный диагноз;  - сопоставлять результаты лабораторных, функциональных и клинических исследований, консультировать врачей клинических подразделений по вопросам лабораторных исследований;  - организовать выполнение лабораторного исследования в соответствии с требованиями по охране труда, санитарно-эпидемическими требованиями;</p>		
			<p><b><u>Владеть:</u></b>  - навыками выполнения лабораторного исследования в соответствии с требованиями по охране труда, санитарно-эпидемическими требованиями;  - навыками интерпретации результатов лабораторных исследований на этапах</p>		

			профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваниях сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, опорно-двигательной, нервной, иммунной, эндокринной систем, а также при неотложных состояниях; -навыками организации и проведения контроля качества лабораторных исследований.		
--	--	--	---	--	--

### ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность 31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика

Дисциплина Клиническая лабораторная диагностика

Раздел «Основы организации лабораторной службы»

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ВЫПОЛНЯЕТ: А Подготовку и постановку анализа из биоматериала Б Сбор анамнеза В Проведение функциональной диагностики Г Назначение анализа	УК-1-3 ПК-1-10
2. НА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП НЕ ВЛИЯЕТ: А Фамилия пациента Б Подготовка пациента В Правила забора, хранение и доставка пробы Г Наличие гемолиза	УК-1-3 ПК-1-10
3. ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: А Оксалат натрия Б Фторид натрия В Гепарин Г Версен	УК-1-3 ПК-1-10
4. РЕГИСТРАЦИЯ ПРОБЫ ПАЦИЕНТА	УК-1-3

ПРОИСХОДИТ НА: А Преаналитическом этапе Б Аналитическом этапе В Постаналитическом Г Не регистрируется	ПК-1-10
5. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА ПРОИСХОДИТ НА: А Постаналитическом этапе Б Аналитическом этапе В Преаналитическом этапе Г Постаналитическом и аналитическом этапе	УК-1-3 ПК-1-10
6. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ЭТО: А порядок манипуляций при проведении анализа Б перечень нормативных величин В графическое изображение измеряемых величин по мере их получения Г схема расчета результатов	УК-1-3 ПК-1-10
7. ГОСТ Р ИСО 15189 ЭТО: А Национальный стандарт Российской Федерации Б СанПин В Постановление правительства Г Методические рекомендации	УК-1-3 ПК-1-10
8. КОНТРОЛЬНЫЕ КАРТЫ ВЫЯВЛЯЮТ: А результаты анализов контроля не выходящие за принятые границы Б результаты анализов контроля выходящие за принятые границы В оценку возможности метода Г оценку чувствительности метода	УК-1-3 ПК-1-10
9. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ ПОГРЕШНОСТИ СВЯЗАНЫ С: А использованием неточного метода Б неправильным приготовлением реактивов В плохим качеством приборов Г неправильной подготовкой пациента	УК-1-3 ПК-1-10
10. ВНУТРЕННИЙ АУДИТ НЕОБХОДИМ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА: А стандартом исследований и соответствием их выполнения Б проведением анализа В работой персонала Г заведующей КДЛ	УК-1-3 ПК-1-10
11. НА БЛАНКЕ НАЗНАЧЕНИЯ АНАЛИЗА НЕ УКАЗЫВАЕТСЯ: А Метод исследования Б Фамилия лечащего врача В Вид исследования Г Предполагаемый диагноз	УК-1-3 ПК-1-10

## ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1	А
2	А
3	Б
4	А
5	А
6	В
7	А
8	А
9	Г
10	А
11	А

### Раздел «Гематология»

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
12. MCV, MCH, MCHC, RDW ЭТО: А Эритроцитарные индексы Б тромбоцитарные индексы В лейкоцитарные индексы Г индексы интоксикации	УК-1-3 ПК-1-10
13. УВЕЛИЧЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ ЭТО: А количество лейкоцитов в 1 л крови Б количество лейкоцитов в мазке периферической кров В процентное содержание отдельных видов лейкоцитов в лейкоформуле Г процентное содержание нейтрофилов в лейкоформуле	УК-1-3 ПК-1-10
14. ПОКАЗАТЕЛЬ RDW ОТРАЖАЕТ: А пойкилоцитоз эритроцитов Б анизоцитоз эритроцитов В анизоцитоз тромбоцитов Г объем лейкоцитов	УК-1-3 ПК-1-10
15. УВЕЛИЧЕНИЕ РЕТИКУЛОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: А дефиците В12 и фолиевой кислоты Б гемолитических анемиях В Апластических анемиях Г железодефицитной анемии	УК-1-3 ПК-1-10
16. HGB, HGT, RBC УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПРИ: А лимфомах Б Острых лейкозах В Истинной полицитемии и эритроцитозах Г апластических анемиях	УК-1-3 ПК-1-10
17. HGB, HGT, RBC УМЕНЬШАЮТСЯ ПРИ: А истинной полицитемии Б эритроцитозах В анемиях Г тромбоцитопениях	УК-1-3 ПК-1-10
18. УВЕЛИЧЕНИЕ PLT БОЛЕЕ 500*10 <sup>9</sup> ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10

А	эссенциальной тромбоцитемии	
Б	эритроцитозов	
В	истинной полицитемии	
Г	тромбоцитопении	
19.	СНИЖЕНИЕ МСН, МСНС ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	гипохромии	
Б	гиперхромии	
В	анемии	
Г	эритремии	
20.	УВЕЛИЧЕНИЕ МСН, МСНС ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	гиперхромии	
Б	гипохромии	
В	анемии	
Г	эритремии	
21.	СНИЖЕНИЕ РЛТ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	ВИЧ-инфекции	
Б	эссенциальной тромбоцитемии	
В	тромбоцитопении	
Г	спленэктомии	
22.	НЕЙТРОФИЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	вирусной инфекции	
Б	бактериальной инфекции	
В	остром лейкозе	
Г	лимфомах	
23.	ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	инвазиях	
Б	аллергии	
В	бактериальной инфекции	
Г	кожных дерматозах	
24.	ЛИМФОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	инвазиях	
Б	аллергии	
В	вирусной инфекции	
Г	Бактериальной инфекции	
25.	ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО:	УК-1-3 ПК-1-10
А	эозинофилия	
Б	бластоз	
В	увеличение незрелых гранулоцитов	
Г	появление в крови атипичных мононуклеаров	
26.	ПОЯВЛЕНИЕ БЛАСТОВ НА ПЕРИФЕРИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	инфекций	
Б	анемий	
В	тромбоцитопений	
Г	лейкозов	

<p>27. АБСОЛЮТНЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН:</p> <p>А лимфопролиферативных заболеваний Б миелопролиферативных заболеваний В лейкомоидных реакций Г сепсиса</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>28. WBC 36 * 10<sup>9</sup>/л, МИЕЛОЦИТОВ 10%; МЕТАМИЕЛОЦИТОВ 12%; ПЯ 10%; С/Я 30%; ЭОЗИНОФИЛОВ 8 %; ЛИМФОЦИТОВ 21%; БАЗОФИЛОВ 3%; МОНОЦИТОВ 6%. ГЕМОГРАММА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А начальной стадии миелолейкоза Б стадии бластного криза В фазы акселерации Г острого миелолейкоза</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>29. WBC 250 * 10<sup>9</sup>/л, МИЕЛОБЛАСТОВ 5%, ПРОМИЕЛОЦИТОВ 9%, МИЕЛОЦИТОВ 10%; МЕТАМИЕЛОЦИТОВ 8%; ПЯ 6%; С/Я 10%; ЭОЗИНОФИЛОВ 18 %; ЛИМФОЦИТОВ 12%; БАЗОФИЛОВ 16%; МОНОЦИТОВ 6%. ГЕМОГРАММА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>А фазы акселерации Б начальной стадии миелолейкоза В стадии бластного криза Г острого миелолейкоза</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>30. WBC 30 * 10<sup>9</sup>/л, МИЕЛОБЛАСТОВ 42%, ПРОМИЕЛОЦИТОВ 9%, МИЕЛОЦИТОВ 5%; МЕТАМИЕЛОЦИТОВ 4%; ПЯ 2%; С/Я 20%; ЭОЗИНОФИЛОВ 4 %; ЛИМФОЦИТОВ 2%; БАЗОФИЛОВ 6%; МОНОЦИТОВ 6%. ГЕМОГРАММА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>А стадии бластного криза фазы акселерации Б начальной стадии миелолейкоза В стадии бластного криза Г острого миелолейкоза</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>31. КЛЕТКИ БЕРЕЗОВСКОГО-ШТЕРНБЕРГА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:</p> <p>А Т-клеточном лейкозе Б лимфогранулематозе В фолликулярной лимфоме Г лимфоме Беркитта</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>32. АНЕМИЯ, НЕЙТРОПЕНИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А острых миелоидных лейкозов Б миелофиброза В истинной эритремии Г эссенциальной тромбоцитемии</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>33. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ВАРИАНТА</p>	<p>УК-1-3</p>

<p>ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:</p> <p>А иммунофенотипирование, цитогенетику</p> <p>Б исследование периферической крови</p> <p>В исследование костного мозга</p> <p>Г исследование трепаната</p>	<p>ПК-1-10</p>
<p>34. ДЛЯ ПРОМИЕЛОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А тромбоцитопени</p> <p>Б тромбоцитоз, лейкопения, геморрагический синдром</p> <p>В нейтропения</p> <p>Г эритроцитоз</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>35. ОСТРЫЙ МИЕЛОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ С СОЗРЕВАНИЕМ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:</p> <p>А М2</p> <p>Б М0</p> <p>В М1</p> <p>Г М3</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>36. ДЛЯ КАКОГО ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ЭРИТРОБЛАСТОВ:</p> <p>А М6</p> <p>Б М0</p> <p>В М1</p> <p>Г М3</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>37. ДЛЯ КАКОГО ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ МОНОБЛАСТОВ:</p> <p>А М1</p> <p>Б М0</p> <p>В М5а и М5б</p> <p>Г М3</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>38. ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕЛЯТСЯ М5а и М5б ВАРИАНТЫ:</p> <p>А по морфологии</p> <p>Б по цитогенетике</p> <p>В по иммуногистохимии</p> <p>Г по цитохимии</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>39. ДЛЯ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А увеличение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита</p> <p>Б анемия</p> <p>В сдвиг лейкоцитарной формулы до бластов</p> <p>Г тромбоцитопения</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>40. ДЛЯ МИЕЛОФИБРОЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А эритроцитоз</p> <p>Б лимфоцитоз</p> <p>В моноцитоз</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>



Г	увеличение тромбоцитов, мегакариоцитов, незрелых гранулоцитов, фиброз	
41.	АБСОЛЮТНАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ БОЛЕЕ $1 \cdot 10^9$ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: А эозинофильноклеточного лейкоза Б миелофиброза В миелолейкоза Г лимфогранулематоза	УК-1-3 ПК-1-10
42.	АБСОЛЮТНЫЙ МОНОЦИТОЗ $1 \cdot 10^9$ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: А хронического миеломоноцитарного лейкоза Б инфекционного мононуклеоза В хронического миелоцитарного лейкоза Г миелофиброза	УК-1-3 ПК-1-10
43.	ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НА ПЕРИФЕРИИ БУДЕТ: А анемия, нейтропения, тромбоцитопения и дисплазия клеток Б эритроцитоз В тромбоцитоз Г нейтрофилия	УК-1-3 ПК-1-10
44.	ДЛЯ РЕФРАКТЕРНОЙ АНЕМИИ С КОЛЬЦЕВИДНЫМИ СИДЕРОБЛАСАМИ ХАРАКТЕРНО: А увеличение кольцевидных сидеробластов более 15% Б увеличение сидероцитов более 15% В увеличение бластов более 30% Г увеличение эритроцитов более $6 \cdot 10^9$	УК-1-3 ПК-1-10
45.	ДЛЯ РЕФРАКТЕРНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО: А эритроцитоз Б анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов В гипохромия Г тромбоцитоз	УК-1-3 ПК-1-10
46.	ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ДЛЯ МИЕЛОИДНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ: А гликоген Б миелопероксидаза В Щелочная фосфотаза Г Неспецифическая эстераза	УК-1-3 ПК-1-10
47.	ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ДЛЯ МОНОБЛАСТНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ: А миелопероксидаза Б Неспецифическая эстераза, ингибируемая натрий фтор В гликоген Г щелочная фосфотаза	УК-1-3 ПК-1-10
48.	УВЕЛИЧЕНИЕ МИЕЛОКАРИОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10

<p>А острым лейкоза</p> <p>Б лимфопролиферативных заболеваниях</p> <p>В хронических миелопролиферативных заболеваниях</p> <p>Г агранулоцитозе</p>	
<p>49. КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:</p> <p>А МКБ</p> <p>Б ФАБ</p> <p>В ВОЗ</p> <p>Г СИ</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>50. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СОПРОВОЖДАЕТ:</p> <p>А хронический миелолейкоз</p> <p>Б лимфогранулематоз</p> <p>В острые миелолейкозы</p> <p>Г эритремию</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>51. В ПЕРИОД РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА БЛАСТЫ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ:</p> <p>А 30%</p> <p>Б 1%</p> <p>В 10%</p> <p>Г 5%</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>52. ОСНОВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИМФОИДНЫХ КЛЕТОК ИДЕТ ПО:</p> <p>А цитогенетике</p> <p>Б морфологии</p> <p>В цитохимии</p> <p>Г иммунофенотипированию</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>53. В ЛЕЙКОГРАММЕ ЛИМФОЦИТОЗ ДО 95% ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:</p> <p>А миеломной болезни</p> <p>Б хронического миелолейкоза</p> <p>В истинной полицитемии</p> <p>Г хронического лимфоцитарного лейкоза</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>54. ГЕМОГРАММА: ПРОЛИМФОЦИТОВ БОЛЕЕ 55%, ЛИМФОЦИТОЗ, АНЕМИЯ, НЕЙТРОПЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТОЗ. КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А пролимфоцитарного лейкоза</p> <p>Б хронического лимфоцитарного лейкоза</p> <p>В хронического миелолейкоза</p> <p>Г истинной полицитемии</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>55. RBC 2,5*10<sup>9</sup>, HGB 100г/л, PLT 150*10<sup>9</sup> , НЕЙТРОПЕНИЯ, ЛИМФОЦИТОЗ ДО 76% МОРФОЛОГИЕЙ БГЛ. КАРТИНА КРОВИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А Т-клеточного лейкоза из больших</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

<p>гранулярных лимфоцитов</p> <p>Б Т-клеточного лейкоза взрослых</p> <p>В Грибовидного микоза</p> <p>Г лейкоза HTLV</p>	
<p>56. ТЕНИ ГУМПРЕХТА С ЛИМФОЦИТОЗОМ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ:</p> <p>А хроническом лимфолейкозе</p> <p>Б миеломе</p> <p>В инфекционном мононуклеозе</p> <p>Г хроническом миелолейкозе</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>57. ПРИ СИНДРОМЕ СЕЗАРИ ЛИМФОЦИТЫ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩУЮ СТРУКТУРУ:</p> <p>А мозговидную</p> <p>Б глыбчатую</p> <p>В колосовидную</p> <p>Г моноцитоидную</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>58. ГЕМОГРАММА: АНЕМИЯ, НЕЙТРОПЕНИЯ, ЛИМФОЦИТОЗ ДО 80% С ОТРОСЧАТОЙ ЦИТОПЛАЗМОЙ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А плазмоклеточного лейкоза</p> <p>Б волосатоклеточного лейкоза</p> <p>В фолликулярной лимфомы</p> <p>Г лимфогранулематоза</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>59. ЭОЗИНОФИЛЬНО-БАЗОФИЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А истинной полицитемии</p> <p>Б хронического лимфолейкоза</p> <p>В хронического миелолейкоза</p> <p>Г острого лейкоза</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>60. КЛЕТЧНЫМ СУБСТРАТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А НК-клетки</p> <p>Б моноциты</p> <p>В Т-лимфоциты</p> <p>Г В-лимфоциты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>61. КЛЕТЧНЫМ СУБСТРАТОМ СИНДРОМА СЕЗАРИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А Т-лимфоциты CD4</p> <p>Б Т-лимфоциты CD8</p> <p>В В-лимфоциты CD19</p> <p>Г НК-клетки</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>62. В МАЗКЕ КРОВИ: АНЕМИЯ, АГЛЮТИНАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ В ВИДЕ МОНЕТНЫХ СТОЛБИКОВ, ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ, СОЭ БОЛЕЕ 70. ТАКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:</p> <p>А миеломной болезни</p> <p>Б инфекционного мононуклеоза</p> <p>В хронического миелоцитарного лейкоза</p> <p>Г хронического лимфолейкоза</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>63. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ</p>	<p>УК-1-3</p>

<p>КЛЕТОК В КОСТНОМ МОЗГЕ ГОВОРИТ ОБ:</p> <p>А плазмоцитоме или миеломе  Б хроническом миелолейкозе  В хронического лимфолейкозе  Г лимфогранулематозе</p>	ПК-1-10
<p>64. СНИЖЕНИЕ MCV ГОВОРИТ О:</p> <p>А микроцитозе  Б макроцитозе  В нормоцитозе  Г пойкилоцитозе</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>65. ПОВЫШЕНИЕ MCV ГОВОРИТ О:</p> <p>А макроцитозе  Б микроцитозе  В нормоцитозе  Г пойкилоцитозе</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>66. СНИЖЕНИЕ RBC, HGB, HGT СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ:</p> <p>А анемии  Б лейкомоидной реакции  В лейкозе  Г тромбоцитопенической пурпуре</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>67. ПОВЫШЕНИЕ RBC, HGB, HGT СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ:</p> <p>А анемии  Б эритремии  В лейкозе  Г тромбоцитопенической пурпуре</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>68. СНИЖЕНИЕ HGB, HGT, MCV, MCHC, MCH НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А макроцитарных анемиях  Б гипохромных микроцитарных анемиях  В гиперхромных анемиях  Г нормохромных анемиях</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>69. СНИЖЕНИЕ HGB, HGT, MCV, MCHC, MCH НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А фолиеводефицитной анемии  Б В12-дефицитная анемия  В железодефицитной анемии  Г эритремии</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>70. ПОВЫШЕНИЕ RDW, MCV, MCHC, MCH НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А апластической анемии  Б железодефицитной анемии  В В12- и фолиеводефицитной анемии  Г гемоглобинопатии</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>71. ПОВЫШЕНИЕ RDW, MCV, MCHC, MCH НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А регенераторных анемиях  Б гипохромных микроцитарных анемиях  В нормохромных анемиях</p>	УК-1-3 ПК-1-10

Г	макроцитарных гиперхромных анемиях	
72.	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БУДУТ: А цитогенетика Б определение в сыворотке В12 В электрофореграмма гемоглобина Г ферритин и трансферрин	УК-1-3 ПК-1-10
73.	МАКРОЦИТОЗ С ГИПЕРХРОМИЕЙ, ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ, КОЛЬЦА КЕБОТА ГИПЕРСЕГМЕНТАЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ, РЕТИКУЛОПЕНИЯ, ЛЕЙКОПЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: А мегалобластных анемий Б гемолитических анемий В апластических анемий Г анемии при злокачественных опухолях	УК-1-3 ПК-1-10
74.	В НОРМЕ ЛЕЙКОЭРИТРОБЛАСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС СОСТАВЛЯЕТ: А 3:1 Б 1:1 В 6:3 Г 1:3	УК-1-3 ПК-1-10
75.	ПОЯВЛЕНИЕ МЕГАЛОБЛАСТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: А В12- и фолиеводефицитной анемии Б гемолитических анемиях В апластических анемиях Г анемии хронических заболеваний	УК-1-3 ПК-1-10
76.	ЭРИТРОКАРИЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: А мегалобластных и гемолитических анемий Б железодефицитной анемии В апластических анемий Г анемии при злокачественных опухолях	УК-1-3 ПК-1-10
77.	РЕФРАКТЕРНАЯ ФАЗА ПРИ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: А аплазией Б лейкомоидной реакцией В снижением ОЦК Г тромбоцитопенической пурпурой	УК-1-3 ПК-1-10
78.	УВЕЛИЧЕНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ НА: А 5-7 день Б 2й день В 3й день Г 4й день	УК-1-3 ПК-1-10
79.	АНЕМИЯ С РЕТИКУЛОЦИТОЗОМ,	УК-1-3

<p>ЖЕЛТУХА, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А гемолитических анемиях</p> <p>Б мегалобластных анемиях</p> <p>В железодефицитной анемии</p> <p>Г апластических анемиях</p>	ПК-1-10
<p>80. МЕГАЛОБЛАСТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ ОБУСЛОВЛЕН:</p> <p>А нарушением транспорта витамина В12 и фолиевой кислоты</p> <p>Б дефицитом витамина В</p> <p>В нарушением кишечной абсорбции витамина В12 и фолиевой кислоты</p> <p>Г ахрестическим состоянием</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>81. СНИЖЕНИЕ RBC, HGB, HGT, MCV, ВЫРАЖЕННЫЙ, ПОЙКИЛОЦИТОЗ, МИКРОСФЕРОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А В12-дефицитная анемии</p> <p>Б болезни Миньковского-Шаффара</p> <p>В фолиеводефицитной анемии</p> <p>Г шиповидной анемии</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>82. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕМБРАНОПАТИЙ ОСНОВАНА НА:</p> <p>А морфологии эритроцитов</p> <p>Б морфологии моноцитов</p> <p>В морфологии тромбоцитов</p> <p>Г морфологии лейкоцитов</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>83. ГИСТОГРАММА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СМЕЩАЕТСЯ:</p> <p>А влево</p> <p>Б вправо</p> <p>В не смещается</p> <p>Г не имеет диагностического значения</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>84. ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ГИСТОГРАММА СМЕЩАЕТСЯ ВПРАВО ПРИ:</p> <p>А мегалобластных анемиях</p> <p>Б гемолитических анемиях</p> <p>В железодефицитной анемии</p> <p>Г апластических анемиях</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>85. СМЕЩЕНИЕ ГИСТОГРАММЫ ВПРАВО ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ СФЕРОЦИТОЗЕ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>А формой лейкоцитов</p> <p>Б формой моноцитов</p> <p>В формой тромбоцитов</p> <p>Г формой эритроцитов</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>86. ФРАГМЕНТЫ, ОСКОЛКИ ЭРИТРОЦИТОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:</p> <p>А наследственном пиропойкилоцитозе</p> <p>Б наследственном овалоцитозе</p>	УК-1-3 ПК-1-10

В	наследственном стоматоцитозе	
Г	наследственном акантоцитозе	
87.	СНИЖЕНИЕ ОСМОТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	мегалобластных анемиях	
Б	мембранопатиях	
В	железодефицитной анемии	
Г	апластических анемиях	
88.	ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ ОВАЛОЦИТОЗЕ ОВАЛОЦИТЫ СОСТАВЛЯЮТ :	УК-1-3 ПК-1-10
А	более 30%	
Б	менее 30%	
В	более 10%	
Г	менее 20%	
89.	СНИЖЕНИЕ RBC, HGB, HGT, ГИПЕРГЕМОГЛОБИНЕМИЯ И ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, СДВИГДО МИЕЛОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	энзимопатии	
Б	наследственном микросфероцитозе	
В	талассемии	
Г	серповидноклеточной анемии	
90.	ОБНАРУЖЕНИЕ МИШЕНЕВИДНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	талассемии	
Б	железодефицитной анемии	
В	апластической анемии	
Г	гемоглобинопатии	
91.	У ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГЕМОГЛОБИНЫ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	HbA, HbA <sub>2</sub> , HbF	
Б	HbH и HbF	
В	HbA, HbD, HbS	
Г	HbS, HbA, HbF	
92.	УВЕЛИЧЕНИЕ HbA <sub>2</sub> ИМЕЕТ МЕСТ ПРИБИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	β-талассемии	
Б	энзимопатии	
В	наследственном микросфероцитозе	
Г	серповидноклеточной анемии	
93.	ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭЛЕКТРОФОРЕГРАММЕ HbS СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:	УК-1-3 ПК-1-10
А	β-талассемии	
Б	серповидноклеточной анемии	
В	энзимопатии	
Г	наследственном микросфероцитозе	
94.	ДЛЯ ЭРИТРОЦИТОВ С HbS ХАРАКТЕРНО:	УК-1-3 ПК-1-10
А	изменение формы при гипоксии	
Б	изменение резистентности эритроцитов	

В Г	изменение растворимости гемоглобина снижение устойчивости на внешние факторы	
95. А Б В Г	ИЗОИМУННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: конфликтом по системе АВ0 и Rh-резусу вирусами бактериями иммунными лимфоцитами	УК-1-3 ПК-1-10
96. А Б В Г	ГЕТЕРОИМУННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: приемом лекарств и фиксацией вируса на поверхности эритроцита лейкемоидной реакцией конфликтом по системе АВ0 и Rh-резусу бактериями	УК-1-3 ПК-1-10
97. А Б В Г	ПРОБА КУМБСА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ: гипохромных анемий наследственных и приобретенных апластических анемий наследственных и приобретенных гемолитических анемий гиперхромных анемий	УК-1-3 ПК-1-10
98. А Б В Г	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ НА: сразу после рождения в первые 24 часа после 36 часов жизни после 8-10 дней жизни	УК-1-3 ПК-1-10
99. А Б В Г	ПОЧАСОВОЙ ПРИРОСТ БИЛИРУБИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ: 8,4 мкмоль/л 6,2 мкмоль/л 5,4 мкмоль/л 3,4 мкмоль/л	УК-1-3 ПК-1-10
100. А Б В Г	ПЕВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ПРОИСХОДИТ НА: 10й день 1й день 4й день 5й день	УК-1-3 ПК-1-10
101. А Б В	СТАНДАРТОМ ДЛЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ: капиллярная кровь Венозная кровь тканевая жидкость	УК-1-3 ПК-1-10



Г	сыворотка	
102.	КРОВЬ ДЛЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЗАБИРАЕТСЯ В: А пробирки с красной крышкой Б пробирки с фиолетовой крышкой В пробирки с желтой крышкой Г пробирки с синей крышкой	УК-1-3 ПК-1-10
103.	ДЛЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: А К <sub>2</sub> ЭДТА Б гепарин В цитрат натрия Г не используется антикоагулянт	УК-1-3 ПК-1-10
104.	ДЛЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРОБИРКИ: А аккуратно перемешивают не менее 8 раз Б встряхивают В не перемешивают Г аккуратно перемешивают не менее 10 раз	УК-1-3 ПК-1-10
105.	МАЗКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОВОДЯТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ: А 2х часов Б 24 часов В не имеет значения Г 12 часов	УК-1-3 ПК-1-10
106.	МАЗКИ КРОВИ ОКРАШИВАЮТСЯ ПО: А Романовскому-Гимзе Б Перлсу В Грамму Г Гейнца	УК-1-3 ПК-1-10
107.	ПОДСЧЕТ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ПРОВОДИТСЯ НА: А 100 клеток Б 500 клеток В 50 клеток Г 1000 клеток	УК-1-3 ПК-1-10
108.	ПОДСЧЕТ РЕТИКУЛОЦИТОВ ПРОВОДИТСЯ НА: А 1000 эритроцитов Б 1000 тромбоцитов В 100 эритроцитов Г 100 тромбоцитов	УК-1-3 ПК-1-10
109.	ДЛЯ ФИКСАЦИИ МАЗКОВ КРОВИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: А этиловый спирт 70% Б метиловый спирт В фиксатор-краситель Май-Грюнвальда	УК-1-3 ПК-1-10

Г	фиксатор-краситель Лейшмана	
110.	ГЕМОГЛОБИН МОЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ МЕТОДОМ: А гемоглобинцианидным Б поляриметрии В газометрии Г ИФА	УК-1-3 ПК-1-10

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

12.	А	32.	А	52.	Г	72.	Г	92.	А
13.	А	33.	А	53.	Г	73.	А	93.	Б
14.	Б	34.	Б	54.	А	74.	А	94.	А
15.	Б	35.	А	55.	А	75.	А	95.	А
16.	В	36.	А	56.	А	76.	А	96.	А
17.	В	37.	В	57.	А	77.	В	97.	В
18.	А	38.	А	58.	Б	78.	А	98.	В
19.	А	39.	А	59.	В	79.	А	99.	Г
20.	А	40.	Г	60.	Г	80.	А	100.	Г
21.	Б	41.	А	61.	А	81.	Б	101.	Б
22.	Б	42.	А	62.	А	82.	А	102.	Б
23.	В	43.	А	63.	А	83.	А	103.	А
24.	В	44.	А	64.	А	84.	А	104.	А
25.	Г	45.	Б	65.	А	85.	Г	105.	А
26.	Г	46.	Б	66.	А	86.	А	106.	А
27.	А	47.	Б	67.	Б	87.	Б	107.	А
28.	А	48.	В	68.	Б	88.	А	108.	А
29.	А	49.	В	69.	В	89.	А	109.	А
30.	А	50.	В	70.	В	90.	А	110.	А
31.	Б	51.	Г	71.	Г	91.	А		

### Раздел «Биохимические исследования»

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
111 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЛАЗМЫ ОТСУТСТВУЕТ: А альбумин Б фибриноген В комплемент Г калликреин	УК-1-3 ПК-1-10
112 К БЕЛКАМ ПЛАЗМЫ ОТНОСЯТ: А глобулины Б эластин В кератины Г склеропротеины	УК-1-3 ПК-1-10
113 ОПРЕДЕЛЕНИЕ $\alpha$ -ФЕТОПРОТЕИНА ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10

А	первичном раке печени	
Б	эхинококкозе печени	
В	инфекционном гепатите	
Г	раке желудка	
114	К КЛЕТКАМ, ПРОДУЦИРУЮЩИМ $\gamma$ -ГЛОБУЛИНЫ, ОТНОСЯТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	плазматические клетки	
Б	моноциты	
В	базофилы	
Г	макрофаги	
115	ФИБРИНОГЕН СНИЖАЕТСЯ В КРОВИ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	циррозе печени	
Б	инфаркте миокарда	
В	ревматизме	
Г	уремии	
116	ТРАНСФЕРРИН – ЭТО СОЕДИНЕНИЕ АПО-ФЕРРИТИНА С:	УК-1-3 ПК-1-10
А	железом	
Б	цинком	
В	натрием	
Г	кобальтом	
117	СОДЕРЖАНИЕ КРЕАТИНИНА В КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	гастрите	
Б	гепатите	
В	почечных повреждениях	
Г	язвенном колите	
118	ПАРАПРОТЕИНЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ В КРОВИ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	миеломе и болезни тяжелых и легких цепей	
Б	панкреатите	
В	цистите	
Г	гепатите	
119	БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА ИДЕНТИФИЦИРУЮТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	электрофорезом	
Б	диализом	
В	концентрированием мочи	
Г	агглютинацией	
120	МОЧЕВАЯ КИСЛОТА ПОВЫШАЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	подагре	
Б	гепатите	
В	панкреатите	
Г	язвенной болезни	
121	ОСНОВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГАПТОГЛОБИНА:	УК-1-3 ПК-1-10

А	связывание гемоглобина	
Б	антипротеолитическая активность	
В	участие в реакции иммунитета	
Г	участие в свертывании крови	
122	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	бактериальных инфекциях	
Б	склеродермии	
В	вирусных инфекциях	
Г	лейкемии	
123	С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК:	УК-1-3 ПК-1-10
А	маркер гепатита	
Б	маркер простатита	
В	маркер сахарного диабета	
Г	белок острой фазы	
124	$\alpha$ -1-АНТИТРИПСИН – ЭТО:	УК-1-3 ПК-1-10
А	ингибитор протеиназ и белок острой фазы воспаления	
Б	маркер инфаркта миокарда	
В	маркер сахарного диабета	
Г	маркер гепатита	
125	ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ МВ-КРЕАТИНКИНАЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	инфаркта миокарда	
Б	холестаза	
В	дистрофии печени	
Г	панкреатита	
126	ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ $\gamma$ -ГГТ В СЫВОРОТКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	холестазе	
Б	энцефалите	
В	простатите	
Г	пиелонефрите	
127	НЕОБРАТИМОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КАРДИОМИОЦИТОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	гистидазы	
Б	АЛТ	
В	ГГТП	
Г	МВ-КК	
128	НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	недостаток вазопрессина	
Б	недостаток глюкагона	
В	повышение глюкокортикоидов	
Г	повышение АСТ	
129	НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ	УК-1-3

<p>ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ:</p> <p>А альфа-амилазы и ГГТ  Б холинэстеразы  В КК  Г ЛДГ</p>	ПК-1-10
<p>130 В ПРЕЖЕЛТУШНЫЙ ПЕРИОД ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПОВЫШЕНА АКТИВНОСТЬ:</p> <p>А АЛТ  Б альфа-амилазы  В АСТ  Г щелочной фосфатазы</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>131 ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ПОВЫШЕНА АКТИВНОСТЬ:</p> <p>А КК  Б ЛДГ  В ГГТП  Г холинэстеразы</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>132 В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НЕ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ФЕРМЕНТ:</p> <p>А трипсин  Б тромбин  В эластаза  Г химотрипсин</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>133 ОСНОВНОЙ ОРГАН, УЧАСТВУЮЩИЙ В ГОМЕОСТАЗЕ ГЛЮКОЗЫ:</p> <p>А печень  Б скелетные мышцы  В кишечник  Г легкие</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>134 ДЕПОНИРОВАННОЙ ФОРМОЙ УГЛЕВОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А гликоген  Б глюкозо-6-фосфат  В олигосахариды  Г глюкозо-1-фосфат</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>135 СНИЖЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А инсуломе  Б гиперпаратиреозе  В феохромоцитоме  Г гипертиреозе</p>	УК-1-3 ПК-1-10
<p>136 ТРАНСПОРТНЫЕ ФОРМЫ ДЛЯ ЛИПИДОВ:</p> <p>А липопротеиды  Б апопротеины  В гормоны</p>	УК-1-3 ПК-1-10

Г	жирные кислоты	
137	ОСНОВНАЯ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА: А транспорт меди Б активация гемопоэза В активация иммунитета Г участие в свертывании крови	ФУНКЦИЯ УК-1-3 ПК-1-10
138	КЛИНИЧЕСКИЕ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ВЫРАЖАЮТСЯ: А гликированием белков Б обезвоживанием В почечными повреждениями Г нарушением функции миокарда и появлением судорог	ПРИЗНАКИ УК-1-3 ПК-1-10
139	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРВИЧНОГО ГЕМОХРОМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: А панкреатит Б пигментация кожи В сахарный диабет Г гепатоспленомегалия	УК-1-3 ПК-1-10
140	ФРУКТОЗАМИН ПОВЫШЕН ПРИ: А сахарном диабете Б фруктоземии В несахарном диабете Г циррозе печени	УК-1-3 ПК-1-10
141	СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПЛАЗМЕННОГО БЕЛКА А (РАРРА-А): А признак хромосомной аномалии Б резус-конфликт В пузырьный занос Г трофобластная опухоль	УК-1-3 ПК-1-10
142	В ОРГАНИЗМЕ ПОРФИРИНЫ СВЯЗАНЫ С: А металлами Б углеводами В кислотами Г липидами	УК-1-3 ПК-1-10
143	В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ НЕ АКТИВИРУЕТСЯ: А липогенез Б нейтрофильные протеиназы В калликреин-кининовая система Г перекисное окисление	УК-1-3 ПК-1-10
144	ВАЖНЕЙШИЕ ФЕРМЕНТЫ: А катепсины Б АТФ-азы В циклооксигеназы	ЛИЗОСОМНЫЕ УК-1-3 ПК-1-10

Г	трансаминазы	
145	СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ТЕСТ ДЛЯ ГЕПАТИТА В: А определение активности кислой фосфатазы Б иммунохимическое определение HBS-антигена В определение активности трансаминаз Г увеличение билирубина	УК-1-3 ПК-1-10
146	КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВАЯ СИСТЕМА: А активирует синтез гликогена Б выполняет роль регулятора протеолитических систем крови В осуществляет транспорт липидов в крови Г участвует в гидролизе пептидов в пищеварительной системе	УК-1-3 ПК-1-10
147	КЕТОНУРИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ: А нарушении всасывания углеводов Б несахарный диабет В гемолитическая анемия Г желтуха	УК-1-3 ПК-1-10
148	АКТИВНОСТЬ ТРИПСИНА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ: А при панкреатитах Б пептические язвы В стресс Г нефроз	УК-1-3 ПК-1-10
149	АКТИВНОСТЬ ЛИПАЗЫ ПОВЫШЕНА ПРИ: А панкреатитах Б холециститах В протеинурии Г желтухах	УК-1-3 ПК-1-10
150	КАКОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВХОДИТ В РАСЧЕТНУЮ ФОРМУЛУ СКФ: А креатинин Б билирубин В триглицериды Г мочевины	УК-1-3 ПК-1-10
151	УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ: А ЖДА Б хроническом панкреатите В гемолитической желтухе Г паренхиматозные желтухе	УК-1-3 ПК-1-10
152	СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: А острые инфекции	УК-1-3 ПК-1-10

<p>Б отравления фосфорорганическими инсектицидами</p> <p>В сахарный диабет</p> <p>Г передозировка инсулина</p>	
<p>153 БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИИ СЫВОРОТКИ КРОВИ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИМ МЕТОДОМ:</p> <p>А ИФА</p> <p>Б фотометрия</p> <p>В электрофорез</p> <p>Г титрование</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>154 ГЛИКОЛИЗ – ЭТО ПРОЦЕСС:</p> <p>А окисление глюкозы до пирувата</p> <p>Б синтез гликогена из глюкозы</p> <p>В окисление глюкозы до углекислого газа и воды</p> <p>Г окисление гликогена до лактата</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>155 В СОСТАВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ МИТОХОНДРИЙ ВХОДЯТ:</p> <p>А цитохромы</p> <p>Б витамины</p> <p>В аминокислоты</p> <p>Г жирные кислоты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>156 О ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <p>А увеличение в сыворотке лактата</p> <p>Б гиперкоагуляция</p> <p>В увеличение активности АЛТ</p> <p>Г гипоальбуминурия</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>157 МИНЕРАЛ, СОДЕРЖАНИЕ КОТОРОГОВ ОРГАНИЗМЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА БОЛЕЕ 1 КГ:</p> <p>А кальций</p> <p>Б натрий</p> <p>В калий</p> <p>Г магний</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>158 ПОРАЗАТЕЛЬ <math>PO_2</math> ОТРАЖАЕТ:</p> <p>А фракцию растворенного кислорода</p> <p>Б общее содержание кислорода в крови</p> <p>В доставку кислорода к тканям</p> <p>Г насыщение гемоглобина кислородом</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>159 ХАРАКТЕРНЫМ СВОЙСТВОМ ПОРФИРИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А участие в окислительно-восстановительных реакциях</p> <p>Б способность образовывать комплексы с ионами металлов</p> <p>В участие в транспорте липидов</p> <p>Г снижение при воспалении</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>



160	ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ БИЛИРУБИНА ЯВЛЯЕТСЯ: А гемоглобин Б тропонин В фосфолипиды Г кетоновые тела	УК-1-3 ПК-1-10
161	НЕКОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН В ГЕПАТОЦИТАХ ПОДВЕРГАЕТСЯ: А соединению с глюкуроновой кислотой Б дезаминированию В трансаминированию Г декарбоксилированию	УК-1-3 ПК-1-10
162	В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТСЯ: А стеркобилиноген Б биливердин В мезобилирубин Г билирубин	УК-1-3 ПК-1-10
163	ФРАКЦИЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ: А обтурационной желтухе Б паренхиматозном гепатите В синдроме Жильбера Г билиарном циррозе печени	УК-1-3 ПК-1-10
164	ФРАКЦИЯ КОНЬЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ: А внутripеченочном холестазае Б синдроме Жильбера В физиологической желтухе новорожденных Г гемолизе	УК-1-3 ПК-1-10
165	КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ПОСТУПАЕТ В: А желчевыводящие пути Б лимфатическую систему В слюну Г кровь	УК-1-3 ПК-1-10
166	ЖЕЛТУХУ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ ОТ ОБТУРАЦИОННОЙ НА ВЫСОТЕ БОЛЕЗНИ МОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ: А фракций билирубина Б сывороточного железа В аминотрансфераз Г активности кислой фосфатазы	УК-1-3 ПК-1-10
167	ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ: А калликреина Б ЛДГ	УК-1-3 ПК-1-10

В	трипсина	
Г	тропонинов	
168	ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИИ: А белка ST2 Б липазы В амилазы Г АЛТ	СЕРДЕЧНОЙ ОСНОВАНА НА
		УК-1-3 ПК-1-10
169	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ: А инфаркта миокарда Б гепатита В анемии Г порфирии	МИОГЛОБИНА
		УК-1-3 ПК-1-10
170	НЕДОСТАТОК МАГНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: А депрессивным состоянием, возникновением судорог Б гипотериозом В анемией Г рахитом	
		УК-1-3 ПК-1-10
171	ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ АКТИВНОСТИ: А амилазы Б АЛТ, АСТ, $\gamma$ -ГТП В эластазы Г креатинкиназы	
		УК-1-3 ПК-1-10
172	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ: А комплекс амилаза-липаза-трипсин Б креатинкиназа В ЛДГ Г щелочная фосфатаза	
		УК-1-3 ПК-1-10
173	СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ: А по расчетным формулам, с использованием креатинина Б по уровню АЛТ В по уровню триглицеридов Г по уровню гликированного гемоглобина	
		УК-1-3 ПК-1-10
174	ГОРМОНЫ МОГУТ БЫТЬ: А белками, стероидами, гликопротеинами Б липидами В аминокислотами Г жирными кислотами	
		УК-1-3 ПК-1-10
175	ГОРМОНЫ ОКАЗЫВАЮТ ПРЯМОЕ ДЕЙСТВИЕ НА:	ГИПОТАЛАМУСА
		УК-1-3 ПК-1-10

А	надпочечники	
Б	поджелудочную железу	
В	щитовидную железу	
Г	гипофиз	
176	МЕСТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	гастрин	
Б	инсулин	
В	альдостерон	
Г	вазопрессин	
177	АДРЕНАЛИН УСИЛИВАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	сокращение сердечной мышцы	
Б	липогенез	
В	падение артериального давления	
Г	гликонеогенез	
178	ПАРАТГОРМОН ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА:	УК-1-3 ПК-1-10
А	кости и почки	
Б	надпочечники	
В	поджелудочную железу	
Г	печень	
179	ПОВЫШЕНИЕ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНЫ В СЫВОРОТКЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	порфирии	
Б	хронической почечной недостаточности	
В	гигантизме	
Г	алкоголизме	
180	В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОЦЕССИНГА ИНСУЛИНА В КРОВЬ ПОСТУПАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	инсулин и С-пептид	
Б	проинсулин и С-пептид	
В	инсулин и проинсулин	
Г	пепсин	
181	К ГОРМОНУ, СПЕЦИФИЧЕСКИ РЕГУЛИРУЮЩЕМУ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ОБМЕН ОРГАНИЗМА, ОТНОСИТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	альдостерон	
Б	ингибин	
В	глюкагон	
Г	кортизол	
182	В ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕ ГИПОФИЗА ОБРАЗУЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	АКТГ	
Б	адреналин	
В	тироксин	
Г	вазопрессин	
183	ПРИ ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИИ СОМАТОТРОПИНА РАЗВИВАЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	синдром Иценко-Кушинга	
Б	акромегалия	
В	нанизм	
Г	Базедова болезнь	

184	В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОБРАЗУЕТСЯ: А трийодтиронин, тироксин Б тиреолиберин В тропонин Г тирозин	УК-1-3 ПК-1-10
185	ПАРАТГОРМОН ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ОБМЕН КАЛЬЦИЯ В: А костной ткани и почках Б надпочечниках В поджелудочной железе Г печени	УК-1-3 ПК-1-10
186	В КРОВИ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ: А болезни Иценко-Кушинга Б феохромоцитоме В болезни Аддисона Г длительном приеме цитостатических средств	УК-1-3 ПК-1-10
187	ДЛЯ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМАНА (ЛГ) ХАРАКТЕРНО: А повышается при тяжелом стрессе Б активирует в яичниках синтез эстрогенов В Концентрация в крови не меняется перед овуляцией Г в случае нерегулярных овуляционных циклов исследуют однократно	УК-1-3 ПК-1-10
188	ОБЩИЙ ТИРОКСИН ПОВЫШЕН ПРИ: А гипертиреозе Б миксидеме В акромегалии Г значительном дефиците йода	УК-1-3 ПК-1-10

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

111.	Б	131.	В	151.	Г	171.	Б
112.	А	132.	Б	152.	Б	172.	А
113.	А	133.	А	153.	В	173.	А
114.	А	134.	А	154.	А	174.	А
115.	А	135.	А	155.	А	175.	Г
116.	А	136.	А	156.	А	176.	А
117.	В	137.	А	157.	А	177.	А
118.	А	138.	Г	158.	А	178.	А
119.	А	139.	Г	159.	Б	179.	В
120.	А	140.	А	160.	А	180.	А
121.	А	141.	А	161.	А	181.	А
122.	А	142.	А	162.	А	182.	А
123.	Г	143.	А	163.	В	183.	Б
124.	А	144.	А	164.	А	184.	А
125.	А	145.	Б	165.	А	185.	А
126.	А	146.	Б	166.	А	186.	А
127.	Г	147.	А	167.	Г	187.	Б
128.	А	148.	А	168.	А	188.	А
129.	А	149.	А	169.	А		
130.	А	150.	А	170.	А		

**Раздел «Лабораторные исследования системы гемостаза»**

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
<p>189 СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А гормоны</p> <p>Б плазменные факторы, антикоагулянты, клетки крови</p> <p>В липопротеины</p> <p>Г иммуноглобулины</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>190 ИНИЦИАТОРОМ НАЧАЛА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А фактор XII</p> <p>Б фактор X</p> <p>В прекалликреин</p> <p>Г фактор I</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>191 В ПРОТРОМБИНООБРАЗОВАНИИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ ОСВОБОЖДАЮЩИЙСЯ ИЗ ТРОМБОЦИТОВ:</p> <p>А фактор 3</p> <p>Б фактор 4</p> <p>В актомиозин</p> <p>Г тромбосан</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>192 ИНДУКТОРОМ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А АДФ</p> <p>Б АМФ</p> <p>В аспирин</p> <p>Г мочевины</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>193 ВИТАМИН «К» ВЛИЯЕТ НА СИНТЕЗ:</p> <p>А протромбина</p> <p>Б Фибриногена</p> <p>В фактора III</p> <p>Г фактора XII</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>194 ВНЕШНИЙ МЕХАНИЗМ ГЕМОСТАЗА ВКЛЮЧАЕТ АКТИВАЦИЮ:</p> <p>А фактора VII</p> <p>Б фактора VIII</p> <p>В фактора IX</p> <p>Г фактора XII</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>195 ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБИНА ПРОИСХОДИТ ПУТЕМ ПРОТЕОЛИЗА II ФАКТОРА:</p> <p>А фактором VII</p> <p>Б фактором Xa</p> <p>В фактором Ixa</p> <p>Г фактором I</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>196 ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОМУ</p>	<p>УК-1-3</p>

<p>ГЕМОСТАЗУ ПРИНАДЛЕЖИТ ФУНКЦИЯ:</p> <p>А гидролиза  Б протеолиза  В адгезивно-агрегационная  Г лизиса эуглобулинов</p>	<p>ПК-1-10</p>
<p>197 В ТРОМБОЦИТАХ СИНТЕЗИРУЕТСЯ:</p> <p>А тромбосан  Б простациклин  В протеин «С»  Г фактор VII</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>198 АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А антитромбин III  Б фактор III  В плазминоген  Г стрептокиназа</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>199 ПРОДУКТЫ ДЕГРАДАЦИИ ФИБРИНА ВЫЗЫВАЮТ:</p> <p>А активацию фактора XII  Б синтез фактора III  В протеолиз  Г блокаду образования фибрина</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>200 ТРОМБИНООБРАЗОВАНИЮ ПРЕПЯТСТВУЮТ:</p> <p>А антикоагулянты  Б кининоген высокой молекулярной массы  В фактор Виллибранда  Г ионы кальция</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>201 ПРОТРОМБИНООБРАЗОВАНИЕ ПО ВНУТРЕННЕМУ ПУТИ СЛЕДУЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ:</p> <p>А активированным частичным тромбопластиновым временем  Б определением фибриногена  В агрегацией тромбоцитов  Г протромбиновым временем</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>202 АКТИВИРОВАННОЕ ЧАСТИЧНОЕ ТРОМБОПЛАСТИНОВОЕ ВРЕМЯ (АЧТВ) ОТРАЖАЕТ:</p> <p>А внутренний путь активации протромбиназы  Б состояние антикоагулянтного звена  В фибринолитическую активность  Г реологические свойства крови</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>203 АКТИВАТОРОМ ФАКТОРА ХАГЕМАНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А силикон  Б каолин  В стекло  Г грубодисперсный коллаген</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>

<p>204 АКТИВАЦИЯ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРОИСХОДИТ НА:</p> <p>А факторе 3 тромбоцитов (фосфолипиде)</p> <p>Б факторе V</p> <p>В факторе VIII</p> <p>Г факторе IX</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>205 ТРОМБИНООБРАЗОВАНИЮ ПРЕПЯТСТВУЮТ:</p> <p>А калликреин</p> <p>Б ионы кальция</p> <p>В фибриноген</p> <p>Г антикоагулянты</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>206 К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ, ПРОТЕКАЮЩЕМУ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ, ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А болезнь Виллебранда</p> <p>Б атеросклероз</p> <p>В облитерирующий эндартериит</p> <p>Г злокачественные новообразования</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>207 ДЛЯ ПРЕДТРОМБОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А повышение агрегации и адгезии тромбоцитов</p> <p>Б повышение фибринолитической активности</p> <p>В гипофибриногенемия</p> <p>Г гипокоагуляция</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>208 ЕДИНСТВЕННЫМ КОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А антитромбин</p> <p>Б стрептокиназа</p> <p>В плазминоген</p> <p>Г АДФ</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>209 АНТИКОАГУЛЯНТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:</p> <p>А коллаген</p> <p>Б тромбин</p> <p>В протеин С</p> <p>Г аскорбиновая кислота</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>210 В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ СИНТЕЗИРУЕТСЯ:</p> <p>А витамин К</p> <p>Б тромбоксан</p> <p>В простациклин</p> <p>Г тромбин</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>211 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕИНА С:</p> <p>А выявление риска тромбозов</p> <p>Б контроль гепаринотерапии</p> <p>В оценка фибринолиза</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>

Г	оценка активации протромбиназы	
212	ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ ДВС-СИНДРОМА: А фибриноген снижается Б АЧТВ укорачивается В тромбиновое время укорачивается Г продукты деградации фибрина не обнаруживаются	УК-1-3 ПК-1-10
213	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДВС-СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ: А продуктов деградации фибрина Б тромбинового времени В протромбинового времени Г фибриногена	УК-1-3 ПК-1-10

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

189.	Б	199.	Г	209.	В
190.	В	200.	А	210.	В
191.	А	201.	А	211.	А
192.	А	202.	А	212.	А
193.	А	203.	А	213.	А
194.	А	204.	А		
195.	Б	205.	Г		
196.	В	206.	А		
197.	А	207.	А		
198.	А	208.	А		

### Раздел «Общеклинические исследования»

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
214 ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ: А цилиндрический мерцательный эпителий Б эластические волокна В спирали Куршмана Г кристаллы гематоидина	УК-1-3 ПК-1-10
215 ДЛЯ МОКРОТЫ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ: А частицы некротической ткани Б обызвествленные эластические волокна В Цилиндрический эпителий Г кристаллы Шарко-Лейдена	УК-1-3 ПК-1-10
216 ПРИ БРОНХОПНЕВМОНИЯХ В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ: А спирали Куршмана	УК-1-3 ПК-1-10



<p>Б альвеолярные макрофаги с жировой инфильтрацией</p> <p>В коралловидные эластические волокна</p> <p>Г эозинофилы</p>	
<p>217 БЛЕДНАЯ ОКРАСКА ЖЕЛЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А дуодените</p> <p>Б инфекционном гепатите</p> <p>В холецистите</p> <p>Г панкреатите</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>218 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:</p> <p>А бронхиальной астмы</p> <p>Б рака</p> <p>В туберкулеза</p> <p>Г бронхоэктатической болезни</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>219 ПРИ АКТИНОМИКОЗЕ ЛЕГКИХ В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ:</p> <p>А друзы актиномицетов</p> <p>Б обызвествленные эластические волокна</p> <p>В казеозный некроз (детрит)</p> <p>Г кристаллы гематоидина</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>220 КИСЛУЮ РЕАКЦИЮ КАЛА ОБУСЛОВЛИВАЕТ:</p> <p>А Нарушение расщепления углеводов</p> <p>Б колит</p> <p>В преобладание жиров</p> <p>Г преобладание белков</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>221 КОРАЛЛОВИДНЫЕ ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА ОБНАРУЖИВАЮТ В МОКРОТЕ ПРИ:</p> <p>А актиномикозе</p> <p>Б бронхопневмонии</p> <p>В раке</p> <p>Г кавернозном туберкулезе</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>222 ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А голодании</p> <p>Б алкоголизме</p> <p>В гипотериозе</p> <p>Г жирной пище</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>223 В МОКРОТЕ ПРИ БРОНХИТАХ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:</p> <p>А цилиндрический мерцательный эпителий</p> <p>Б эозинофилы</p> <p>В коралловидные эластические волокна</p> <p>Г некротические клочки с угольным пигментом</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>224 РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН В КАЛЕ БЫВАЕТ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИ:</p> <p>А окклюзии Фатерова соска камнем или</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

<p>опухолью</p> <p>Б панкреатите</p> <p>В колите</p> <p>Г дуодените</p>	
<p>225 КРИСТАЛЛЫ ХОЛЕСТЕРИНА В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ:</p> <p>А распаде первичного туберкулезного очага</p> <p>Б крупозной пневмонии</p> <p>В бронхиальной астме</p> <p>Г бронхите</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>226 В МОКРОТЕ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:</p> <p>А группы цилиндрического мерцательного эпителия</p> <p>Б пробки Дитриха</p> <p>В казеозный некроз</p> <p>Г обызвествленные эластические волокна</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>227 КРИСТАЛЛЫ ГЕМАТОИДИНА В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ:</p> <p>А гангрене легкого</p> <p>Б бронхопневмонии</p> <p>В бронхите</p> <p>Г бронхиальной астме</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>228 ПРИ ГИСТОПЛАЗМОЗЕ ЛЕГКИХ В МОКРОТЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:</p> <p>А широкий септированный мицелий</p> <p>Б расположенные внутриклеточно грамположительные овальные или круглые, почкующиеся клетки с неокрашенной зоной вокруг них</p> <p>В псевдомицелий</p> <p>Г цепочки из крупных спор</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>229 К ПНЕВМОМИКОЗАМ МОЖНО ОТНЕСТИ:</p> <p>А кандидомикоз</p> <p>Б фавус</p> <p>В эпидермофитию</p> <p>Г рубромикоз</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>230 РЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>А нарушением фильтрации реабсорбции белков</p> <p>Б диспротеинемией</p> <p>В почечными камнями</p> <p>Г нарушением кислотно-основного состояния</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>231 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В МОКРОТЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ, КРОМЕ:</p> <p>А бронхит</p> <p>Б абсцедирующая крупозная пневмония</p> <p>В актиномикоз</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

Г	злокачественные новообразования	
232	К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	эритроциты	
Б	цилиндры	
В	кристаллы	
Г	лейкоциты	
233	ОБЩАЯ КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	свободной соляной кислоты, связанной соляной кислоты и кислотного остатка	
Б	свободной и связанной соляной кислоты	
В	свободной соляной кислоты и кислотного остатка	
Г	свободной соляной кислоты	
234	КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА СВЯЗАНА С:	УК-1-3 ПК-1-10
А	кардиальным отделом желудка	
Б	фундальным отделом желудка	
В	пилорическим отделом желудка	
Г	всеми перечисленными отделами желудка	
235	ФЕРМЕНТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	главными клетками	
Б	обкладочными клетками	
В	добавочными клетками	
Г	поверхностным эпителием	
236	ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ ЦИЛИНДРЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	почечной эритроцитурии	
Б	камне в мочеточнике	
В	Камне в мочевом пузыре	
Г	кровотечении	
237	ЖИРОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	липоидном нефрозе	
Б	почечном кровотечении	
В	амелоидозе	
Г	пиелонефрите	
238	ТЕРМИН «АХИЛИЯ» ОЗНАЧАЕТ ОТСУТСТВИЕ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	свободной, связанной соляной кислоты и пепсина	
Б	свободной и связанной соляной кислоты	
В	свободной соляной кислоты	
Г	пепсина	
239	РЕАКЦИЯ СЛЮНЫ В НОРМЕ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	РН 7,5-8,0	
Б	РН 1,6-5,4	

В	pH 5,5-7,4	
Г	pH 0,8-1,5	
240	СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ВЫДЕЛЯЮТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	липазу	
Б	энтерокиназу	
В	амилазу	
Г	мальтазу	
241	КИСЛОТОПРОДУЦЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	обкладочные клетки слизистой оболочки желудка	
Б	главные клетки слизистой оболочки желудка	
В	поверхностный эпителий оболочки желудка	
Г	добавочные клетки слизистой оболочки желудка	
242	СЛИЗЬ ПРОДУЦИРУЮТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	покровный эпителий слизистой оболочки желудка	
Б	обкладочные клетки слизистой оболочки желудка	
В	главные клетки слизистой оболочки желудка	
Г	аргентофильные клетки слизистой оболочки желудка	
243	МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	раке желудка	
Б	гепатите	
В	гастрите	
Г	язвенной болезни	
244	ОСНОВНАЯ РОЛЬ ГАСТРИНА :	УК-1-3 ПК-1-10
А	стимуляции секреции желудочного сока	
Б	превращении в желудке пепсиногена в пепсин	
В	активации ферментов поджелудочной железы	
Г	стимуляции секреции поджелудочной железы	
245	ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ НА:	УК-1-3 ПК-1-10
А	обтурационную желтуху	
Б	болезнь Жильбера	
В	гемолитическую желтуху	
Г	дизбактериоз	
246	ВЫДЕЛЕНИЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ЛИТРОВ МОЧИ В СУТКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	цистит	
Б	пиелонефрит	
В	несахарный диабет	
Г	гломерулонефрит	
247	В ПРОЦЕССЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ СЕКРЕТИН СТИМУЛИРУЕТ СЕКРЕЦИЮ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	сока поджелудочной железы	

Б В Г	желчи желудочного сока кишечного сока	
248	ТРИПСИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ: А панкреатита Б инфаркта В гепатита Г аппендицита	УК-1-3 ПК-1-10
249	ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРОИСХОДИТ: А уменьшение или полное прекращение выделения мочи Б преобладание ночного диуреза В частое мочеиспускание Г увеличение суточного диуреза	УК-1-3 ПК-1-10
250	В МОЧЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ: А переходный эпителий Б глюкозурия В гематурия Г соли мочевой кислоты	УК-1-3 ПК-1-10
251	ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: А хронического гипертрофического гастрита Б язвенной болезни В полипоза желудка Г рака желудка	УК-1-3 ПК-1-10
252	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: А хронического атрофического гастрита Б раздраженного желудка В хронического поверхностного гастрита Г рубцово-язвенного сужения привратника	УК-1-3 ПК-1-10
253	ЦИЛИНДРУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: А нефрите, нефрозе Б гепатите В цистите Г сахарном диабете	УК-1-3 ПК-1-10
254	БЛЕДНАЯ ОКРАСКА ЖЕЛЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: А инфекционный гепатит Б почечная недостаточность В нефрит Г простатит	УК-1-3 ПК-1-10
255	МНОГО ПОЧЕЧНОГО ЭПИТЕЛИЯ В ОСАДКЕ МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: А пиелонефрите	УК-1-3 ПК-1-10

Б	цистите	
В	уретрите	
Г	простатите	
256	СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО КАЛА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	смешанном питании	
Б	белковой пище	
В	жировой пище	
Г	углеводной пище	
257	ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ В ОСАДКЕ МОЧИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	почечного эпителия	
Б	эритроцитов	
В	лейкоцитов	
Г	плоского эпителия	
258	НОРМАЛЬНУЮ ОКРАСКУ КАЛОВЫХ МАСС ОПРЕДЕЛЯЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	стеркобилин	
Б	белковая пища	
В	жиры	
Г	углеводная пища	
259	ЧЕРНУЮ ОКРАСКУ КАЛА ОБУСЛОВЛИВАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	прием карболена	
Б	билирубин	
В	кровотечение из прямой кишки	
Г	стеркобилин	
260	НОРМАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ РЕАКЦИЯ КАЛА:	УК-1-3 ПК-1-10
А	нейтральная или слабощелочная	
Б	щелочная	
В	резкощелочная	
Г	кислая	
261	НОРМАЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ КАЛОВЫХ МАСС ОБУСЛОВЛИВАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	жизнедеятельность нормальной бактериальной флоры	
Б	жиры	
В	углеводы	
Г	белковая пища	
262	КИСЛУЮ РЕАКЦИЮ КАЛА ОБУСЛОВЛИВАЕТ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	нарушение расщепления углеводов	
Б	колит	
В	быстрая эвакуация пищи по кишечнику	
Г	преобладание белковой пищи	
263	РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН В КАЛЕ БЫВАЕТ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	бродильном колите	

Б	дуодените раке фатерова соска	
В	дуодените	
Г	остром панкреатите	
264	БЕЛОК В КАЛОВЫХ МАССАХ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА:	УК-1-3 ПК-1-10
А	отсутствует	
Б	присутствует	
В	реакция слабо положительная	
Г	реакция резко положительная	
265	ДЛЯ БРОДИЛЬНОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРЕН:	УК-1-3 ПК-1-10
А	жидкий, пенистый стул	
Б	мазевидный стул	
В	кашицеобразный стул	
Г	оформленный стул	
266	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	нефропатии	
Б	перегрев, переохлаждение, стресс	
В	парапротеинемии	
Г	пиелонефрите	
267	РАННИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	микроальбуминурия	
Б	глюкозурия	
В	гипертония	
Г	поражение ЦНС	
267	БИЛИРУБИН В КАЛЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	дисбактериозе	
Б	дуодените	
В	панкреатите	
Г	хроническом энтерите	
268	ТЕМНО-БУРЫЙ ЦВЕТ ЛИКВОРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	обильных кровоизлияний	
Б	желтух	
В	энцефалитов	
Г	менингитов	
269	РЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	нарушением фильтрации и реабсорбции белков	
Б	диспротеинемией	
В	попаданием экссудата при воспалении мочеточников	
Г	почечными камнями	

<p>270 ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>А попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей</p> <p>Б фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр</p> <p>В нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах</p> <p>Г прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>271 ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ БЕЛКА В ЛИКВОРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А экссудация при воспалении менингеальных оболочек</p> <p>Б аутоиммунная нейропатия</p> <p>В опухоль мозга</p> <p>Г менингит</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>272 УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ЛИКВОРЕ СНИЖАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>А опухоли мозга</p> <p>Б инсультах</p> <p>В травмах мозга</p> <p>Г менингитах</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>273 К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ЛИКВОРА ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А подсчет ликворной формулы</p> <p>Б подсчет эритроцитов</p> <p>В определение натрия и калия</p> <p>Г измерение объема ликвора</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>274 НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ МОЧИ ПО МЕТОДУ НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО:</p> <p>А 2 тыс.</p> <p>Б 1 тыс.</p> <p>В 4 тыс.</p> <p>Г 8 тыс.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>275 К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ТОЛЬКО ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А цилиндры</p> <p>Б лейкоциты</p> <p>В эритроциты</p> <p>Г плоский эпителий</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>276 ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <p>А снижение фильтрации</p> <p>Б нарушение концентрационной способности почек</p> <p>В нарушение реабсорбции</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>



Г	нарушение секреции	
277	ПОЯВЛЕНИЕ УРОБИЛИНА В МОЧЕ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О: А поражение желчного пузыря Б закупорке желчных путей В восстановлении проходимости желчных путей Г восстановлении функции печени	УК-1-3 ПК-1-10
278	ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОРЕЮ НЕ ПОДЛЕЖИТ КОНТИНГЕНТ: А женщины, страдающие псориазом Б женщины, страдающие первичным бесплодием В женщины, страдающие вторичным бесплодием Г беременные	УК-1-3 ПК-1-10
279	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ГЕРПЕСА БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А реакция связывания комплемента с антителами против антигенов базальной мембраны кожи при иммунофлюоресцентном исследовании сыворотки крови беременной женщины Б антиядерные антитела В фактор Хазерика Г повышение уровня IgA	УК-1-3 ПК-1-10
280	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАРИОТИПА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НЕОБХОДИМО ПРИ: А при хромосомных болезнях с симптоматическими поражениями кожи или сопровождающихся половым инфантилизмом Б при мультифакториальных дерматозах В при моногенных дерматозах Г при врожденном сифилисе	УК-1-3 ПК-1-10
281	ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ: А воздушно-капельным путем Б трансфузионным путем В от заболевшей матери к плоду Г инъекционным путем	УК-1-3 ПК-1-10
282	РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА НЕ СПОСОБСТВУЕТ: А гипертоническая болезнь Б длительное лечение антибиотиками В потливость, мацерация кожи Г иммунодефицит	УК-1-3 ПК-1-10
283	ПЛЕСНЕВЫЕ ГРИБЫ НЕ ПОРАЖАЮТ: А волосы Б слизистые В ногти Г внутренние органы	УК-1-3 ПК-1-10
284	ПРИ ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ В ВОЛОСАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ:	УК-1-3 ПК-1-10

<p>А цепочки спор снаружи волоса</p> <p>Б цепочки спор внутри волоса</p> <p>В цепочки спор и пузырьки воздуха внутри волоса</p> <p>Г беспорядочное расположение спор</p>	
<p>285 ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МИКОЗОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД:</p> <p>А культуральной диагностики</p> <p>Б мазков-отпечатков с очагов поражения</p> <p>В микроскопии пораженных волос и чешуек кожи</p> <p>Г гистологического исследования</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>286 ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ НЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ:</p> <p>А жгутиков</p> <p>Б чехла</p> <p>В фибрилл</p> <p>Г цитоплазматической мембраны</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>287 ЧИСЛО ЗАВИТКОВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А 8 - 12</p> <p>Б 6 - 8</p> <p>В 2 - 4</p> <p>Г 12- 14</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>288 НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А реакция иммунофлюоресценции</p> <p>Б реакция Колмера</p> <p>В реакция Вассермана</p> <p>Г реакция иммобилизации бледным трепонем РИБТ</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>289 ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО СЕРОПОЗИТИВНОГО СИФИЛИСА НЕОБХОДИМЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАКЦИИ:</p> <p>А иммунофлюоресценции</p> <p>Б Вассермана</p> <p>В Колмера</p> <p>Г микропреципитации</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>290 ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ:</p> <p>А эозинофилии</p> <p>Б лейкопении</p> <p>В тромбоцитопении</p> <p>Г гипохромной анемии</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>291 ДЛИНА БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ:</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

<p>А 4 -14 мкм  Б 1 - 2 мкм  В 20 - 25 мкм  Г 30 - 33 мкм</p>	
<p>292 У БОЛЬНОГО ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ – СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ. СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СЛАБОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВАЖНА РЕАКЦИЯ:</p> <p>А иммобилизации бледных трепонем  Б иммунофлуоресценции  В Колмера  Г микропреципитации</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>293 РЕАКЦИЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ:</p> <p>А подтверждения диагноза сифилиса первичного  Б подтверждения диагноза сифилиса скрытого  В расхождения результатов РСК и РИФ  Г решения вопроса о снятии больного с учета</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>294 ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ К:</p> <p>А парным коккам грам-отрицательным  Б парным коккам грам-положительным  В парным коккам грам-вариабельным  Г коккобациллам грам-отрицательным</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>295 ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ НЕ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ПРИЗНАКЕ:</p> <p>А грам-положительности  Б грам-отрицательности  В парности кокков  Г внутриклеточного расположения</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>296 В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ:</p> <p>А галактозу  Б глюкозу  В лактозу  Г сахарозу</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>297 НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ:</p> <p>А однослойным цилиндрическим эпителием  Б многослойным плоским ороговевающим эпителием  В переходным эпителием  Г многослойным плоским неороговевающим эпителием</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>298 СВЕЖИЙ ОСТРЫЙ ПЕРЕДНИЙ УРЕТРИТ</p>	<p>УК-1-3</p>

<p>ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:</p> <p>А наличия гнойных нитей в 1 и 2 порциях мочи</p> <p>Б болезненности при мочеиспускании</p> <p>В гиперемии губок наружного отверстия уретры</p> <p>Г обильных гнойных выделений</p>	<p>ПК-1-10</p>
<p>299 ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ЗАБОРА СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А острый орхоэпидидимит</p> <p>Б подострый уретрит</p> <p>В торпидный уретрит</p> <p>Г острый простатит</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>300 БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ОРХОЭПИДИДИМИТОМ НЕ ПРОВОДЯТ ИССЛЕДОВАНИЕ:</p> <p>А секрет простаты</p> <p>Б отделяемое уретры на наличие других патогенных возбудителей</p> <p>В клинический анализа мочи</p> <p>Г клинический анализа крови</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>301 ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ГОНОРЕЮ ЖЕНЩИН ВЗЯТИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ:</p> <p>А заднего свода влагалища</p> <p>Б парауретральных и барктолиновых желез</p> <p>В прямой кишки</p> <p>Г уретры</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>302 ДЕВОЧКЕ 3 ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И МИКРОСКОПИИ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ, ПОСТАВЛЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ – ОСТРЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:</p> <p>А определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве</p> <p>Б бактериологическое исследование мазков, окрашенных по Граму</p> <p>В бактериологическое исследование с определением сахаролитических свойств чистой культуры и микроскопией мазков, окрашенных по Граму</p> <p>Г обследование родителей на гонорею</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>303 С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН НЕ ИССЛЕДУЮТ:</p> <p>А нити в промывных водах прямой кишки</p> <p>Б секрет простаты</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>

В нити в моче Г отделяемое уретры	
304 С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ИССЛЕДУЮТ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ: А уретры и цервикального канала Б уретры и заднего свода влагалища В цервикального канала и прямой кишки Г уретры, цервикального канала и прямой кишки	УК-1-3 ПК-1-10
305 С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЮТ А соскоб слизистой оболочки уретры, секрет простаты Б соскоб слизистой оболочки прямой кишки В соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки Г секрет простаты	УК-1-3 ПК-1-10
306 ДИАГНОЗ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН ИССЛЕДОВАНИЕМ: А изоляция возбудителя на клетках Мак-Коя Б микроскопия мазков, окрашенных по Романовскому-Гимза В микроскопия мазков, окрашенных по Граму Г микроскопия нативного препарата	УК-1-3 ПК-1-10
307 ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ЭТО: А грам-положительные бациллярные формы микроорганизмов Б грам-отрицательные коккобациллы В грам-положительные кокковые формы микроорганизмов Г грам-вариабельные коккобациллы	УК-1-3 ПК-1-10
308 ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: А факультативный анаэроб Б факультативный аэроб В облигатный анаэроб Г облигатный аэроб	УК-1-3 ПК-1-10
309 КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ: А в термостате при повышенной концентрации CO <sub>2</sub> и в анаэроостате одновременно Б в термостате при повышенной концентрации CO <sub>2</sub> В в анаэроостате Г изоляцией на клетках Мак-Коя	УК-1-3 ПК-1-10

<p>310 К ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А изоляция возбудителя на клетках Мак-Коя</p> <p>Б микробиологическое исследование</p> <p>В реакция иммунофлюоресценции, газо-жидкостная хроматография</p> <p>Г микроскопия мазков, окрашенных по Граму</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>311 К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А реакция иммунофлюоресценции</p> <p>Б окраска 0,5% водным бриллиантовым зеленым</p> <p>В микроскопия мазков, окрашенных по Граму</p> <p>Г исследование нативного препарата</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>312 ТЕРМИНОМ «КЛЮЧЕВАЯ КЛЕТКА» ОБОЗНАЧАЕТСЯ:</p> <p>А клетка эпителия, покрытая грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами</p> <p>Б клетка эпителия, покрытая грам-вариабельной упорядоченной палочковой флорой</p> <p>В клетка эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения</p> <p>Г клетка плоского эпителия, покрытая сплошь или частично грам-положительной палочковой флорой</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>313 У НОВОРОЖДЕННОГО, ИНФИЦИРОВАННОГО ХЛАМИДИЯМИ, ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А с паховой складки</p> <p>Б со слизистой оболочки носа</p> <p>В с наружного слухового прохода</p> <p>Г со слизистой оболочки задней стенки глотки</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>314 ИДЕНТИФИКАЦИЯ УРЕАПЛАЗМЫ НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ МЕТОДОМ:</p> <p>А микроскопии окрашенных мазков по Папаниколау</p> <p>Б прямого теста на уреазу с индикатором сульфата марганца</p> <p>В прямого посева на плотную питательную среду, содержащую сульфат марганца</p> <p>Г теста на уреазу в жидкой питательной среде с последующим культивированием на плотные питательные среды</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>315 ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ИФА IGM, ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДРУГИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ И ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИФИЛИСА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ:</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>

<p>А положительные результаты анализа</p> <p>Б первичный сифилис</p> <p>В вторичный сифилис</p> <p>Г ранний сифилис</p>	
<p>316 ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАПИЛЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А вирус папилломы человека</p> <p>Б цитомегаловирус</p> <p>В аденовирус</p> <p>Г вирус простого герпеса</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>317 «КЛЮЧЕВАЯ КЛЕТКА» ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА – ЭТО:</p> <p>А клетка поверхностного слоя плоского эпителия с адгезированной на ее поверхности коккобациллярной грамвариабельной микрофлорой</p> <p>Б лейкоцит с фагоцитированными микроорганизмами</p> <p>В споровая форма микроорганизма</p> <p>Г клетка эпителия с внутриплазматическими включениями</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>318 ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ КЛЕТКИ ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ:</p> <p>А нейтрофилы</p> <p>Б лимфоциты</p> <p>В эпителиальные клетки</p> <p>Г плазматические клетки</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>319 АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО РЕАКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ:</p> <p>А преобладают дистрофические, некротические и некробиотические процессы</p> <p>Б в очаг воспаления мигрирует много эозинофилов</p> <p>В преобладают процессы эксфолиации</p> <p>Г в очаг воспаления мигрирует много нейтрофилов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>320 ПРОДУКТИВНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ВОСПАЛЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ:</p> <p>А эритроциты</p> <p>Б продукты распада клеток пораженных тканей</p> <p>В некробиотические процессы</p> <p>Г процессы размножения</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>321 ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СИФИЛИСЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ ОБНАРУЖЕНИЯ:</p> <p>А элементов специфической гранулемы</p> <p>Б возбудителя в окраске по Граму</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

В Г	многоядерных клеток элементов воспаления	
322	<p>ПОНЯТИЮ «МАКРОФАГ» ОТВЕЧАЕТ ХАРАКТЕРИСТИКА:</p> <p>А мононуклеарный фагоцит, способный захватывать и переваривать инородные частицы и микробы</p> <p>Б зернистые клетки крови, способные захватывать бактерии</p> <p>В зернистые клетки крови, ядро лапчатое, неопределенной формы</p> <p>Г клетки крови, способные захватывать лейкоциты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
323	<p>МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ФАГОЦИТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНОИДЫ КЛЕТКИ:</p> <p>А лизосомы</p> <p>Б митохондрии</p> <p>В рибосомы</p> <p>Г комплекс Гольджи</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
324	<p>ПРИ РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ МЕСТНЫХ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А освобождение биологически активных веществ (медиаторов)</p> <p>Б увеличение числа лейкоцитов</p> <p>В увеличение осмотического давления в очаге воспаления</p> <p>Г активация фагоцитоза</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
325	<p>АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ МАКРОФАГИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ:</p> <p>А клеток Купфера</p> <p>Б моноцитов</p> <p>В эпителия альвеол</p> <p>Г нейтрофилов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
326	<p>РАК РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ:</p> <p>А эпителиальной ткани</p> <p>Б мышечной ткани</p> <p>В соединительной ткани</p> <p>Г нервной ткани</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
327	<p>ДЛЯ КЛЕТОК ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А нарушение дифференцировки, полиморфизм</p> <p>Б дистрофия</p> <p>В вакуолизация</p> <p>Г гиперхромия ядер</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
328	<p>СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МЕЛКИХ БРОНХОВ В НОРМЕ ПРЕДСТАВЛЕНА:</p> <p>А однорядным кубическим эпителием</p> <p>Б многорядным цилиндрическим эпителием</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>



В Г	многослойным плоским эпителием переходным эпителием	
329	НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКИХ ПОЛУЧАЮТ ИССЛЕДУЯ: А материал трансторакальной пункции Б пунктат лимфатических узлов В соскоб щеткой из бронха Г мокроту	УК-1-3 ПК-1-10
330	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: А плоскоклеточная метаплазия Б койлоцитоз, паракератоз, дискератоз, многоядерные клетки В койлоцитоз Г паракератоз	УК-1-3 ПК-1-10
331	ДЛЯ ГИПЕРКЕРАТОЗА ХАРАКТЕРНО ПРИСУТСТВИЕ В МАЗКАХ: А скопление из ороговевающих безъядерных клеток Б лейкоцитов В резервных клеток Г метаплазированных клеток	УК-1-3 ПК-1-10
332	ВЫБЕРИТЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АТИПИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ: А неправильная форма клеток и ядер с неравномерным распределением хроматина Б укрупнение ядер В дегенеративные изменения Г неправильная форма клеток	УК-1-3 ПК-1-10
333	ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ МЕТАПЛАЗИИ ОТ ГИПЕРПЛАЗИИ КЛЕТОК БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ: А увеличение количества клеточных элементов в препарате Б появление многоядерных клеток В появление соединительно-тканых элементов Г увеличение клеток с апоптозом	УК-1-3 ПК-1-10
334	МАТЕРИАЛ СЧИТАЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ, ЕСЛИ В МАЗКАХ ИЗ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИСУТСТВУЮТ: А клетки плоского, цилиндрического или метаплазированного эпителия Б клетки цилиндрического эпителия В клетки плоского эпителия Г лейкоциты	УК-1-3 ПК-1-10
335	ПОЯВЛЕНИЕ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НА ВЛАГАЛИЩНОЙ ПОРЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ЭТО: А эрозия Б атрофия В эктопия	УК-1-3 ПК-1-10

Г	гиперкератоз	
336	В ШЕЙКЕ МАТКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ: А плоскоклеточный рак Б слизистый рак В гемангиома Г аденокарцинома	УК-1-3 ПК-1-10
337	МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ: А С-клеток Б фолликулярный клеток В оксифильных клеток Г любых клеток	УК-1-3 ПК-1-10
338	ГРУППЫ РИСКА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: А наркопотребители внутривенные, работники коммерческого секса, больные гемофилией Б хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи В доноры крови и органов Г реципиенты крови и органов	УК-1-3 ПК-1-10
339	ЧТО ТАКОЕ «ВЕРТИКАЛЬНЫЙ» ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ? А от ВИЧ-инфицированной матери ребенку Б при половых контактах В при использовании общих средств гигиены Г при введении наркотиков у наркопотребителей	УК-1-3 ПК-1-10
340	ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: А изоляция всех ВИЧ-инфицированных в закрытых учреждениях Б мытье рук перед едой В использование презерватива при половых контактах, профилактика наркомании, здоровый образ жизни Г употребление алкоголя	УК-1-3 ПК-1-10
341	КАКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ КОНТАКТАХ? А использовать при манипуляциях перчатки, маску, защитные очки Б использовать "противочумный костюм" В перед началом манипуляции профилактически принимать противовирусные препараты Г принимать витамины	УК-1-3 ПК-1-10
342	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: А вирус Б риккетсия В бактерия Г кокк	УК-1-3 ПК-1-10

<p>343 САРКОМОЙ КАПОШИ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ СТРАДАЮТ ЛИЦА МУЖСКОГО ПОЛА В ВОЗРАСТЕ:</p> <p>А от 20 до 30 лет  Б от 2 до 10 лет  В до 2 лет  Г после 60 лет</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>344 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А 2 недели - 3 месяца  Б 12-36 часов  В 6 месяцев  Г от 3 до 5 лет</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>345 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ВИЧ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <p>А биологическая проба  Б аллергическая проба  В реакция агглютинации  Г ИФА, Вестерн-блот</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>346 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ:</p> <p>А иммунологический метод  Б бактериологический метод  В микроскопия в темном поле  Г фазово-контрастный метод</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>347 ИНФЕКЦИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ И-КЛЕТОЧНОГО ИМУНОДИФИЦИТА:</p> <p>А ВИЧ  Б скарлатина  В грипп  Г корь</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>348 КЛЕТКИ-МИШЕНИ ДЛЯ ВИЧ:</p> <p>А CD4+ лимфоциты  Б макрофаги  В эритроциты  Г тромбоциты</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>349 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ:</p> <p>А ИФА, ПЦР, иммуноблот  Б дыхательный тест  В хроматография  Г цитологический метод</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>350 ДЕТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПОДЛЕЖАТ ЛАБОРАТОРНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ В ТЕЧЕНИЕ:</p> <p>А 36 месяцев после рождения</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>

Б	6 месяцев после рождения	
В	12 месяцев после рождения	
Г	3 месяцев после рождения	
351	СКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ЦИРКУЛИРУЮТ МАТЕРИНСКИЕ АНТИТЕЛА К ВИЧ В КРОВИ ДЕТЕЙ: А до 15 месяцев Б до 24 месяцев В до 30 месяцев Г до 36 месяцев	УК-1-3 ПК-1-10
352	КОНТРОЛЬ ЗА АКТИВНОЙ АНТИЭРИТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: А определение уровня CD4 и РНК-ВИЧ в плазме Б по общему анализу крови В по определению специфического иммуноглобулина Е Г по показателям вирусной нагрузки	УК-1-3 ПК-1-10

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

214.	А	234.	Б	254.	А	274.	А	294.	А	314.	А	334.	А
215.	А	235.	А	255.	А	275.	А	295.	А	315.	А	335.	В
216.	А	236.	А	256.	Г	276.	А	296.	Б	316.	А	336.	А
217.	Б	237.	А	257.	В	277.	В	297.	А	317.	А	337.	А
218.	А	238.	А	258.	А	278.	А	298.	А	318.	А	338.	А
219.	А	239.	А	259.	А	279.	А	299.	А	319.	А	339.	А
220.	А	240.	В	260.	А	280.	А	300.	А	320.	Г	340.	В
221.	Г	241.	А	261.	А	281.	А	301.	А	321.	А	341.	А
222.	Б	242.	А	262.	А	282.	А	302.	В	322.	А	342.	А
223.	А	243.	А	263.	Б	283.	А	303.	А	323.	А	343.	Г
224.	А	244.	А	264.	А	284.	А	304.	А	324.	А	344.	А
225.	А	245.	А	265.	А	285.	Б	305.	А	325.	Б	345.	Г
226.	А	246.	В	266.	Б	286.	А	306.	А	326.	А	346.	А
227.	А	247.	А	267.	А	287.	А	307.	Г	327.	А	347.	А
228.	В	248.	А	268.	А	288.	А	308.	А	328.	А	348.	А
229.	А	249.	А	269.	А	289.	А	309.	А	329.	А	349.	А
230.	А	250.	В	270.	А	290.	Г	310.	А	330.	Б	350.	А
231.	А	251.	А	271.	А	291.	А	311.	А	331.	А	351.	А
232.	Б	252.	А	272.	Г	292.	А	312.	А	332.	А	352.	А
233.	А	253.	А	273.	А	293.	А	313.	Г	333.	А		

### Раздел «Лабораторные иммунологические исследования»

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
353 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОРГАН ЛИМФОИДНОЙ СИСТЕМЫ: А печень	УК-1-3 ПК-1-10

<p>Б тимус, костный мозг  В лимфатические узлы  Г селезенка</p>	
<p>354 Т-ЛИМФОЦИТЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИСХОДЯТ ИЗ:  А унипотентного предшественника Т-лимфоцитов костного мозга с последующим созреванием в тимусе  Б колониобразующей селезенки гранулоцитарно-макрофагального  В лимфоцитов лимфы  Г клеток селезенки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>355 ОСНОВНЫЕ СУБПОПУЛЯЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ:  А Т-помощники (хелперы), Т-цитотоксические (киллеры)  Б антиген-активированные Т-лимфоциты  В естественные киллеры  Г тимоциты</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>356 В-ЛИМФОЦИТЫ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДЯТ ИЗ:  А унипотентных предшественников В-лимфоцитов костного мозга  Б унипотентных предшественников В-лимфоцитов лимфатических узлов  В унипотентных предшественников В-лимфоцитов костного мозга с последующим созреванием в тимусе  Г мультипотентных стволовых клеток с последующим созреванием в селезенке</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>357 ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ:  А фибробластов  Б Т-лимфоцитов  В макрофагов  Г В-лимфоцитов</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>358 В ХОДЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КООПЕРАЦИЯ МЕЖДУ:  А макрофагами, Т- и В-лимфоцитами  Б макрофагами и В-лимфоцитами  В макрофагами, тимоцитами и В-лимфоцитами  Г макрофагами и Т-лимфоцитами</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>
<p>359 АНТИГЕН-ПРЕДСТАВЛЯЮЩАЯ КЛЕТКА – ЭТО:  А клетка, имеющая на своей мембране белки второго класса главного комплекса тканевой совместимости (МНС-11) HLA DR, DP, DQ  Б полиморфно-ядерный лейкоцит  В эозинофильный лейкоцит  Г нейрон</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-10</p>

<p>360 К КЛЕТКАМ-ЭФФЕКТОРАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ОТНОСЯТ:</p> <p>А нейтрофилы Б Т-лимфоциты В макрофаги Г НК-клетки</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>361 К ФАКТОРАМ ГУМОРАЛЬНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ОТНОСЯТ:</p> <p>А антитела Б интерфероны В белки острой фазы Г лизоцим</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>362 К ФАГОЦИТАМ ОТНОСЯТ:</p> <p>А нейтрофилы, макрофаги Б В-лимфоциты В естественные киллеры Г Т-лимфоциты</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>363 К ТКАНЕВЫМ МАКРОФАГАМ НЕ ОТНОСЯТ:</p> <p>А базофилы и тучные клетки Б Купферовские клетки В клетки Лангерганса Г альвеолярные макрофаги</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>364 В ОСТРОЙ ФАЗЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВОЗРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ:</p> <p>А В-лимфоцитов Б иммуноглобулинов В С-реактивного белка Г циркулирующих иммунных комплексов</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>365 К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ РЕАКЦИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А продукции антител Б активации системы комплемента В продукции интерферона Г активации НК-клеток</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>366 К КЛЕТОЧНЫМ ФАКТОРАМ АНТИГЕН- НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А плазматические клетки Б натуральные киллеры В нейтрофилы Г моноциты</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>
<p>367 ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ПРОДУЦИРУЮТСЯ:</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-10</p>

<p>А плазматическими клетками</p> <p>Б лимфоцитами</p> <p>В макрофагами</p> <p>Г лейкоцитами</p>	
<p>368 ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОТВЕТЕ СНАЧАЛА ОБРАЗУЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА:</p> <p>А IgD</p> <p>Б IgG, IgD</p> <p>В IgA T.IgE</p> <p>Г IgM</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>369 ИММУНОГЛОБУЛИНЫ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:</p> <p>А на поверхности Т-лимфоцитов</p> <p>Б в секреторных жидкостях организма</p> <p>В на поверхности В-лимфоцитов</p> <p>Г в плазме крови</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>370 МОЛУКУЛЫ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТОЯТ ИЗ:</p> <p>А двух пар идентичных Н- и L- цепей</p> <p>Б двух полипептидных тяжелых цепей-Н</p> <p>В двух полипептидных легких цепей - L</p> <p>Г в разных соотношениях пяти Н- и L- цепей</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>371 В СЕКРЕТАХ РАЗЛИЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И СЛИЗИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В НОРМЕ ПРЕОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ:</p> <p>А секреторные IgA</p> <p>Б IgD</p> <p>В IgM</p> <p>Г IgG</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>372 В КРОВИ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СОДЕРЖАТСЯ В УБЫВАЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:</p> <p>А IgG &gt; IgA &gt; IgM &gt; IgD &gt; IgE</p> <p>Б IgA &gt; IgG &gt; IgD &gt; IgM &gt; IgE</p> <p>В IgM &gt; IgG &gt; IgD &gt; IgA</p> <p>Г IgG &gt; IgA &gt; IgE &gt; IgM &gt; IgD</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>373 АНТИГЕНЫ КЛАНОВОГО КОМПЛЕКСА ТКАНЕВОЙ СОВМЕСТИМОСТИ (МНС) ЧЕЛОВЕКА ОБОЗНАЧАЮТСЯ:</p> <p>А H-2</p> <p>Б HLA</p> <p>В A,B,0</p> <p>Г Rh D-rh</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>374 ОСОБЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:</p> <p>А функционирует вне зависимости от наличия антигена</p> <p>Б формируется при контакте с антигеном</p> <p>В осуществляется только миелоидными клетками</p> <p>Г осуществляется клетками миелоидного и лимфоидного ряда</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>

<p>375 ОСОБЕННОСТЬ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА:</p> <p>А осуществляется лимфоидными клетками</p> <p>Б осуществляется миелоидными клетками</p> <p>В реализуется за счет иммуноглобулинов</p> <p>Г наследуется</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>376 В АДАПТИВНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ УЧАСТВУЮТ:</p> <p>А лимфоциты</p> <p>Б эритроциты</p> <p>В адипоциты</p> <p>Г тромбоциты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>377 ТИМОЦИТЫ СОЗРЕВАЮТ В ТИМУСЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ:</p> <p>А телец Гессаля</p> <p>Б полипотентных стволовых клеток</p> <p>В эпителиодных клеток</p> <p>Г макрофагов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>378 ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕГАТИВНОЙ СЕЛЕКЦИИ ТИМОЦИТОВ В ТИМУСЕ ПРОИСХОДИТ:</p> <p>А апоптоз аутореактивных Т-клеток</p> <p>Б трансформация тимоцитов в Т-клетки</p> <p>В формирование <math>\alpha</math>-цепи рецептора к цитокинам</p> <p>Г пролиферация тимоцитов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>379 К ФАКТОРАМ ГУМОРАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТ:</p> <p>А антитела</p> <p>Б интерфероны</p> <p>В белки острой фазы</p> <p>Г систему комплемента</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>380 ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ – ЭТО:</p> <p>А эндотелиоциты</p> <p>Б активированные макрофаги</p> <p>В кортикальные тимоциты</p> <p>Г антигенпредставляющие клетки миелоидного или лимфоидного происхождения</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>381 В ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ВОВЛЕКАЮТСЯ:</p> <p>А В-клетки</p> <p>Б CD8+ клетки</p> <p>В TOLL-рецепторы</p> <p>Г НК-клетки</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>
<p>382 ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:</p> <p>А туберкулез, силикоз, бруцеллез, саркоидоз</p> <p>Б отит, фарингит, ОРЗ</p> <p>В перикардит, плеврит</p> <p>Г нефрит, панкреатит, гепатит</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-10</p>



383	ЛИМФОЦИТЫ АКТИВИРУЮТСЯ АНТИГЕНОМ В: А лимфатических узлах Б кровеносном русле В костном мозге Г печени	УК-1-3 ПК-1-10
384	СПОСОБНЫ ПРЕЗЕНТИРОВАТЬ ЭКЗОГЕННЫЕ АНТИГЕНЫ: А макрофаг, дендритная клетка Б эозинофил, нейтрофил В тучная клетка, НК-клетка Г Т-лимфоцит	УК-1-3 ПК-1-10
385	Т-ХЕЛПЕРЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕН С ПОМОЩЬЮ РЕЦЕПТОРА: А TCR Б TCR-CD3 В TCR-CD4 и CD8 Г TCR-CD3 и CD4	УК-1-3 ПК-1-10
386	КИЛЛЕРНАЯ АКЦИЯ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ: А разрушением клетки-мишени Б кислородным взрывом В продукцией перфоринов Г продукцией иммуноглобулинов	УК-1-3 ПК-1-10
387	ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ: А Т-лимфоцитов Б В-лимфоцитов В макрофагов Г базофилов	УК-1-3 ПК-1-10
388	ПЛАЗМОТИЧЕСКУЮ КЛЕТКУ ОТЛИЧАЕТ ОТ В-ЛИМФОЦИТА: А способность при воздействии цитокинов переключать синтез IgM на Ig другого класса Б меньший размер В отсутствие Ig в цитоплазме клетки Г неразвитый цитоплазматический ретикулум	УК-1-3 ПК-1-10
389	ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ ПАМЯТЬ МОГУТ СОХРАНЯТЬ: А Т- и В-лимфоциты Б натуральные киллеры В нейтрофилы Г стромальные клетки костного мозга	УК-1-3 ПК-1-10
390	Т-КЛЕТОЧНЫЕ СУПЕРАНТИГЕНЫ ВЫЗЫВАЮТ: А поликлональную активацию Т-лимфоцитов Б олигаклональную активацию Th-лимфоцитов В сверхвысокую активацию Т-лимфоцитов антиген-специфических клонов	УК-1-3 ПК-1-10

Г	активацию В-клеток	
391	ГАПТЕНОМ НАЗЫВАЕТСЯ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	неполный антиген	
Б	конъюгированный антиген	
В	Т-клеточный рецептор	
Г	антиген, индуцирующий развитие толерантности	
392	АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕЦЕПТОРЫ ОТНОСЯТСЯ К СУПЕРСЕМЕЙСТВУ:	УК-1-3 ПК-1-10
А	TOLL-рецепторов	
Б	лектинов	
В	хемокинов	
Г	иммуноглобулинов	

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

353.	Б	373.	Б
354.	А	374.	А
355.	А	375.	А
356.	А	376.	А
357.	Г	377.	В
358.	А	378.	А
359.	А	379.	А
360.	Б	380.	Г
361.	А	381.	А
362.	А	382.	А
363.	А	383.	А
364.	В	384.	А
365.	А	385.	Г
366.	А	386.	А
367.	А	387.	Б
368.	Г	388.	А
369.	А	389.	А
370.	А	390.	А
371.	А	391.	А
372.	А	392.	Г

### Раздел «Клиническая лабораторная диагностика при неотложных состояниях»

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
393 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ВЫРАЖАЮТСЯ: А нарушением функции миокарда и появлением судорог Б обезвоживанием	УК-1-3 ПК-1-10

В Г	почечными повреждениями гликированием белков	
394	РОЛЬ БИКАРБОНАТНОЙ БУФЕРНОЙ СИСТЕМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В: А образовании в организме органических кислот Б замене сильных кислот слабыми В источнике ионов фосфора Г выведении из организма фосфатов	УК-1-3 ПК-1-10
395	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ: А стенозе привратника Б гриппе В диабете Г гипокалиемии	УК-1-3 ПК-1-10
396	РЕСПИРАТОРНЫЙ АЦИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: А гипервентиляции Б нефрите В дизентерии Г респираторном дистресс синдроме	УК-1-3 ПК-1-10
397	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: А потере калия организмом Б задержке органических кислот В задержке углекислоты Г образовании кетоновых тел	УК-1-3 ПК-1-10
398	РЕСПИРАТОРНЫЙ АЛКАЛОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: А обильной рвоте Б гипервентиляции легких В опухоли трахеи Г вливании содовых растворов	УК-1-3 ПК-1-10
399	ВЕЛИЧИНА ВЕ ПОКАЗЫВАЕТ: А концентрацию гемоглобиновой буферной Б концентрацию белковой буферной системы В сдвиг буферных оснований от должной величины системы Г общее количество буферных оснований крови	УК-1-3 ПК-1-10
400	ПОКАЗАТЕЛЬ НАСЫЩЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ – ЭТО: А напряжение кислорода, при котором весь гемоглобин находится в форме оксигемоглобина I Б объем связанного кислорода одним граммом гемоглобина В отношение физически растворенного кислорода к кислороду оксигемоглобина Г процентное отношение оксигемоглобина к общему содержанию гемоглобина	УК-1-3 ПК-1-10

## ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

393	А
394	Б
395	В
396	Г
397	А
398	Б
399	В
400	Г

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А	Проведение лабораторных исследований
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У пациента желтушность склер и кожных покровов, обесцвеченный кал и моча. В сыворотке крови билирубин повышен.
В	1	Какой вид желтухи?
Э		Обтурационная желтуха, при которой нарушена эвакуация желчи
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	Возможные причины?
Э		Желчекаменная болезнь, гельминтозы
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	Объясните причины повышения прямого конъюгированного билирубина?
Э		Билирубин в составе желчи не поступает в 12-перстную кишку, не превращается в стеркобилиноген.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	4	Что обнаруживается в моче при обтурационной желтухе?
Э		В моче обнаруживается билирубин. Он проходит через почечный фильтр и моча приобретает цвет пива
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Особенности преаналитического этапа при определении билирубина?

Э		Защита пробы от попадания Уф-лучей
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		002
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У ребенка 2 лет выявлена крайне низкая активность щелочной фосфатазы, постоянные незаживающие переломы, деформация скелета, судороги.
В	1	Какой диагноз?
Э		Гипофосфатезия
P2		Ответ правильный и обоснованный
P1		Недостаточно полный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	На какие лабораторные показатели необходимо обратить пристальное внимание?
Э		Резкое снижение щелочной фосфатазы, гиперкальциурия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие изменения наблюдаются в содержании микроэлементов?
Э		Гипоминерализация, гиперкальциемия, гиперфосфатемия, гиперкальциурия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Как отличить гипофосфатезию от рахита?
Э		При гипофосфатезии уровень щелочной фосфатазы снижен, при витамин Д дефицитном рахите повышен
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие дополнительные анализы рекомендованы?
Э		Уровень кальция и в крови и в моче, уровень фосфора и витамина Д в крови
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		003
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории

И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза
В	1	Основные функции тромбоцитов?
Э		Агрегация и адгезия
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	Какие эндотелиальные белки потенцируют агрегацию, а какие дезагрегируют клетки крови?
Э		Потенцируют – эндотелин, фибронектин; тормозит - простаглицлин
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	Основные индукторы агрегации?
Э		АДФ, ристомидин, коллаген, адреналин
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	4	Перечислите основные тромбоцитопатии?
Э		Болезнь Александра, Бернара-Сулье, тромбастения Гланцмана
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Перечислите повреждающие факторы эндотелия?
Э		Вирусы, метаболические нарушения, кальцинаты сосудов
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
Н		004
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Перечислите основные лабораторные маркеры ингибирования свертывания крови
В	1	Основные физиологические антикоагулянты?
Э		Антитромбин III, гепарин, протеин С и S, тромбомодулин
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	С какой целью исследуют активность антитромбина III?
Э		Для выяснения гепаринорезистентности пациента во время

		антикоагулянтной терапии
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какими тестами ведется мониторинг гепаринотерапии?
Э		Тромбиновое время: удлинение в 2-3 раза и АЧТВ – удлинение в 2-3 раза по сравнению с нормой
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Для исключения какой генетической мутации тромбофилии тестируют активность протеина С?
Э		Мутации Лейдена, резистентность к V фактору
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Назовите витамин К-зависимые антикоагулянты?
Э		Антитромбин III
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		005
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Пожилой мужчина госпитализирован с острой абдоминальной болью. Рентген показал прободение внутренних органов, обнаружен разрыв дивертикула сигмовидной кишки. Через трое суток после операции (с переливанием крови) состояние больного тяжелое, развилась гипотензия, желтуха. Лабораторные данные: билирубин 89 мкмоль/л, АСТ 150 Ед/л, АЛТ 170 ЕД/л, щелочная фосфатаза 176 Ед/л
B	1	Причины появления желтухи?
Э		Послеоперационная желтуха является достаточно частой клинической проблемой. Повышение билирубина объясняется гемолизом после переливания. Повреждение гепатоцитов из-за применения большого количества лекарственных средств
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие лабораторные показатели выходят за референсные пределы?
Э		Значительно повышен билирубин и все печеночные ферменты
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	3	Причины повышения ферментов печени?
Э		Применение лекарственных средств, шок, холестаз (нарушения секреторной способности печени, обструкция желчных протоков, изменение состава желчи)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие дополнительные анализы системы гемостаза необходимы?
Э		Нужно выполнить анализ на определение протромбинового времени (ПВ). Если ПВ будет повышенным, то возможно нарушение синтеза печеную факторов свертывания крови
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие дополнительные анализы необходимы для оценки состояния пациента?
Э		Определить уровень креатинина, С-реактивного белка, прокальцитонина
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		006
	А	Проведение лабораторных исследований
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>1) 24 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на резко выраженную слабость, головокружение и головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита. Несколько раз было носовое кровотечение. Общее состояние тяжелое, пациентка с трудом отвечает на вопросы (заторможена). Результаты лабораторных анализов:</p> <p>2) Общий белок 52 г/л</p> <p>3) Альбумин 42 %</p> <p>4) Глобулины 58 %</p> <p>5) Фибриноген 1,2 г/л</p> <p>6) Мочевина 1,5 ммоль/л</p> <p>7) Глюкоза (плазма) 3,3 ммоль/л</p> <p>8) Общий холестерин 1,5 ммоль/л</p> <p>9) Общий билирубин 109,8 мкмоль/л</p>



		10) Прямой билирубин 70,0 мкмоль/л 11) Уробилиноген (уробилин) – 12) Желчные кислоты + 13) АлАТ 898 ед/л 14) АсАТ 563 ед/л Щелочная фосфатаза 387 ед/л
		15)
В	1	Какие показатели крови отличаются от нормы?
Э		В крови больного значительно повышена активность АлАТ и щелочной фосфатазы, билирубин повышен в 4 раза
Р2		16) Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	Лабораторные показатели мочи отклоняются от референсных? Цвет желтый, белок, уробилин, глюкоза отсутствуют, билирубин есть
Э		17) Присутствие билирубина
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	18) Какие показатели кала отличаются от нормы? Стеркобилин (следы), жирные кислоты, желчные кислоты отсутствуют. Цвет светло-коричневый.
Э		Цвет светлый, стеркобилина только следы
Р2		19) Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	4	Какой вид желтухи у пациента?
Э		Паренхиматозная желтуха
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Какие дополнительные анализы подтвердят диагноз?
Э		Иммунологические маркеры гепатитов
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
Н		007
	А	Проведение лабораторных исследований
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем

		учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У поступившего пациента высокий уровень амилазы и в сыворотке и в моче. Высокий уровень липазы в крови, гипергликемия, гипокальциемия, повышен билирубин и щелочная фосфатаза. Какая патология может сопровождаться данными изменениями?
В	1	Какие показатели указывают на патологию поджелудочной железы?
Э		Высокий уровень амилазы в крови и моче и липазы в крови – маркеры панкреатита
P2		20) Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	О чем свидетельствует повышение уровней билирубина и щелочной фосфатазы?
Э		21) Повышение уровня билирубина и активности щелочной фосфатазы может свидетельствовать или о первичной причине панкреатита, связанной с наличием камней в общем протоке желчного пузыря и поджелудочной железы или с развитием печеночной патологии на фоне панкреатита
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	О чем свидетельствует повышенный уровень глюкозы?
Э		повышенный уровень глюкозы свидетельствует о воспалительном повреждении поджелудочной железы, именно тех участков, где расположены островки Лангерганса
P2		22) Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какова причина гипокальциемии?
Э		Снижение концентрации кальция связывают с осаждением соединений кальция с жирными кислотами в поджелудочной железе и других участках некроза жировой ткани
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие современные лабораторного анализа могут подтвердить диагноз панкреатита?
Э		К современным специфичным методам постановки диагноза панкреатита относят определение активности эластазы в сыворотке крови и кале, фосфолипазы А <sub>2</sub> сыворотки крови и трипсиногена в моче
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

Н		008
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		23) Больной А., 28 лет, предъявляет жалобы на зуд и покраснение глаз, слезотечение, обильное выделение слизи из полости носа. Подобные явления отмечались весной на протяжении последних 4-х лет. При обследовании выявлен конъюнктивит и ринит. При лабораторном обследовании выявлены антитела к пыльце тополя. Диагноз: Поллиноз.
В	1	К какому виду гиперчувствительности (ГНТ или ГЗТ) относится поллиноз?
Э		24) Гиперчувствительность немедленного типа
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	25) Какой класс иммуноглобулинов участвует в данном виде гиперчувствительности?
Э		Имуноглобулины класса IgE
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	Назовите отличительное свойство этих антител.
Э		Цитофильность
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	4	26) Какие биологически активные вещества участвуют в развитии патохимической стадии ГНТ?
Э		Гистамин, брадикинин, простагландины, лейкотриены
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Какими лабораторными методами выявляются IgE в сыворотке крови?
Э		ИФА, иммуноблот, ИХЛА, множественный иммуносорбентный тест (МАСТ)
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
Н		009
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем

		учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная П., 61 год, предъявляет жалобы на боли в суставах кистей и стоп, в тазобедренных суставах, боли в суставах беспокоят при движение и в покое, имеется ограничение подвижности суставов. Отмечается плохое самочувствие, субфебрилитет, похудание, депрессия, слабость. За последний год часто болела ОРЗ. Предполагается наличие ревматоидного артрита.
В	1	Какие лабораторные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
Э		Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (с определением уровня АЛТ, АСТ, креатинина, С-реактивного белка), определение ревматоидного фактора, иммунологическое обследование
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какие можно ожидать изменения в общем анализе крови?
Э		В общем анализе крови могут быть: лейкоцитоз или лейкопения, анемия, тромбоцитоз, лимфоцитоз или лимфопения, увеличение СОЭ, повышение концентрации С-реактивного белка. Выявление ревматоидного фактора
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие можно ожидать изменения в иммунограмме?
Э		В иммунограмме могут быть: снижение абсолютного и относительного содержания CD8+лимфоцитов, повышение абсолютного и относительного содержания В-лимфоцитов, всех классов иммуноглобулинов и ЦИК, повышение концентрации активированных клеток с фенотипами CD38, CD71, CD95, CD25 и HLA-DR+клеток.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Является ли ревматоидный фактор специфическим маркером ревматоидного артрита?
Э		Нет, не является. Ревматоидный фактор может быть повышен и при других заболеваниях соединительной ткани, например, при системной красной волчанке, болезни Бехтерева, полимиозите, склеродермии, васкулите, синдроме Рейно, тиреоидите Хашимото и др., а так же при заболеваниях неаутоиммунной природы.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие маркеры необходимо исследовать для дифференциальной диагностики ревматоидного артрита?
Э		Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (ЦЦП), антитела

		к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		010
Ф	А/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Б., 35 лет. Результаты исследования иммунного статуса. Данные гемограммы: Нb-106 г/л; L-14500/мкл; СОЭ-31 мм/час. П/я-24, с/я-71, лимфоциты-2, моноциты-3. Данные иммунограммы: CD3+ - 51%, CD4+ - 20%, CD8+ - 40%, иммунорегуляторный индекс 0,5, CD19+ - 7%, IgG - 9,5 г/л, IgA - 1,2 г/л, IgM - 0,5 г/л, IgE - 140 МЕ, ЦИК: 140 у.е., фагоцитарный индекс: 58%, фагоцитарное число: 4.
В	1	Какие изменения выявляются в гемограмме?
Э		Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, относительная лимфопения, моноцитопения
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Имеется ли абсолютная лимфопения?
Э		Да, имеется. Подсчет: абсолютное содержание лейкоцитов умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100%. Абсолютная лимфопения составляет 290/мкл (при норме 1500 до 3000/мкл).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Назовите исследуемые в анализе популяции лимфоцитов.
Э		CD3+ - общая популяция Т- лимфоцитов, CD4+ - Т-хелперы, CD4+ - цитотоксические Т-лимфоциты, CD19+ - общая популяция В-лимфоцитов
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Опишите результаты иммунограммы
Э		Низкий иммунорегуляторный индекс, гипогаммаглобулинемия по IgA и IgM, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, угнетение функции фагоцитарного звена.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Рассчитайте степень тяжести Т-иммунодефицита
Э		Абсолютное количество лимфоцитов (290/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (51%) и делится на 100%. Абсолютное

		количество Т-лимфоцитов больного составило – 148/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Составим пропорцию: 1175 – 100%; 148 – X. Отсюда X = 12,6% Получается 12,6% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 87,4%. Заключение: Т-иммунодефицит крайне тяжелой степени тяжести (87,4%).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		011
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мужчина 34 лет поступил в клинику с диагнозом: проникающее огнестрельное ранение брюшной полости с ранением брыжейки и стенки тонкой кишки, осколочные ранения кистей рук, ожог роговицы обоих глаз. Травматический шок II-III. Экстренно оперирован. Консультирован офтальмологами. Назначено лечение.  Через 3 часа после травмы в анализе крови: Hb-105 г/л; L-14600/мкл; СОЭ-32 мм/час. П/я-23, с/я-73, лимфоциты-2, моноциты-2.  По иммунограмме: Т-иммунодефицит крайне тяжелой степени, иммунорегуляторный индекс – 0,5; В-лимфопения; гипогаммаглобулинемия по основным классам; IgE – 365 МЕ; подавление функциональной активности макрофагального звена.
В	1	Имеется ли абсолютная лимфопения?
Э		Выраженная абсолютная лимфопения – 292/мкл. Расчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какова причина лимфопении и тяжелого Т-иммунодефицита?
Э		Травматический стресс.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Каковы причины выраженного иммунорегуляторного дисбаланса в иммунном статусе больного?
Э		Действие стрессовых гормонов: глюкокортикостероиды и катехоламины угнетают дифференцировку CD4-лимфоцитов (Т-хелперов), а кортизол стимулирует дифференцировку CD8-клеток (Т-супрессорные/цитотоксические лимфоциты).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0		Ответ неверный
B	4	Почему повышена концентрация IgE?
Э		Это связано с развитием реакций аутоенсибилизации на фоне массивного разрушения тканей и клеток периферической крови.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Как рассчитывается иммунорегуляторный индекс?
Э		ИРИ = относительное содержание CD4+-лимфоцитов / относительное содержание CD8+ лимфоцитов.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		012
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мужчина был обнаружен в гараже сослуживцами без сознания в кабине автомобиля с работающим двигателем. Доставлен в клинический медицинский центр. Состояние тяжелое. Сознание отсутствует. На болевой стимул не реагирует. Кожные покровы с малиновым оттенком, анизокория, зрачки расширены до 5 мм, на свет реагируют вяло. Пульс 106 уд/мин, аритмичный, нитевидный, тоны сердца ослаблены. АД 80/40 мм рт. ст. Дыхание по типу Чейн-Стокса, частота дыхания 26 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Температура тела 38,5° С.
B	1	Какой лабораторный анализ необходим клиницисту для постановки диагноза и выбора тактики лечения?
Э		Необходимо определить содержание карбоксигемоглобина в крови. Диагноз «Острое ингаляционное отравление монооксидом углерода тяжелой степени» установлен на основании анамнеза (факт нахождения в кабине автомобиля с неисправным работающим двигателем), клинических проявлений: кома, расширение зрачков, характерная окраска кожных покровов, гемодинамические нарушения и патологический тип дыхания (Чейна-Стокса) и концентрации карбоксигемоглобина 50%.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Существует ли зависимость между количеством образовавшегося карбоксигемоглобина, степенью гипоксии и выраженностью клинической картины?
Э		Существует прямая зависимость между количеством образовавшегося карбоксигемоглобина, степенью гипоксии и выраженностью клинической картины. При уровне карбоксигемоглобина крови, равном 10-20 %, наблюдаются незначительные явления интоксикации, при 30-50 % эти явления резко

		выражены, а при 70-80 % - наступает быстрая смерть.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Отравление монооксидом углерода происходит при его поступлении каким путем? (перкутанно, ингаляционно, при больших концентрациях - через кожу, только ингаляционно, через раневую и ожоговую поверхность, перорально)
Э		Отравление монооксидом углерода происходит при его поступлении только ингаляционно.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	С чем связывается монооксид углерода и к какому виду гипоксии приводит?
Э		Монооксид углерода вступает в соединение с гем-содержащими протеинами (гемоглобин, миоглобин, цитохромы), при условии, что железо, входящее в их состав находится в двухвалентном состоянии. Образующийся карбоксигемоглобин приводит к понижению кислородной емкости крови и развитию гемической гипоксии. При высоком напряжении монооксида углерода развивается тканевая гипоксия, как результат воздействия монооксида углерода на двухвалентное железо цитохромэнзимной системы тканей.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какими методами может быть определена концентрация карбоксигемоглобина?
Э		В диагностике используются качественные (проба с дистиллированной водой, танином, формалином) и количественные реакции в крови на карбоксигемоглобин (спектрометрическим, фотометрическим, колориметрическим и спектрофотометрическим методами).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		013
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная И., 25 лет, доставлена в токсикоцентр в бессознательном состоянии. Причина неизвестна. Резкое ослабление всех рефлексов. В динамике исчез мышечный гипертонус. Миофибрилляции. Тонические судороги. Дыхание типа Чейна-Стокса. Тоны сердца глухие. ЧСС 34 в мин. АД 60/40 мм рт.ст. Выраженный стойкий миоз. Гиперсаливация.
В	1	Какое отравление можно предположить на основании клинической симптоматики?



Э		Острое отравление фосфорорганическими соединениями (ФОС)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какой показатель биохимических исследований крови характерен для отравления ФОС?
Э		Резкое снижение активности ацетилхолинэстеразы.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие вещества используют для защиты холинорецепторов от ФОС и для восстановления активности ацетилхолинэстеразы?
Э		Для защиты холинорецепторов от ФОС используют холинолитики. Для восстановления активности ацетилхолинэстеразы – оксимы (реактиваторы ацетилхолинэстеразы)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	В течение какого времени возникают проявления при перкутанном поражении ФОС?
Э		Проявления перкутанного поражения ФОС возникают в течение 2-3 часов.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Что называется периодом элиминации яда?
Э		Период элиминации яда – время от момента достижения максимальной концентрации вещества в крови до полного выведения его из организма
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		014
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Мужчина К. выпил около 70 мл прозрачной жидкости, по запаху и вкусу напоминающей этиловый спирт. Через 30 мин с момента приема появились признаки опьянения, сонливость. Уснул и проспал 9 ч. После пробуждения на фоне общей слабости появились головная боль, головокружение, одышка, тошнота, однократная рвота. Доставлен в медицинское учреждение через 12 ч после отравления.</p> <p>Состояние тяжелое, сознание угнетено до степени сопора, отмечается полная потеря зрения, зрачки широкие, реакция на свет резко ослаблена, кожные покровы багрово-цианотичные. Пульс 120 уд/мин, аритмичный. АД 80/40 мм рт. ст. Частота дыхания 30 в минуту, дыхание шумное. Живот умеренно болезненный. Печень увеличена. Изменения на ЭКГ.</p> <p>При биохимическом исследовании сыворотки крови АлАТ 220 Ед/л, АсАТ</p>

		190 Ед/л, креатинина 310 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л. При исследовании кислотно-основного состава артериальной крови рН 7,29, ВЕ = -12. При токсико-химическом исследовании крови, мочи и промывных вод выявлен метанол.
В	1	Какие данные анамнеза, клинической картины и лабораторные показатели помогут клиницисту в правильной постановке диагноза?
Э		Диагноз «Острое пероральное отравление метиловым спиртом тяжелой степени» установлен на основании анамнеза, клинической картины (сопор, полная потеря зрения, расширение зрачков, ослабление их реакции на свет, багрово-цианотичная окраска кожных покровов лица, тахикардия, экстрасистолия, гипотензия – синдром поражения сердечно-сосудистой системы, тахипноэ, болезненность при пальпации в эпигастральной области, увеличение печени – синдром поражения органов пищеварения), данных исследования кислотно-основного состояния (синдром нарушения кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного состава), повышения АЛАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ЭКГ-исследования, результатов офтальмоскопии
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Чем обусловлено токсическое действие метанола?
Э		Токсическое действие метанола обусловлено «летальным синтезом» - метаболическим окислением его в организме до формальдегида и формиата
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какое заключение можно сделать на основании биохимических показателей крови?
Э		Значительное повышение АЛАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, снижение рН свидетельствуют о развитии острого печеночно-почечного повреждения в результате интоксикации продуктами метаболизма метанола
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие клинические признаки отравления ядовитыми техническими жидкостями характерны только для отравления метанолом?
Э		Нарушения зрения, вплоть до полной потери.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Что называется периодом резорбции яда?
Э		Периодом резорбции яда называется время от момента поступления яда в организм до момента достижения максимальной его концентрации в крови
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

Н	-	015
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мужчина, возраст 40 лет, доставлен в больницу с болью в эпигастральной/справа области живота. Температура 37,9. Врач назначил следующие анализы: глюкоза и амилаза. Результаты: глюкоза 15,6 ммоль/л, амилаза 1742 Ед/л.
В	1	Почему врач предположил острый панкреатит?
Э		Резкая опоясывающая боль и чрезвычайно высокий уровень амилазы
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Лабораторные показатели отклоняются от референсных?
Э		Оба маркера повышены
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Подтверждают ли эти результаты диагноз панкреатит?
Э		Да, такой резкий подъем активности амилазы характерен для панкреатита. Амилаза может повышаться и при других заболеваниях ЖКТ, но не так значительно. Преходящая гипергликемия может быть признаком острого панкреатита
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Почему у пациента с панкреатитом повышен уровень глюкозы?
Э		При остром панкреатите повреждаются клетки островков Лангенгарса, в которых синтезируется инсулин. При минимальных повреждениях островковых клеток продукция инсулина не страдает и гипергликемия отсутствует
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие дополнительные анализы подтвердят диагноз?
Э		Повышение активности липазы в крови, эластазы в кале, трипсиногена в моче
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н	-	016
Ф	A	Проведение лабораторных исследований
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем

		учреждения и лаборатории
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Женщина доставлена в больницу в состоянии шока. Перед этим чувствовала сильную утомляемость, выявлено снижение артериального давления и анемия. Клинический признак: кал черного цвета. Предварительный диагноз: желудочно-кишечное кровотечение. Результаты анализов: натрий 136 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, бикарбонат 24 ммоль/л, мочевина 9,3 ммоль/л, креатинин 76 ммоль/л
В	1	Какие показатели отклонены от референсных значений?
Э		Уровень мочевины в крови повышен
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Свидетельствуют ли эти данные о заболеваниях почек?
Э		Такой уровень мочевины может свидетельствовать о снижении почечной функции. Однако нормальный уровень креатинина нормальный и наличие анемии - свидетельствует о внепочечной причине
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Подтверждают ли эти результаты диагноз?
Э		Да, кишечное кровотечение приводит к значительному повышению всасывания белков, а усиленная утилизация белков активирует синтез мочевины. Если скорость синтеза мочевины превосходит ее выведение, мочевина в крови повышается. Уровень креатинина не зависит от скорости катаболизма белков
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	При каких состояниях могут наблюдаться подобные уровни креатинина и мочевины в крови?
Э		Подобные результаты могут наблюдаться при длительном голодании, дегидратации, белковой диете
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Можно ли ожидать изменения уровня креатинина в дальнейшем?
Э		Если почки пациентки не повреждены, то клиренс креатинина не изменится
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		017
Ф	A/01.5	Проведение лабораторных исследований в соответствии с профилем учреждения и лаборатории

И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У пациента через два дня после повышения температуры до 38 °С появилось желтушное окрашивание кожи и слизистых, моча темная, кал частично обесцвечен. В крови повышен уровень прямого и непрямого билирубина
В	1	Какой вид желтухи у пациента?
Э		Паренхиматозная желтуха
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Возможные причины?
Э		При повреждениях гепатоцитов снижается захват неконъюгированного билирубина из крови и интенсивность образования в них конъюгированных форм
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие изменения характерны при исследовании кала и мочи?
Э		В кале и моче снижается содержание стеркобилина – кал обесцвечивается. В моче появляется уробилин и конъюгированный билирубин
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Активность каких ферментов изменяется при паренхиматозных желтухах?
Э		Повышена активность АЛТ, АСТ, гамма-ГТТ, ЛДГ <sub>5</sub>
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	По каким характеристикам мочи различаются гемолитическая и паренхиматозная желтуха подтвердят диагноз?
Э		При гемолитических желтухах билирубин повышен за счет непрямого, кал черный, моча соломенного цвета. При паренхиматозной желтухе билирубин повышен за счет прямого и непрямого, кал светлый, моча темная
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н	-	018
Ф	В	Проведение сложных лабораторных исследований
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У		22 летний молодой человек, употребляющий наркотики, обратился к врачу с жалобами на рвоту, боль в животе, необычную слабость, лихорадку. Врач предположил, что причиной симптоматики может быть гепатит и назначил анализ крови для определения функциональных и печеночных проб. Результаты: билирубин 28 мкмоль/л, альбумин 42 г/л, АЛТ 105 Ед/л, щелочная фосфатаза 56 Ед/л, $\gamma$ -ГГТ 213 Ед/л.
В	1	Почему врача решил обследовать больного на наличие гепатита?
Э		Вирусы, вызывающие гепатиты, передаются через кровь. Наркоманы входят в группу риска заражения инфекцией
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какие лабораторные показатели отклоняются от референсных?
Э		Уровень билирубина повышен, значительное увеличение активности АЛТ и ГГТ.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Подтверждают ли эти результаты диагноз гепатит?
Э		Результаты соответствуют раннему периоду развития гепатита
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие дополнительные исследования для постановки диагноза необходимо сделать?
Э		Обязательно определить серологические маркеры: HBs Ag, антитела класса Ig M и G, HBe, анти-HBcore, анти-HBe и анти HCV
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие методы должны быть использованы?
Э		ИФА, ПЦР, иммуноблот
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		019
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Схема обследования и мониторинга ВИЧ-инфицированной матери и ее новорожденного ребенка
В	1	Путь заражения ребенка?
Э		Вертикальный, от инфицированной матери

P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Когда появляются антитела к ВИЧ после инфицирования?
Э		Содержание антител увеличивается в течение 2-4 недель и сохраняется долгие годы. У подавляющего большинства инфицированных они появляются в течение 3 месяцев, у некоторых до 6 месяцев
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какими методами выявляется и подтверждается ВИЧ инфекция?
Э		Этап отборочного исследования - ИФА метод и подтверждающий метод – «иммуноблот». Положительный анализ проверяют дважды
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Какое время в крови новорожденных циркулируют материнские антитела к ВИЧ?
Э		До 15 месяцев от момента рождения
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	В течение какого времени дети ВИЧ-инфицированных матерей подлежат лабораторно-диагностическому обследованию?
Э		В течение 36 месяцев после рождения
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		020
Ф	В/03.5	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У женщины, 30 лет, повышенная утомляемость в течение нескольких месяцев, бледность кожных покровов. По общему анализу крови поставлен диагноз анемия. Показатели гомеостаза железа: сывороточное железо 6,7 мкмоль/л, ОЖСС 113 мкмоль/л, ферритин 3 мкмоль/л
B	1	Отличаются ли полученные результаты от референсных?
Э		Железо и ферритин снижены, ОЖСС повышена
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Что такое ферритин и зачем его определяют у пациентов с подозрением на дефицит железа?

Э		Ферритин – депонирующий железо белок, локализованный в печени, костном мозге. Снижение ферритина в сыворотке свидетельствует о снижении запасов железа в тканях
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Как ферритин используется в дифференциальной диагностике ЖДА и анемий хронических заболеваний (АХЗ)?
Э		При анемиях хронических заболеваний уровень ферритина и гепсидина повышен, при ЖДА - снижен
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	К чему может привести ошибочный диагноз (установление ЖДА вместо АХЗ)?
Э		Применение препаратов железа при АХЗ не нормализует уровень гемоглобина, а приводит к гемохроматозу
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие мероприятия показаны для таких пациентов?
Э		Необходимо выяснить причину анемии, мониторировать основные показатели: уровень железа и ферритина
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		021
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У больного В. 29 лет выявлены следующие изменения в иммунограмме: CD3+лимфоциты в% 69 (норма 60 - 80), CD4+ лимфоциты в%, 42 (33 - 50), CD8+лимфоциты в% 31 (16 - 39), CD16+лимфоциты в% 8 (3 - 10), CD20+лимфоциты в% 19 (6 - 23), Индекс CD4+/CD8+ 1,5 (1,5 – 2,5), Фагоцитарная активность % 62 (50 - 90), Фагоцитарное число 4 (2 - 9), IgG, г/л 6,0 (0,9-4,5), IgA, г/л 2,0 (8 - 20), IgM, г/л 1,8 (0,6 – 2,5).
В	1	Какое звено иммунитета нарушено по результатам иммунограммы?
Э		27) Гуморальное звено иммунитета.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какое иммунологическое заключение Вы дадите по выявленным изменениям?



Э		Гипогаммаглобулинемия по IgA
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Укажите особенности клинической картины при данном виде иммунологической недостаточности.
Э		Частые простудные заболевания, длительное течение инфекционных заболеваний, наличие заболеваний, вызванных условно-патогенной флорой, частые обострения хронических заболеваний.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Когда следует провести повторное исследование иммунного статуса после иммунокоррекции?
Э		Не раньше чем через 2 недели после окончания терапии.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какими методами проводится количественное определение иммуноглобулинов в сыворотке крови больного?
Э		Иммуноферментный анализ, радиальная иммунодиффузия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		022
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Пациенту А. 18 лет проведено скрининговое исследование иммунного статуса. Полученные результаты иммунограммы: CD3, % 71 (норма 70-76), CD3, абс 1.6 (1.4-2.0), CD4, % 35 (30-40), CD4, абс 0.9 (0.7-1.1), CD8, % 29 (27-35), CD8, абс 0.7 (0.6-0.9), CD19, % 6 (12-22), CD19, абс 0.2 (0.3-0.5), CD16, CD56 % 14 (9-16), CD16, CD56, абс 0.25 (0.2-0.3), IgM, г/л 0.19 (0.55-3.5), IgG, г/л 4.0 (6.5-13.5), IgA, г/л 0.7 (0.7-3.15)
В	1	Какие показатели иммунограммы отклоняются от референсных?
Э		28) IgG, IgM, CD19+- лимфоциты
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какой тип иммунного ответа опосредуют данные показатели?
Э		Гуморальный тип иммунного ответа.
P2		Ответ правильный

P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какова функция нарушенных показателей иммунной системы в норме?
Э		IgG- антитела, участвующие во вторичном гуморальном адаптивном иммунитете. IgM – антитела, участвующие в первичном гуморальном адаптивном иммунитете. CD19- В – лимфоциты – клеточные эффекторы гуморального иммунного ответа, дифференцируются в плазматические клетки, синтезируют антитела.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Опишите функциональные изменения иммунной системы по результатам данного исследования.
Э		Отмечается нарушение эффекторных функций (снижение показателей гуморального адаптивного иммунитета).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Какими лабораторные методы применяются для количественного определения содержания иммуноглобулинов и популяций лимфоцитов периферической крови?
Э		Количественные методы определения иммуноглобулинов: иммуноферментный анализ, радиальная иммунодиффузия; количественные методы определения популяций лимфоцитов: проточная цитометрия, иммунофлюоресценция, иммуноцитохимия.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		023
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной, 40 лет, находится на стационарном лечении по поводу гепатита В. Провели исследование сыворотки на Hbs антиген. Получили сомнительный результат.
B	1	С чем может быть связан сомнительный результат лабораторного анализа?
Э		29) Учитывая, что пациент находится на лечении в стационаре, сомнительный результат исследования очевидно, связан со стадией реконвалесценции или ремиссии.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие серологические маркеры необходимо дополнительно исследовать

		данному больному для уточнения стадии инфекции?
Э		HBsAg, HBeAg, анти- HBs, анти- HBc IgM, анти- HBc IgG, анти- HBe иммуноглобулины.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие серологические маркеры выявляются при острой форме гепатита В?
Э		При острой форме заболевания в крови определяются HBsAg, HBeAg и анти- HBc IgM и IgG.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие серологические маркеры выявляются при хронической форме гепатита В?
Э		При хронической форме заболевания определяются HBsAg, анти- HBc IgM и IgG, HBeAg и анти- HBe IgG.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какой лабораторный метод позволяет оценить активность репликации вируса гепатита В?
Э		ПЦР-анализ.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		024
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больная С., 25 лет.</p> <p>Результаты гемограммы: Hb-48 г/л; L-9000/мкл; СОЭ-37 мм/час. П/я-0, с/я-86, э-0, лимфоциты-10, моноциты-4.</p> <p>Результаты иммунограммы: CD3+ - 35%, CD4+ - 17%, CD8+ - 46%, иммунорегуляторный индекс: 0,37, CD19+ - 8%, IgG - 9,2 г/л IgA - 1,4 г/л IgM - 0,5 г/л IgE - 270 МЕ, концентрация ЦИК: 185 у.е., Фагоцитарный индекс: 37%. Фагоцитарное число: 4.</p>
В	1	Опишите изменения в гемограмме.
Э		Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, анэозинофилия, относительная лимфопения.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	2	Имеется ли абсолютная лимфопения?
Э		Абсолютная лимфопения – 900/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (при норме 1500 - 3000/мкл).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие изменения выявляются в иммунном статусе больного?
Э		Низкий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgE, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, угнетение функции фагоцитарного звена.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
Э		Т-иммунодефицит тяжелой степени тяжести (73%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (900/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (35%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 315/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. По пропорции: 1175 – 100%; 315 – X. X = 315, 315 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 27% содержания Т-лимфоцитов от нормы. Дефицит составляет 73%.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Тип иммунограммы?
Э		Гнойная хирургическая инфекция.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		025
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная А., 22 года. Результаты исследования крови методом ИФА на наличие антител к цитомегаловирусу: CMV- IgM: ОП критическое 0,308, ОП сыворотки 0,052; CMV- IgG: ОП критическое 0,328, ОП сыворотки 0,329.
В	1	Оцените результаты ИФА-исследования.
Э		CMV- IgM – отрицательно, CMV- IgG – сомнительно.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	2	Сделайте лабораторное заключение по результатам лабораторного исследования.
Э		Результат сомнительный.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	Как соотносится ОП (оптическая плотность) с содержанием антител в сыворотке крови?
Э		Поскольку в ходе ИФА происходит изменение окраски раствора в лунках планшета, интенсивность окраски и оптическая плотность прямо пропорциональна содержанию определяемых антител.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	4	Что такое «серая зона» в ИФА?
Э		Это диапазон концентраций антител, в который с равной вероятностью попадают как положительные, так и отрицательные пробы.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Требуется ли проведение дополнительных исследований в данном случае?
Э		Необходимо повторное определение CMV-IgG в парной сыворотке через две недели.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
Н		026
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Пациент И., 3 года, 5 мес. Результаты исследования крови методом ИФА на наличие антител к вирусу простого герпеса 1 типа: HSV- IgM: ОП критическое 0,356, ОП сыворотки 0,681; CMV- IgG: ОП критическое 0,289, ОП сыворотки 3,750. Индекс авидности 98%.
В	1	Оцените результаты ИФА-исследования.
Э		CMV- IgM – положительно, CMV- IgG – положительно, авидность IgG высокая.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	Дайте определение понятию «авидность».
Э		Авидность – сила связыванию антигена антителом.
Р2		Ответ правильный

P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	С какой целью проводится определение авидности?
Э		С целью установления точного момента инфицирования, разграничения первичной инфекции, реинфекции или реактивации инфекционного процесса.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Каким методом определяется авидность? Укажите особенности проведения анализа.
Э		Авидность исследуется методом ИФА. Имеется этап внесения детергента с целью разрушения иммунных комплексов, сорбированных в лунках планшета.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Сделайте лабораторное заключение по результатам ИФА-исследования.
Э		Реактивация инфекционного процесса
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H	B	027
Ф	B/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик 10 лет, поступил с подозрением на острый лейкоз. Состояние тяжелое, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, башенный череп, высокое готическое небо, симптом «короткого мизинца», печень и селезенка увеличены. Анализ крови: выраженная нормохромная анемия, микросфероцитоз, ретикулоцитоз (30 ‰), лейкоциты до $19 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг до метамиелоцитов, тромбоциты в норме. Присутствуют эритрокарициты.
B	1	Наиболее вероятный диагноз?
Э		Наследственный микросфероцитоз.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие лабораторные показатели будут говорить об анемии?
Э		Снижение HGB, RBC, HGT
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какие лабораторные показатели будут говорить об нормохромии

		эритроцитов?
Э		МСН, МСНС в пределах нормальных значений
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие дополнительные исследования для постановки диагноза необходимо сделать?
Э		Провести пробу Кумбса для подтверждения наследственного микросфероцитоза. Она будет отрицательная. На осмотическую резистентность эритроцитов. При наследственном сфероцитозе эритроциты разрушаются уже при 0,75растворе NaCl
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	К чему относится наследственный микросфероцитоз?
Э		К наследственным гемолитическим анемиям.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		028
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Костный мозг гиперклеточный, индекс Л/Э = 1/6. Среди клеток красного ряда преобладают клетки гигантских размеров, со структурой хроматина, напоминающий мясной фарш и с резкой базофилией цитоплазмы. Созревание нейтрофилов замедлено, среди последних много гигантских миелоцитов и метамиелоцитов, гиперсегментированных нейтрофилов, мегакариоциты больших размеров, с гиперсегментированными ядрами. Какому заболеванию соответствует данная картина костного мозга?
В	1	Какой предположительный диагноз?
Э		Мегалобластная анемия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какие дополнительные исследования для постановки диагноза необходимо сделать?
Э		Определение в сыворотке крови В12 и фолиевой кислоты
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какая картина периферической крови будет наблюдаться?
Э		Снижение HGB, RBC, HGT и ретикулоцитов. Увеличение МСН, МСНС и MCV. Лейкопения, тромбоцитопения.

P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Почему может возникнуть дефицит В12?
Э		Дефицит В12 возникает на фоне нарушения всасывания, атрофии кишечника, резекций, наложения анастомозов, паразитировании широким лентецом.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Какие дополнительные исследования для постановки диагноза В12-анемии необходимо сделать?
Э		На антитела к внутреннему фактору (гастрогликопротеиду)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		029
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Прогрессирующая анемия нормохромного типа. В костном мозге большое количество эритробластов, мегалобластов, миелобластов. Определяется большое количество созревающих эритроидных клеток с выраженными чертами дисплазии.
B	1	Ваш предположительный диагноз?
Э		Эритромиелоз М6
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие лабораторные показатели будут наиболее выражены на периферии?
Э		Снижение HGB менее 30г/л, RBC до $1 \cdot 10^9$ , нейтропения, тромбоцитопения
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какой тест необходимо поставить для идентификации эритроидных клеток?
Э		Проводят положительный тест-маркер к гликофору А
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	При каких заболеваниях может наблюдаться подобная картина крови и костного мозга?
Э		Подобная картина может наблюдаться при миелодиспластических



		синдромах, особенно при рефрактерной анемии с избытком бластов (РАИБ) и рефрактерной анемии с избытком бластов в трансформации (РАИБ-Т)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Какие методы используются для идентификации бластных клеток?
Э		Иммунофенотипирование, цитохимия, иммуногистохимия, цитогенетика.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		030
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В гемограмме: гемоглобин 110г/л, эритроцитов $3,7 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитов $250 \times 10^9/л$ , миелобластов 4%, промиелоцитов 2%, миелоцитов 20%, метамиелоцитов 7%, палочкоядерных 16%, сегментоядерных 20%, эозинофилов 10%, базофилов 14%, лимфоцитов 4%, моноцитов 3%. К/м богат клеточными элементами. Количество миелокарицитов до $400 * 10^9/л$ за счет незрелых гранулоцитов.
B	1	Какому заболеванию соответствует данная картина крови?
Э		Хроническому миелолейкозу
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Назовите причину возникновения хронического миелолейкоза?
Э		Хронический миелолейкоз возникает в результате трансформации стволовой клетки-предшественницы миелопоэза и транслокации гена с 9 на 22 хромосому t(9;22)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какая картина будет наблюдаться в костном мозге?
Э		Костный мозг гиперклеточный. Количество миелокарицитов до $400 * 10^9/л$ за счет незрелых гранулоцитов.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Какой стадии процесса характерна данная картина?
Э		Данная картина характерна фазе акселерации
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	5	По каким клеткам будем судить о фазе трансформации?
Э		Переход в фазу трансформации начинается с увеличения бластных клеток на периферии более 5%, в костном мозге более 20%
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		031
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Картина крови: гемоглобин 125г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $20 \times 10^9$ /л, палочкоядерных 6%, сегментоядерных 20%, моноцитов 9%, лимфоцитов 35%, плазматических клеток 2%, атипичных мононуклеаров 28%.
В	1	Какому заболеванию соответствует данная гемограмма?
Э		Данная гемограмма соответствует инфекционному мононуклеозу
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какой период заболевания?
Э		Период разгара, так как процент атипичных мононуклеаров более 20
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие клинические проявления можно наблюдать в этот период?
Э		В этот период возможна ангина, повышение температуры, увеличение всех групп лимфоузлов, селезенки и печени.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какой дополнительный метод необходимо поставить для диагноза инфекционный мононуклеоз?
Э		Необходимо поставить на антитела к вирусу Эпштейна-Барра.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	По каким клеткам можно судить о благоприятном прогнозе?
Э		Период выздоровления начинается с выхода эозинофилов на периферию
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		032

Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной М., 37 лет, поступил с диагнозом острая правосторонняя пневмония. При обследовании выявлено увеличение селезенки и всех групп периферических л/у (1-2 см). В анализе крови: HGB 110г/л, RBC $2,5 \cdot 10^9$ , PLT в норме, WBC $17,0 \cdot 10^9$ /л, лимфоцитов в периферической крови до 82% с морфологией больших гранулярных.
В	1	Какой анализ необходимо провести для уточнения диагноза?
Э		Необходимо поставить на иммунофенотипирование лимфоцитов. При выявлении CD8, можно выставить диагноз Т-клеточный лейкоз из БГЛ.
P2		Ответ правильный и обоснованный
P1		Недостаточно полный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Опишите картину костного мозга?
Э		Костный мозг клеточный за счет лимфоидной пролиферации. Количество лимфоцитов с морфологией больших гранулярных до 76%. Эритропоэз угнетен по нормобластическому типу. Мегакариоцитов достаточное количество, отшнуровка тромбоцитов сохранена.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Назовите причины возникновения лейкозов?
Э		Основными причинами возникновения лейкозов являются: влияние вирусов, генетические аномалии, химические и физические факторы, нарушения обмена веществ, аутоиммунные заболевания.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какая анемия возникает чаще всего при Т-клеточном лейкозе?
Э		Чаще всего развивается аутоиммунная гемолитическая анемия.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие субпопуляции Т-лимфоцитов Вы знаете?
Э		CD8-цитотоксические, CD4-хелперный тип и NK (CD16)- натуральные киллеры.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		033
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований

И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В гемограмме RBC, HGB, HGT, MCV, MCH, MCHC меньше нормы, RDW более 15%.
В	1	Какое заключение можно сделать по данным показателям?
Э		По данным показателям можно определить микроцитарную гипохромную анемию
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какие дополнительные анализы необходимо при этом провести?
Э		Необходимо поставить на ферритин и трансферрин, сывороточное железо и общую железосвязывающую способность.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Если при данной гемограмме мы видим снижение ферритина, то какой вывод можно сделать?
Э		Это будет говорить о латентном (депонированном дефиците железа).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Как можно вычислить индекс насыщения трансферина железом (НТЖ)?
Э		Необходимо умножить сывороточное железо на 100% и разделить на общую железосвязывающую способность. Если индекс НТЖ будет меньше 15%, то это развернутая железодефицитная анемия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Для чего необходимо проводить исследования на трансферрин и ферритин?
Э		Для того, чтобы провести дифференциальную диагностику с другими гипохромными анемиями: талассемией, сидероахрезией, анемией хронических заболеваний.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		034
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В гемограмме RBC, HGB, HGT- меньше нормы, RDW более 15%. MCV, MCH, MCHC в норме. Моноцитоз более $1 \cdot 10^9$ . Лейкоцитоз более $140 \cdot 10^9$ . Тромбоциты снижены.

В	1	Какое заключение можно сделать по данным показателям?
Э		По данным показателям можно определить нормоцитарную нормохромную анемию с лейкоцитарной клеточной пролиферацией. Можно предположить хронический миеломоноцитарный лейкоз (ХММЛ).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Как будет выглядеть мазок периферической крови при ХММЛ?
Э		В крови анизо-и пойкилоцитоз эритроцитов и тромбоцитов. В лейкоцитарной формуле сдвиг влево до миелоцитов. Моноцитоз до 40 и более%.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Опишите картину костного мозга?
Э		Количество карицитов увеличено за счет пролиферации гранулоцитопоза и моноцитопоза. Число бластных клеток составляет 18% (выделяют бласты 1 и 2 типа). При подсчете миелоцитарный сдвиг. Выраженные дегенеративные изменения в клетках гранулоцитарного ряда. Моноцитоз в пределах 37%. Среди них преобладают зрелые моноциты, количество промоноцитов до 10%. Эритропоэз угнетен, отмечаются диспластические изменения в эритрокариоцитах. Мегакариоцитопоз угнетен: уменьшение количества мегакариоцитов, отшнуровка тромбоцитов нарушена..
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какие дополнительные тесты можно провести?
Э		Имунофенотипирование и цитохимию с выявлением неспецифической эстеразы в моноцитоподобных клетках
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	К каким заболеваниям относится хронический миеломоноцитарный лейкоз (ХММЛ)?
Э		ХММЛ относится к группе миелодиспластических синдромов
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		035
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
		Сделайте заключение по ОАК: HGB - 82 г/л, RBC - $2,5 \times 10^{12}/л$ ; Ret - 2%; WBC - $20 \times 10^9/л$ ; Neu: миелоциты - 0%, метамиелоциты - 0%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 7%; Eos- 1%; B - 0%; Lymph -

		90%; М - 1%.
В	1	Какое заключение можно сделать по данным показателям?
Э		По данным показателям можно определить анемию с лейкоцитарной лимфоидной пролиферацией. Можно предположить лимфопролиферативное заболевание
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какие дополнительные анализы надо провести для уточнения диагноза хронического лимфолейкоза?
Э		Необходимо провести иммунофенотипирование лимфоцитов с выявлением В- или Т-клеточного варианта
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие клетки могут появляться в мазке крови при хроническом лимфолейкозе и почему?
Э		Для хронического лимфолейкоза характерно появление клеток Боткина-Гумпрехта. Это опухолевые лимфоциты, которые при приготовлении мазка разрушаются из за истонченной мембраны
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Какая классификация используется для установления стадии опухолевого процесса?
Э		Используется классификация по RAI
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Укажите критерии хронического лимфолейкоза?
Э		Возраст больных 59,5 лет; абсолютный лимфоцитоз более $10 \cdot 10^9$ ; на периферии до 95% лимфоцитов малых форм с иммунофенотипом CD19+, CD23+
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		036
Ф	В/03.5	Проведение и первичная интерпретация результатов лабораторных исследований
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
		Сделайте заключение по гемограмме: HGB - 130 г/л, RBC - $3,6 \cdot 10^{12}$ /л; HGT 40%; Ret - 2%; WBC - $9 \cdot 10^9$ /л; PLT - $240 \cdot 10^9$ ; MCV- 90fl; MCH - 33 пг; MCHC - 330; RDW – 12%. Neu: миелоциты - 0%, метамиелоциты - 0%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 60%; Eos- 2%; В - 0%; Lymph - 30%; Mon - 7%.

В	1	Какое заключение можно сделать по данной гемограмме?
Э		Данная гемограмма в норме
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Снижение и повышение данных показателей HGB, RBC; HGT происходит при:
Э		Уменьшение данных показателей характерно для анемий любой этиологии; повышения для реактивных эритроцитозов и истинной полицитемии.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Когда происходит снижение лейкоцитов до $1 \cdot 10^9$ ?
Э		Лейкопения развивается при: апластической анемии, агранулоцитозах, после лучевых воздействий.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Когда происходит повышение лейкоцитов?
Э		Реактивный лейкоцитоз наблюдается у беременных и у лиц принимающих гормональные препараты. Патологический лейкоцитоз встречается при острых инфекциях, гипоксии, злокачественных новообразованиях, некрозах и инфарктах, онкогематологических опухолях.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Когда происходит снижение и повышение тромбоцитов?
Э		Повышаются тромбоциты при эссенциальной тромбоцитемии, миелофиброзе, спленэктомии, после кровопотери. Понижаются при иммунных тромбоцитопениях, дефиците В12 и фолиевой кислоты, аплазии кроветворения, острых лейкозах, ВИЧ-инфекции.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Определите для какой степени чистоты влагалища характерно наличие трихомонад?
Э		Наличие трихомонад во влагалищном мазке характерно для IV степени чистоты.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		037
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.

Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В кожно-венерологический диспансер обратился больной с жалобами на боли при мочеиспускании, на выделение гноя из уретры. Пациент считает, что болен более трех недель. В лабораторию доставлен материал для исследования на гонорею.
В	1	Что послужило причиной обследования пациента на гонорею?
Э		Жалобы на боли при мочеиспускании, на выделение гноя из уретры.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какой материал необходимо забрать для исследования?
Э		Исследуют отделяемое уретры, соскобы, первые капли мочи, для ИФА анализа забирают кровь из вены в количестве 5-6 мл в пробирку с желтой (гель) крышкой.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие методы лабораторной диагностики гонореи применимы в этом случае?
Э		Микроскопический, микробиологический (КП), молекулярно-биологический (ПЦР), серологический (ИФА).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Каковы морфологические свойства гонококка?
Э		Грамотрицательные диплококки бобовидной формы, обращенные вогнутыми поверхностями друг к другу, полиморфны (крупные, мелкие), спор не имеют, располагаются внутри лейкоцитов и внеклеточно, характерны феномен «роения», отсутствие другой бактериальной флоры, фагоцитоз.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Антитела какого класса иммуноглобулинов в ИФА анализе можно назначить в данном случае?
Э		Иммуноглобулины IgA, IgG. IgM нет оснований, т.к. пациент болен более трех недель и нет данных за генерализацию процесса.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		038
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.



Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В кожно-венерологический диспансер обратился больной Н., 29 лет, с жалобами на слабость, недомогание, появление язв на половых органах. При осмотре пациента на пенисе обнаружены безболезненные, с плотными краями язвы, эрозии (шанкры) хрящевидной плотности, увеличены регионарные лимфатические узлы. В лабораторию доставлен материал для исследования на сифилис.
В	1	Что послужило причиной обследования пациента на сифилис?
Э		Данные клинического осмотра, обнаруженные на пенисе безболезненные, с плотными краями язвы, эрозии (шанкры) хрящевидной плотности.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Как отобрать материал для микроскопического исследования?
Э		Язвы очищают ватным тампоном, смоченным в физиологическом растворе хлорида натрия. При плохом выделении тканевой жидкости, края язвы сдавливают пинцетом, содержимое язвы отбирают стерильной пипеткой, собранную жидкость наносят на предметное стекло для микроскопии.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Какие методы лабораторной диагностики применяют в этот серонегативный период сифилиса?
Э		Микроскопические методы исследования.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Перечислите и опишите микроскопические методы исследования на сифилис?
Э		Микроскопия в темном поле зрения. Берутся 2-3 капли тканевой жидкости из язвы, готовится препарат «раздавленная капля», микроскопируют в темном поле зрения (объектив x40, окуляр x10). Из тканевой жидкости готовится мазок, окрашивается по Романовскому - Гимзе. При микроскопии видны спирохеты бледно-розового цвета. Реакция иммунофлюоресценции: приготовленный мазок обрабатывается флюоресцирующими диагностическими сыворотками. При люминесцентной микроскопии видны извитые трепонемы. Метод фазово-контрастной микроскопии. При микроскопии свет, который проходит через участки препарата, проникает через фазовое кольцо и дает светлое изображение фона. А объект становятся темными на светлом фоне. Этот метод используется для обнаружения и характеристики подвижности трепонем
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	5	Опишите морфологию возбудителя сифилиса?
Э		Бледная трепонема имеет спиралевидную форму с одинаковыми по высоте завитками, до 12-14 штук. Длина трепонемы от 6 до 20 мкм, ширина 0,13-0,15 мкм. Движения разнообразные: сгибательные, поступательные, маятникообразные, винтообразные, контрактильные (волнообразные, как флаг на ветру).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		039
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Пациентка В., 24 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на умеренные выделения из половых путей. Также отмечает появление учащенного и болезненного мочеиспускания. При осмотре выявлено: шейка матки гиперемирована, выделения слизисто-гнойные, умеренные. Пальпация матки и придатков безболезненна, патологических образований в малом тазе не выявлено. У женщины были взяты мазки и материал для проведения ПЦР-диагностики. Выявлено: В мазках лейкоциты 20-25 в п.з., эпителий много, слизь умеренное количество, флора смешанная, обильная. ПЦР: обнаружены микоплазмы гоминис.
В	1	С чем связана описанная выше клиническая картина кольпита и цистита?
Э		С микоплазмозом, т.к. в ПЦР анализе обнаружены микоплазмы гоминис.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Как Вы охарактеризуете микробиоценоз влагалища на основании микроскопического исследования?
Э		Дисбиоз влагалища, степень чистоты влагалища III.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Перечислите методы окраски мазка на флору или степень чистоты влагалища?
Э		Препараты красят 1% водным метиленовым синим, фуксином или по Граму, на степень чистоты используют окраску по Граму.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Есть ли необходимость в проведении дополнительного обследования и если да, то какого?
Э		Необходимо дополнительное обследование, проведение культурального исследования (посев на микоплазмы) с определением титра возбудителя и чувствительности к антибиотикам. Необходимо выполнить исследование

		Фемофлор Скрин. Обследовать полового партнера, выполнить анализ Андрофлор-скрин.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Что такое анализ Фемофлор Скрин?
Э		Это скрининговое исследование микрофлоры урогенитального тракта у женщин методом ПЦР в режиме реального времени
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		040
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		При микробиологическом обследовании пациентки П., 20 лет, не предъявляющей никаких жалоб и планирующей беременность выявлено: лактобактерии $10^9$ КОЕ/мл, гарднерелла вагиналис $10^3$ КОЕ/мл, стафилококкус род. $10^3$ КОЕ/мл, пептострептококки $10^4$ КОЕ/мл. Мазок: эпителиальных клеток много, лактобактерии умеренно, лейкоциты 4-8 в п/зр., палочки Грам - отрицательные немного
B	1	Оцените результаты микробиологического обследования, состояние биотопа?
Э		Нормоценоз влагалища.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Оцените результаты микроскопии, степень чистоты влагалища?
Э		Нормоценоз влагалища, степень чистоты II, такая степень считается нормальной.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Перечислите бактериальную флору влагалища в норме?
Э		При достижении половой зрелости микрофлора влагалища палочковидная, палочки Дедерлейна, род «Лактобактерии», микроаэрофилы
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Нужно ли в данном случае проводить дополнительные диагностические тесты?
Э		Учитывая планируемую беременность необходимо выполнить ПЦР анализы на ИППП: трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз,

		цитомегаловирус, гарднереллез. вирус герпеса 1-2 типов, качественный и количественный анализы
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Какая может быть лечебная тактика в отношении данной пациентки?
Э		Нет необходимости в коррекции микробиоценоза.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		041
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Пациентка Ш., 48 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на периодически возникающие ощущения прилива жара, повышенную потливость и сердцебиение. Менструальная функция: последняя менструация была 5 месяцев назад. При осмотре: патологии внутренних половых органов не выявлено, отмечается незначительная сухость слизистой оболочки влагалища. Взяты мазки на онкоцитологию и флору. В мазках на онкоцитологию: выявлены единичные клетки парабазального слоя эпителия, микроскопия по Граму: лейкоциты 0-3 в п/зр., эпителия мало, флора кокки.
B	1	Что послужило причиной обследования пациентки на цитологию?
Э		Возраст, жалобы пациентки, необходимость профилактического осмотра.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Интерпретируйте результаты микроскопического исследования, имеет ли место патология?
Э		Патологических изменений не выявлено. Атрофические изменения слизистой у пациентки в пост менопаузальном периоде.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	С чем связана данная картина мазка?
Э		С дефицитом эстрогенов.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Перечислите методы окраски мазков на онкоцитологию?
Э		Рекомендуемые методы окрашивания цитологических мазков: азур-эозиновый, по Романовскому-Гимзе, Лейшману, Маю-Грюнвальду,

		Паппенгейму; гематоксилин-эозиновый, метод Папаниколау.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	О чем свидетельствует наличие парабазальных клеток в мазке на онкоцитологию?
Э		Об атрофических изменениях слизистой влагалища, о возрастных изменениях.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		042
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В гинекологическую клинику обратилась женщина с жалобами на гнойные выделения из влагалища, дизурию, боли слабой интенсивности внизу живота, диспареунию. При подозрении на гонококковую инфекцию у женщины исследовали соскобы из влагалища, цервикального канала, уретры.
B	1	Что послужило причиной обследования пациентки на гонококковую инфекцию?
Э		Жалобы на гнойные выделения из влагалища, дизурию, боли слабой интенсивности внизу живота, диспареунию.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какой материал исследуют при подозрении на гонококковую инфекцию УГТ?
Э		Исследуют отделяемое, соскобы цервикального канала, шейки матки, уретры, первые капли мочи.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Перечислите методы окраски мазка на гонококки?
Э		Окраска по Граму, 1% водным метиленовым синим.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	В какой цвет окрашиваются гонококки?
Э		Розово-малиновый, гонококки грамотрицательные.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0		Ответ неверный
B	5	Опишите микроскопическую картину мазка при острой гонорее?
Э		Большое количество нейтрофилов, грамтрицательные диплококки бобовидной формы, обращенные вогнутыми поверхностями друг к другу, располагаются внутри лейкоцитов и внеклеточно. Для гонореи характерны феномен «роения», отсутствие другой бактериальной флоры, фагоцитоз.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		043
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Женщина поступила в гинекологическую клинику на плановое оперативное лечение (фиброма матки). Жалоб не предъявляет. В лабораторию доставлены мазки из влагалища на степень чистоты.
B	1	С какой целью назначено исследование на степень чистоты влагалища?
Э		Исследование позволяет оценить состояние микробиоценоза УГТ, исключить возможного возбудителя, и, соответственно, избежать послеоперационных осложнений.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Сколько выделяют степеней чистоты влагалища?
Э		Выделяют 4 степени чистоты влагалища (I,II,III,IV).
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Перечислите бактериальную флору влагалища в норме?
Э		При достижении половой зрелости микрофлора влагалища палочковидная, палочки Дедерлейна, род «Лактобактерии», микроаэрофилы.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Назовите признаки I степени чистоты влагалища?
Э		Клетки плоского эпителия, лактобактерии значительное количество, лейкоциты отсутствуют, рН кислая (4,0-4,5) – вариант нормы.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Назовите признаки II степени чистоты влагалища?
Э		Лактобактерий меньше, умеренное количество, эпителиальных клеток

		много, единичные лейкоциты или до 10, рН кислая (5,0-5,5) – вариант нормы.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		044
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В гинекологическую клинику обратилась женщина с жалобами на обильные, пенистые выделения желто-серого цвета, зуд, дискомфорт в области половых органов. В лабораторию доставлен материал для исследования на трихомонады.
В	1	Что послужило причиной обследования пациентки на трихомоноз?
Э		Жалобы на обильные, пенистые выделения желто-серого цвета, зуд, дискомфорт в области половых органов.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Назовите морфологические признаки влагалищной трихомонады в окрашенных мазках?
Э		Размер от 5-25 до 30-60 мкм, форма полиморфная, ядро в виде косточки сливы, расположено по периферии цитоплазмы (эксцентрично), цитоплазма окрашена неравномерно, вакуализированная, пенистая, обнаруживаются жгутики.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Опишите морфологические признаки влагалищной трихомонады в нативном препарате?
Э		Форма грушевидная, овальная, чуть больше лейкоцита, имеет жгутики, обладает характерным толчкообразным движением.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Перечислите методы окраски мазков для выявления трихомонад?
Э		Окраска по методу Романовского, по Граму, 1% водным раствором метиленовой сини, 0,5% водным раствором бриллиантового зеленого, по Цогикян.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Определите для какой степени чистоты влагалища характерно наличие трихомонад?

Э		Наличие трихомонад во влагалищном мазке характерно для IV степени чистоты.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		045
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная Н, 30 лет. После переохлаждения появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Был выполнен ОАМ: доставленное количество 40 мл, цвет соломенно-желтый, реакция щелочная 8,0, относительная плотность 1027, моча мутная, белок 0,3 г/л, эпителиальные клетки 2-5 в п/зр., переходный эпителий 10-14 в п/зр., лейкоциты сплошь в п/зр., эритроциты свежие 10-12 в п/зр., микрофлора большое количество, слизь, соли-аморфные фосфаты, трипельфосфаты. ОАК в норме.
В	1	Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Э		Моча мутная, щелочная реакция. При микроскопии клетки мочевого пузыря, масса лейкоцитов, бактерий, слизь, что указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре. Можно предположить бактериальный цистит
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какую патологию еще можно предположить исходя из ОАМ?
Э		В моче найдены свежие эритроциты, соли, что может свидетельствовать о наличии камней и возможной травматизации слизистой мочевых путей. Белок в данном случае имеет внепочечное происхождение, за счет форменных элементов, гноя
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Возможный окончательный лабораторный диагноз?
Э		Таким образом, имеющиеся нагноительные изменения в моче у больной Н. дают основания поставить диагноз мочекаменной болезни с явлениями цистита
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Показан ли метод Нечипоренко в данной ситуации?
Э		Нет, т.к. форменные элементы содержатся в большом количестве, лейкоциты значительно преобладают
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ



P0		Ответ неверный
B	5	Какие дополнительные исследования мочи необходимо провести?
Э		При исследовании ОАМ констатируют только сам факт наличия бактериурии, необходимо дополнительно назначить анализ мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, определение количества микробных тел
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		046
Ф	D	Консультативно-диагностическое обеспечение лабораторных исследований.
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В клинику обратилась женщина 38 лет, жалобы на недомогание, слабость, утомляемость, субфебрильную температуру в течение нескольких дней. В ОАК СОЭ 28, лейкоциты 9,2. ОАМ: количество за сутки 2 литра 200 мл, цвет светло-желтый, моча мутная, плотность 1,012, реакция слабощелочная 7,5, белок 0,5 г/л, глюкоза, билирубин, уробилиноген – отрицательные, эпителий плоский 0-3 в п/зр., переходный единичный в п/зр., лейкоциты 12-16 в п/зр., эритроциты 1-5 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., лейкоцитарные, зернистые 0-1-3 в п/зр., бактерии в большом количестве
B	1	О какой патологии можно думать и почему?
Э		Можно думать об острой фазе пиелонефрита. О данной патологии свидетельствуют: клиника заболевания, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, полиурия с небольшим снижением относительной плотности мочи, протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, цилиндрурия, бактериурия.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Назовите основные лабораторные показатели острого пиелонефрита?
Э		Это бактериурия и пиурия.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	С чем связан симптом полиурии и небольшое снижение плотности мочи в начале заболевания?
Э		С самого начала заболевания имеет место поражение концевых канальцев нефрона и нарушение реабсорбции жидкости.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

В	4	Какой слой ткани почек поражается при пиелонефрите?
Э		Пиелонефрит – гнойно-воспалительный процесс в интерстициальной ткани мозгового слоя почек.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	5	Что является одним из основных симптомов пиелонефрита?
Э		Симптомом пиелонефрита является нарушение кровоснабжения канальцев вследствие поражения соединительной ткани мозгового слоя почек инфекционным процессом
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
Н		047
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной 30 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головную боль, одышку, отек лица, кистей рук, голеней. Эти жалобы появились внезапно через неделю после перенесенной ангины. Одновременно резко уменьшилось количество выделяемой мочи. Моча имеет красновато-бурый цвет, мутная. ОАМ: суточное количество мочи 300 мл, цвет – красно-бурый, мутная, плотность 1030, реакция резко кислая 5,0, белок 4,0 г/л, глюкоза, билирубин, уробилиноген - отрицательные, эпителий плоский 0-3 в п/зр., переходный единичный в п/зр., почечный эпителий 4-6 в п/зр., лейкоциты 2-6 в п/зр., эритроциты 80-110 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-3 в п/зр., зернистые 1-4 в п/зр.
В	1	Для какого заболевания характерна данная картина мочи?
Э		Данная картина мочи соответствует острому гломерулонефриту. О данной патологии свидетельствуют олигоурия, изменение цвета мочи на красновато-бурый, протеинурия, наличие почечного эпителия, макрогематурия, цилиндрурия
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	2	Показан ли количественный метод исследования?
Э		Нет, не показан, так как в ОАМ наблюдается макрогематурия.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0		Ответ неверный
В	3	Какие дополнительные исследования мочи необходимо провести?
Э		Необходимо провести ОАМ в динамике, трехстаканную пробу мочи и пробу по Зимницкому.
Р2		Ответ правильный
Р1		Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0		Ответ неверный
B	4	Как провести трехстаканную пробу мочи?
Э		Трехстаканная проба собирается при одноразовом мочеиспускании в три стакана, и в каждой порции при микроскопии определяют количество эритроцитов и лейкоцитов. Наличие эритроцитов во всех 3-х стаканах указывает на почечную патологию.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Как выполнить пробу по Зимницкому?
Э		При проведении пробы Зимницкого моча собирается в течение суток. После предварительного опорожнения мочевого пузыря в 6 часов утра, собирается восемь порций, через каждые 3 часа. В каждой порции определяется относительная плотность и количество, затем подсчитывается дневной, ночной и суточный диурез. При остром гломерулонефрите могут быть гиперстенурия и олигоурия
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		048
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		После родов у больной, 35 лет, длительное время сохраняются тянущие боли в пояснице. В связи с этим был произведен общий анализ мочи. ОАМ: доставленное количество мочи 40 мл, цвет соломенно-желтый, мутная, относительная плотность 1015, реакция щелочная 8,0, белок 0,033 г/л, эпителиальные клетки 0-2 в п/зр., лейкоциты 1-3 в п/зр., эритроциты измененные 2-5 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-2-4 в п/зр., эритроцитарные единичные в препарате. ОАК без патологии.
B	1	О каком заболевании можно думать в данном случае?
Э		В моче обнаружен ряд патологических признаков: моча мутная, снижен удельный вес, имеет место изменение реакции мочи на щелочную, протеинурия. При микроскопическом исследовании найдены выщелочные эритроциты, цилиндры, которые представляют собой белковые образования канальцевого происхождения, сочетание таких изменений характерно для хронического поражения почек, с вовлечением в процесс клубочков, можно думать о хроническом гломерулонефрите
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие лабораторные показатели в данном случае патогенетически значимы?
Э		Низкий удельный вес мочи свидетельствует о снижении концентрационной функции почек. Белок и выщелочные эритроциты появляются при

		повышенной проницаемости сосудов клубочков почек
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Какие дополнительные исследования мочи необходимо провести?
Э		Необходимо провести ОАМ в динамике, трехстаканную пробу мочи, пробу по Зимницкому, анализ мочи по Нечипоренко
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Для чего в клинике используют исследование по Нечипоренко?
Э		Метод Нечипоренко используют для количественного определения содержания в моче лейкоцитов и эритроцитов, для диагностики и мониторинга лечения.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Показан ли метод Нечипоренко в данной ситуации?
Э		Да, показан, для точного количественного определения лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл мочи, для решения вопроса - какие элементы преобладают.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
H		049
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной К., 45 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине живота. При осмотре отмечается желтушность склер и кожных покровов. Анализ кала: цвет серовато-белый, консистенция мажеобразная, реакция кислая, стеркобилин не обнаружен, реакция на скрытую кровь – отрицательная. Микроскопически выявлено большое количество жирных кислот и мыл, нейтрального жира, небольшое количество переваренных мышечных волокон, детрит.
B	1	Для какого заболевания характерна данная картина кала?
Э		Изменение цвета, консистенции кала, отсутствие стеркобилина, наличие большого количества жирных кислот, нейтрального жира и мыл характерно для обтурационной (механической) желтухи.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Перечислите элементы жирной пищи в кале?

Э		Элементы жирной пищи в кале: нейтральный жир (в виде капель); жирные кислоты (в виде капель, игл); мыла (в виде игл, глыбок)
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Назовите методы дифференцирования элементов жирной пищи в кале?
Э		При наличии капель в нативном препарате добавляют 1-2 капли 0,5% раствора метиленовой сини: капли нейтрального жира остаются бесцветными, а капли жирных кислот окрашиваются в синий (голубой) цвет. Если в нативном препарате - иглы, препарат подогревают: иглы жирных кислот превращаются в капли, а иглы мыл - остаются. Если в нативном препарате глыбки, то препарат подогревают и добавляют 1 каплю 20% уксусной кислоты: глыбки растительного происхождения не изменяются, а глыбки мыл превращаются в капли и окрашиваются метиленовым синим в голубой цвет
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Как называется присутствие в кале большого количества элементов жирной пищи?
Э		Стеаторея
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Что составляет основной фон при микроскопии кала?
Э		Детрит
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
Н		050
Ф	D/01.7	Консультативное обеспечение лечебно-диагностического процесса в части лабораторных исследований.
Ф	D/05.7	Формулирование заключения по результатам лабораторных исследований.
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		К врачу обратился пациент А., 40 лет, с жалобами на ноющие слабые боли, локализующиеся в подложечной (эпигастральной) зоне, чувство переполненного желудка, отрыжку, вздутие живота, тошноту. В анамнезе стрессовые ситуации, нарушение диеты, режима питания. ОАК, ОАМ без особенностей. В анализе кала: кал плотный, оформленный, коричневатый, в нативном препарате обнаружены цилиндрические образования коричневого цвета с поперечной и продольной исчерченностью, расположены группами, соединительная ткань, пласты и клетки перевариваемой клетчатки, кристаллы оксалата кальция
В	1	Для какого заболевания характерна данная картина кала?
Э		Подобные изменения копрограммы могут наблюдаться при недостаточности желудочного пищеварения (недостаточность соляной

		кислоты и пепсина) по типу ахилии и ахлоргидрии, возможна ускоренная эвакуация пищи из желудка
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	2	Какие элементы найдены в кале, есть ли такие элементы в норме?
Э		В кале найдены непереваренные мышечные волокна, соединительная ткань, пласты переваримой клетчатки, кристаллы оксалата кальция. В норме в таком качестве, количестве и сочетании данных элементов нет
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	3	Назовите отличие состояний гиперхлоргидрия и гипохлоргидрия?
Э		При гиперхлоргидрии мышечные волокна имеют исчерченность и лежат разрозненно, при гипохлоргидрии и при ускоренной эвакуации пищи из желудка обнаруживаются мышечные волокна с исчерченностью, без исчерченности и соединительная ткань.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	4	Как называется присутствие в кале большого количества непереваренных мышечных волокон?
Э		Креаторея.
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
B	5	Какие существуют правила сбора кала на общий анализ?
Э		а) Рекомендуется за 2-3 дня до исследования кала избегать приема лекарственных препаратов и продуктов, меняющих цвет кала и вызывающих функциональные нарушения ЖКТ; б) кал собирают в чистую, сухую, стеклянную или пластмассовую посуду; в) исследовать лучше свежeweделенный кал. При необходимости его хранят в холодильнике, но не более 10-12 часов. При необходимости сохранения материала на большой срок его консервируют 5% водным раствором формалина; г) следует избегать смешивания кала с мочой и влагалищными выделениями, нельзя доставлять кал после клизм, введения свечей. Хранить можно в холодильнике при температуре плюс 3-5°
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная Н, 30 лет. После переохлаждения появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Был выполнен ОАМ: доставленное количество 40 мл, цвет соломенно-желтый, реакция щелочная 8,0, относительная плотность 1027, моча мутная, белок 0,3 г/л, эпителиальные клетки 2-5 в п/зр., переходный эпителий 10-14 в п/зр., лейкоциты сплошь в п/зр., эритроциты свежие 10-12 в п/зр., микрофлора

		большое количество, слизь, соли-аморфные фосфаты, трипельфосфаты. ОАК в норме.
В	1	Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Э		Моча мутная, щелочная реакция. При микроскопии клетки мочевого пузыря, масса лейкоцитов, бактерий, слизь, что указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре. Можно предположить бактериальный цистит
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	2	Какую патологию еще можно предположить исходя из ОАМ?
Э		В моче найдены свежие эритроциты, соли, что может свидетельствовать о наличии камней и возможной травматизации слизистой мочевых путей. Белок в данном случае имеет внепочечное происхождение, за счет форменных элементов, гноя
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	3	Возможный окончательный лабораторный диагноз?
Э		Таким образом, имеющиеся нагноительные изменения в моче у больной Н. дают основания поставить диагноз мочекаменной болезни с явлениями цистита
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	4	Показан ли метод Нечипоренко в данной ситуации?
Э		Нет, т.к. форменные элементы содержатся в большом количестве, лейкоциты значительно преобладают
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный
В	5	Какие дополнительные исследования мочи необходимо провести?
Э		При исследовании ОАМ констатируют только сам факт наличия бактериурии, необходимо дополнительно назначить анализ мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, определение количества микробных тел
P2		Ответ правильный
P1		Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0		Ответ неверный

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, УК-2, УК-	5	Отлично	90-100%

3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК- 5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК- 10	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискусионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.