

1. К основным типам клинико-диагностических лабораторий (КДЛ) учреждений здравоохранения относятся все, кроме:

- 1) общего типа
- 2) централизованного
- 3) специализированного
- 4) получцентрализованного

2. Внутренний контроль качества:

- 1) проводится только при проведении количественных исследований
- 2) проводится на аналитическом этапе исследований
- 3) предназначен для обнаружения ошибки до выдачи ответа исследования
- 4) используется только в референтных лабораториях

3. Основными задачами клинико-диагностической лаборатории являются все, кроме:

- 1) организации качественного и своевременного выполнения клинических лабораторных исследований
- 2) внедрения новых технологий и методов лабораторного исследования
- 3) проведения мероприятий по охране труда, санитарно-эпидемиологического режима
- 4) осуществления платных медицинских услуг

4. Основные обязанности заведующего КДЛ, кроме:

- 1) обеспечения своевременного и качественного проведения лабораторных исследований
- 2) определения функциональных обязанностей сотрудников
- 3) принятия на работу и увольнения сотрудников КДЛ
- 4) организации повышения квалификации персонала лабораторий

5. Основные обязанности врача КДЛ, кроме:

- 1) проведения лабораторных исследований
- 2) подбора кадров для КДЛ
- 3) проведения интерпретации результатов лабораторных исследований
- 4) осуществления консультативной работы по вопросам клинической лабораторной диагностики

6. На результаты анализа могут повлиять факторы, кроме:

- 1) физического и эмоционального состояния
- 2) циркадных ритмов
- 3) положения тела
- 4) социального статуса пациента

7. В сопроводительном бланке к пробе, поступающей в лабораторию, должно быть все указано, кроме:

- 1) ФИО пациента
- 2) перечня показателей
- 3) фамилии лечащего врача
- 4) метода исследования

8. Венозную кровь у пациента необходимо брать:

- 1) после приёма пищи
- 2) натощак
- 3) после физиопроцедур
- 4) после приема лекарственных препаратов

9. Исследование, не требующее 12-часового воздержания от приёма пищи:

- 1) определение холестерина
- 2) исследование общего белка
- 3) общий анализ крови
- 4) определение глюкозы

10. Для проведения контроля правильности исследований рекомендуется использовать:

- 1) водный раствор субстратов
- 2) референтную сыворотку
- 3) донорскую кровь
- 4) дистиллированную воду

11. При проведении контроля качества пользуются всеми критериями, кроме:

- 1) воспроизводимости
- 2) правильности
- 3) стоимости
- 4) точности

12. Внутрिलाбораторный контроль качества охватывает все этапы лабораторного исследования, кроме:

- 1) преаналитического
- 2) аналитического
- 3) неаналитического
- 4) постаналитического

13. Коэффициент вариации используют для оценки:

- 1) воспроизводимости
- 2) чувствительности
- 3) правильности
- 4) специфичности

14. Контрольная карта - это:

- 1) перечень нормативных величин
- 2) порядок манипуляций при проведении анализа
- 3) схема расчёта результатов
- 4) графическое изображение измеряемых величин

15. Основное значение контрольных карт состоит:

- 1) в выявлении допустимых аналитических ошибок
- 2) в оценке правильности метода
- 3) в оценке воспроизводимости метода
- 4) в оценке чувствительности метода

16. Контрольная сыворотка с неизвестным содержанием вещества позволяет:

- 1) выявить не систематические ошибки
- 2) выявить случайные ошибки
- 3) выявить систематические ошибки
- 4) проверить правильность результатов

17. Внелабораторные погрешности связаны:

- 1) с неточным приготовлением реактивов
- 2) с плохим качеством приборов
- 3) с использованием неточного метода
- 4) с неправильной подготовкой пациента

18. Функция референтной лаборатории заключается:

- 1) в статистической обработке результатов
- 2) в изготовлении контрольных материалов
- 3) в выполнении рутинных анализов
- 4) в аттестации контрольных материалов референтными методами

19. Внешний контроль качества представляет собой:

- 1) метрологический контроль
- 2) контроль использования методов исследования разными лабораториями
- 3) систему мер, призванных оценить метод
- 4) систему объективной оценки результатов лабораторных исследований

ний разных лабораторий

20. Внешний контроль качества даёт возможность:

- 1) сравнить качество работы нескольких лабораторий
- 2) оценить чувствительность используемых методов
- 3) стандартизировать методы и условия исследования
- 4) аттестовать контрольные материалы

21. Способом выявления аналитических ошибок является:

- 1) постоянное проведение контроля качества
- 2) выбор аналитического метода
- 3) последовательная регистрация анализов
- 4) связь лаборатории с лечащим врачом

22. Что отражает показатель pH?

- 1) концентрацию свободных ионов водорода
- 2) концентрацию гидроксильных групп
- 3) отношение концентрации H^+ к концентрации гидроксильных групп
- 4) напряжение ионов водорода

23. Какой из перечисленных буферов КОС является основным внутриклеточным?

- 1) бикарбонатный
- 2) ацетатный
- 3) белковый
- 4) гемоглобиновый

24. Чему равна величина pH бикарбонатного буфера?

- 1) 7,3
- 2) 7,4
- 3) 6,1
- 4) 5,9
- 5) 7,8

25. При участии какого фермента в почечных канальцах происходит диссоциация угольной кислоты?

- 1) ЛДГ
- 2) АсАТ
- 3) АлАТ
- 4) липазы
- 5) карбоангидразы

26. Оптимальным антикоагулянтом при определении показателей КОС является:

- 1) оксалат
- 2) цитрат
- 3) литиевая соль гепарина
- 4) гепарин-Na
- 5) ЭДТА

27. Дыхательный ацидоз может развиваться:

- 1) при длительном голодании
- 2) при пиелонефрите
- 3) при респираторном дистресс-синдроме
- 4) при гепатите
- 5) при гипервентиляции легких

28. Причиной метаболического алкалоза может быть:

- 1) задержка углекислоты
- 2) задержка органических кислот
- 3) потеря ионов калия
- 4) гипервентиляция легких
- 5) гиповентиляция легких

29. Дыхательный алкалоз развивается:

- 1) при гипервентиляции легких
- 2) при обильной рвоте
- 3) при опухоли пищевода
- 4) при вливании щелочных растворов
- 5) при гиповентиляции легких

30. Пациента с дыхательной недостаточностью следует переводить на искусственную вентиляцию легких при P_{aO_2} , менее:

- 1) 90 мм рт. ст.
- 2) 60 мм рт. ст.
- 3) 70 мм рт. ст.
- 4) 80 мм рт. ст.
- 5) 100 мм рт. ст.

31. Референтными значениями бикарбоната в плазме являются:

- 1) 18-26 ммоль/л
- 2) 21-27 ммоль/л
- 3) 35-45 ммоль/л
- 4) 25-30 ммоль/л
- 5) 31-37 ммоль/л

32. Референтными значениями pH артериальной крови являются:

- 1) 7,50-7,60 ед.
- 2) 7,35-7,60 ед.
- 3) 7,35-7,45 ед.
- 4) 7,25-7,45 ед.
- 5) 7,25-7,35 ед.

33. Опасным для жизни является увеличение концентрации ионов бикарбоната в плазме:

- 1) > 35 ммоль/л
- 2) >38 ммоль/л
- 3) >27 ммоль/л
- 4) >40 ммоль/л
- 5) >29 ммоль/л

34. Под титруемой кислотностью понимают:

- 1) количество выводимого аммония с мочой
- 2) количество выводимых однозамещенных фосфатов с мочой
- 3) количество свободных ионов водорода, выводимых с мочой
- 4) уровень свободных ионов водорода в крови

35. Референтными значениями pCO₂ в артериальной крови являются:

- 1) 25-35 мм рт.ст.
- 2) 35-45 мм рт.ст.
- 3) 45-55 мм рт.ст.
- 4) 55-65 мм рт.ст.
- 5) 65-85 мм рт.ст.

36. Опасными для жизни являются значения pCO₂ выше:

- 1) 40 мм рт.ст.
- 2) 45 мм рт.ст.
- 3) 60 мм рт.ст.
- 4) 55 мм рт.ст.
- 5) 50 мм рт.ст.

37. Опасной для жизни является концентрация бикарбоната плазмы ниже:

- 1) 20 ммоль/л
- 2) 15 ммоль/л
- 3) 10 ммоль/л
- 4) 25 ммоль/л
- 5) 30 ммоль/л

38. Опасными для жизни значениями лактата в крови являются:

- 1) выше 6 ммоль/л
- 2) выше 5 ммоль/л
- 3) выше 4 ммоль/л
- 4) выше 3 ммоль/л
- 5) выше 2,5 ммоль/л

39. Что отражает показатель D (A-a) pO_2 ?

- 1) объем крови, шунтирующейся в легких
- 2) альвеоло-артериальную разницу по кислороду
- 3) парциальное давление кислорода в смешанной венозной крови
- 4) парциальное давление кислорода в артериальной крови

40. Что отражает показатель D (a-v) O_2 ?

- 1) объем крови, шунтирующейся в легких
- 2) альвеоло-артериальную разницу по кислороду
- 3) артерио-венозную разницу по O_2
- 4) парциальное давление кислорода в артериальной крови

41. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,22$ ед; $pCO_2=61$ мм рт.ст.; бикарбонат= 23 ммоль/л; $BE= -1,2$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 3) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

42. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,1$ ед.; $pCO_2=66$ мм рт.ст.; бикарбонат=13 ммоль/л; $BE= -13$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 3) дыхательный ацидоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

43. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,55$ ед.; $pCO_2=55$ мм рт.ст.; бикарбонат=38 ммоль/л; $BE=+15$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз субкомпенсированный
- 2) дыхательный алкалоз декомпенсированный

- 3) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

44. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,41$ ед.; $pCO_2=50$ мм рт.ст.; бикарбонат=30 ммоль/л; $BE=+7$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) дыхательный ацидоз компенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

45. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH= 7,36$ ед; $pCO_2= 29$ мм рт.ст.; бикарбонат = 16 ммоль/л; $BE=-8$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз компенсированный
- 2) дыхательный ацидоз компенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

46. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,49$ ед.; $pCO_2=42$ мм рт.ст.; бикарбонат=30 ммоль/л; $BE=+7$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) дыхательный алкалоз компенсированный
- 3) дыхательный алкалоз декомпенсированный
- 4) метаболический алкалоз декомпенсированный

47. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,30$ ед.; $pCO_2=53$ мм рт.ст.; бикарбонат=35 ммоль/л; $BE=+6$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз субкомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз субкомпенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

48. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,54$ ед.; $pCO_2=36$ мм рт.ст.; бикарбонат=35 ммоль/л; $BE=+10$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) метаболический алкалоз декомпенсированный

- 3) дыхательный алкалоз компенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

49. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,16$ ед.; $pCO_2=60$ мм рт.ст.; бикарбонат=23 ммоль/л; $BE=-3$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 2) компенсированный дыхательный ацидоз
- 3) компенсированный метаболический алкалоз
- 4) субкомпенсированный метаболический ацидоз

50. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные: $pH=7,48$ ед.; $pCO_2=25$ мм рт.ст.; бикарбонат=20 ммоль/л; $BE=-4$ ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз субкомпенсированный
- 2) дыхательный алкалоз субкомпенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный алкалоз декомпенсированный

51. Референтными значениями глюкозы в плазме являются:

- 1) 3,3-5,5 ммоль/л
- 2) 4,0-6,1 ммоль/л
- 3) 5,6-7,8 ммоль/л
- 4) 5,6-6,7 ммоль/л
- 5) 7,8-10,0 ммоль/л

52. Референтными значениями глюкозы в цельной крови являются:

- 1) 3,3-5,5 ммоль/л
- 2) 3,9-6,4 ммоль/л
- 3) 5,6-7,8 ммоль/л
- 4) 5,6-6,7 ммоль/л
- 5) 7,8-10,0 ммоль/л

53. При подозрении на сахарный диабет необходимо определить:

- 1) уровень гликемии
- 2) глюкозу в моче
- 3) гликированный гемоглобин
- 4) холестерол
- 5) триглицериды

54. Термин «фруктозамин» обозначает:

- 1) соединение фруктозы с белками

- 2) мукополисахариды
- 3) гликированный альбумин
- 4) гликолипиды

55. Назовите референтный метод исследования уровня гликемии:

- 1) гексокиназный
- 2) ортотолуидиновый
- 3) метод преобразования меди по Бенедикту
- 4) глюкозооксидазный
- 5) глюкозодегидрогеназный

56. Что такое «постпрандиальная гликемия»?

- 1) уровень глюкозы в крови через 1 час после еды
- 2) уровень глюкозы в крови через 6 часов после еды
- 3) уровень глюкозы в крови через 3 часа после еды
- 4) уровень глюкозы в крови через 2 часа после еды

57. Почечный порог для глюкозы составляет:

- 1) 6,0-7,0 ммоль/л
- 2) 7,0-8,0 ммоль/л
- 3) 8,8-10,0 ммоль/л
- 4) 11,0-12,0 ммоль/л
- 5) 12,0-13,0 ммоль/л

58. Диагностическим критерием сахарного диабета является уровень глюкозы в плазме натощак:

- 1) >6,7 ммоль/л
- 2) >5,6 ммоль/л
- 3) >7,0 ммоль/л
- 4) >5,5 ммоль/л
- 5) >8,7 ммоль/л

59. Диагностическим критерием сахарного диабета является уровень глюкозы в цельной крови натощак:

- 1) >6,1 ммоль/л
- 2) >5,6 ммоль/л
- 3) >7,8 ммоль/л
- 4) >5,5 ммоль/л
- 5) >8,7 ммоль/л

60. Диагностическими критериями сахарного диабета через 2 часа после нагрузки глюкозой в плазме являются значения:

- 1) >6,4 ммоль/л
- 2) >6,7 ммоль/л
- 3) >7,0 ммоль/л
- 4) >10,0 ммоль/л
- 5) >11,1 ммоль/л

61. Диагностическими критериями сахарного диабета через 2 часа после нагрузки глюкозой в цельной венозной крови являются значения:

- 1) >6,4 ммоль/л
- 2) >6,1 ммоль/л
- 3) >7,8 ммоль/л
- 4) >10,0 ммоль/л
- 5) >11,1 ммоль/л

62. Диагностическими критериями сахарного диабета через 2 часа после нагрузки глюкозой в цельной капиллярной крови являются значения:

- 1) >6,4 ммоль/л
- 2) >6,7 ммоль/л
- 3) >7,8 ммоль/л
- 4) >10,0 ммоль/л
- 5) >11,1 ммоль/л

63. Гликированный гемоглобин - это:

- 1) комплекс глюкозы с СОНб
- 2) комплекс глюкозы с НбА
- 3) комплекс глюкозы с НбF
- 4) соединение фруктозы с НбА

64. Какова диагностическая ценность определения в крови НбА1с?

- 1) диагностика диабетической нефропатии
- 2) оценка степени компенсации сахарного диабета
- 3) диагностика диабетического кетоацидоза
- 4) диагностика макроангиопатий
- 5) диагностика диабетической ретинопатии

65. Одним из основных лабораторных критериев развившейся диабетической нефропатии является:

- 1) протеинурия > 0,5 г/сут
- 2) протеинурия > 1,0 г/сут
- 3) протеинурия > 3,0 г/сут
- 4) протеинурия > 2,0 г/сут

66. Микроальбуминурия - это:

- 1) выделение альбумина с мочой в количестве 500-600 мг/сут
- 2) выделение альбумина с мочой в количестве 600-800 мг/сут
- 3) выделение альбумина с мочой в количестве 300-500 мг/сут
- 4) выделение альбумина с мочой в количестве 30-300 мг/сут

67. К ранним осложнениям сахарного диабета относится:

- 1) диабетическая нейропатия
- 2) диабетическая нефропатия
- 3) диабетический кетоацидоз
- 4) диабетическая ретинопатия

68. Критерием компенсированного течения сахарного диабета I типа является следующий уровень HbA1c:

- 1) 8,0-9,0 %
- 2) 6,0-7,0 %
- 3) 7,1-7,5 %
- 4) 8,0-8,5 %

69. Критерием компенсированного течения сахарного диабета I типа является следующий уровень гликемии натощак:

- 1) 5,0-6,0 ммоль/л
- 2) 6,1-6,5 ммоль/л
- 3) 6,5-6,9 ммоль/л
- 4) 7,0-7,5 ммоль/л

70. С какой частотой необходимо определять концентрацию HbA1c у пациентов с I типом сахарного диабета?

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в 3 месяца

71. С какой частотой необходимо определять концентрацию HbA1c у пациентов со II типом сахарного диабета?

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в 3 месяца

72. Частота исследований мочи на предмет обнаружения микроальбуминурии у пациентов с I типом сахарного диабета составляет:

- 1) 1 раз в год, через 5 лет от начала заболевания

- 2) 2 раза в год, через 5 лет от начала заболевания
- 3) 2 раза в год, через 3 года от начала заболевания
- 4) 1 раз в год, через 3 года от начала заболевания

73. Рекомендуемым уровнем общего холестерина в сыворотке является:

- 1) <6,5 ммоль/л
- 2) <6,2 ммоль/л
- 3) <7,0 ммоль/л
- 4) <5,2 ммоль/л

74. Под стеатореей понимают:

- 1) образование камней в желчном пузыре
- 2) жировое перерождение печени
- 3) избыток липидов в кале
- 4) повышенная концентрация липопротеинов в крови

75. При исследовании показателей липидного профиля необходимо соблюдать следующее условие:

- 1) забор крови натощак
- 2) хранение проб только в виде гепаринизированной плазмы
- 3) обезжиривание и обезвоживание посуды
- 4) переход на диету без холестерина за 2-3 суток до забора крови

76. Причиной гипохолестеремии может являться:

- 1) нефротический синдром
- 2) гломерулонефрит
- 3) тяжелая физическая нагрузка
- 4) дефицит инсулина

77. Для определения типа гиперлипопроteinемии достаточно исследовать в сыворотке:

- 1) уровень а-холестерола
- 2) уровень общего холестерина
- 3) основные классы липопротеинов
- 4) уровень ЛПНП

78. Гипертриглицеридемия может развиваться:

- 1) при панкреатите
- 2) сахарном диабете
- 3) при гепатите
- 4) при тиреотоксикозе

79. Антиатерогенным эффектом обладают:

- 1) триглицериды
- 2) холестерол
- 3) пре-в-липопротеины
- 4) в-липопротеины
- 5) а-липопротеины

80. Местом образования в организме ЛПОНП являются:

- 1) мышечная ткань
- 2) жировая ткань
- 3) гепатоциты
- 4) легкие

81. Местом образования в организме ЛПНП являются:

- 1) почки
- 2) жировая ткань
- 3) плазма крови
- 4) соединительная ткань

82. Апо-А-белок входит в состав:

- 1) ХМ
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛППП
- 4) ЛПНП
- 5) ЛПВП

83. Апо-В-белок входит в состав всего, кроме:

- 1) ЛПОНП
- 2) ЛППП
- 3) ЛПНП
- 4) ЛПВП

84. Больной 43 лет, плазма прозрачная, общий холестерол - 5,2 ммоль/л, а-холестерол - 0,94 ммоль/л. Состояние липидного обмена можно расценить как:

- 1) норма
- 2) гиперлипидемия
- 3) гипохолестеринемия
- 4) спектр атерогенного характера

85. Мальчик 13 лет, с ожирением, плазма хилезная, гипертриглицеридемия. Можно подозревать гиперлипопротеинемию:

- 1) I типа

- 2) II типа
- 3) III типа
- 4) IV типа
- 5) V типа

86. Больной 49 лет, поступил в клинику с жалобами на частые приступы стенокардии. Приступы купировались нитроглицерином. Лабораторное исследование должно включать измерение в сыворотке крови:

- 1) холестерола, триглицеридов, а- холестерина
- 2) холестерина, общих липидов
- 3) холестерина, общих липидов, фосфолипидов
- 4) холестерина, кетоновых тел, неэстерифицированных жирных кислот

87. Концентрация общего холестерина в крови 5,0 ммоль/л, а- холестерина - 1,83 ммоль/л, триглицеридов - 1,25 ммоль/л, индекс атерогенности 1,56. Вероятность развития ИБС:

- 1) очень высокая
- 2) высокая
- 3) умеренная
- 4) незначительная

88. Референтным уровнем общего белка в плазме является:

- 1) 25-45 г/л
- 2) 45-65 г/л
- 3) 65-85 г/л
- 4) 82-95 г/л

89. Опасным для жизни является снижение уровня общего белка в крови ниже:

- 1) 40 г/л
- 2) 60 г/л
- 3) 55 г/л
- 4) 50 г/л

90. Референтным уровнем альбумина в плазме является:

- 1) 15-25 г/л
- 2) 35-50 г/л
- 3) 30-40 г/л
- 4) 60-80 г/л

91. Опасная для жизни гипоальбуминемия - это:

- 1) снижение уровня альбумина ниже 50 г/л

- 2) снижение уровня альбумина ниже 45 г/л
- 3) снижение уровня альбумина ниже 20 г/л
- 4) снижение уровня альбумина ниже 30 г/л

92. Протеинурия - это:

- 1) выведение белка с мочой более 20 мг/сут
- 2) выведение белка с мочой более 150 мг/сут
- 3) выведение белка с мочой более 50 мг/сут
- 4) выведение белка с мочой более 30 мг/сут

93. Диспротеинемия - это:

- 1) увеличение концентрации общего белка
- 2) уменьшение концентрации общего белка
- 3) снижение уровня фибриногена
- 4) нарушение соотношения фракций белков плазмы

94. Уровень у-глобулинов в крови понижен:

- 1) при ИБС
- 2) при гастрите
- 3) при лучевой болезни
- 4) при опухоли пищевода

95. Белок Бенс-Джонса можно определить с использованием:

- 1) реакции агглютинации
- 2) диализа мочи
- 3) электрофореза белков мочи
- 4) концентрирования мочи

96. Какое патологическое состояние сопровождается снижением уровня фибриногена в крови?

- 1) инфаркт миокарда
- 2) хронические заболевания печени
- 3) ревматоидный артрит
- 4) уремия

97. Референтным уровнем фибриногена в плазме является:

- 1) 2-4 г/л
- 2) 4-6 г/л
- 3) 6-8 г/л
- 4) 8-10 г/л

98. Уровень фибриногена в плазме увеличивается:

- 1) при острых стафилококковых инфекциях
- 2) при сахарном диабете

- 3) при хроническом гепатите
- 4) при остром панкреатите

99. Парапротеины не обнаруживаются в крови:

- 1) при макроглобулинемии Вальденстрема
- 2) при множественной миеломе
- 3) при пневмонии
- 4) при болезни легких цепей

100. Трансферрин - это:

- 1) соединение глобулина с магнием
- 2) соединение глобулина с железом
- 3) соединение глобулина с натрием
- 4) соединение глобулина с кобальтом

101. К гиперпротеинемии приводит:

- 1) повышенный синтез парапротеинов
- 2) гипергидратация
- 3) снижение всасывания белков в кишечнике
- 4) повышение проницаемости сосудистых мембран

102. Основная физиологическая роль гаптоглобина заключается:

- 1) в связывании гемоглобина
- 2) в участии в реакциях острой фазы воспаления
- 3) в участии в иммунных реакциях
- 4) в участии в свертывании крови

103. Увеличение концентрации какого из перечисленных острофазовых белков наиболее выражено при бактериальном воспалении?

- 1) гаптоглобина
- 2) церулоплазмينا
- 3) СРБ
- 4) трансферрина
- 5) фибриногена

104. Максимальную активность большинство ферментов проявляют при следующих значениях pH:

- 1) 1,5-2,0 ед.
- 2) 8,0-9,0 ед.
- 3) близком к нейтральному
- 4) только при pH=7,0 ед.

105. С диагностической целью активность ферментов чаще всего оп-

ределяют:

- 1) в сыворотке крови
- 2) в лейкоконцстратах
- 3) в биоптатах
- 4) в ликворе

106. Наибольшая активность АлАТ обнаруживается:

- 1) в легких
- 2) в печени
- 3) в скелетной мускулатуре
- 4) в почках

107. Наибольшая активность креатинкиназы характерна:

- 1) для миокарда
- 2) для предстательной железы
- 3) для селезенки
- 4) для почек

108. Увеличение активности у-глутамилтранспептидазы в сыворотке преимущественно наблюдается:

- 1) при простатите
- 2) при гастрите
- 3) при панкреатите
- 4) при холестазае

109. Повреждение миокарда сопровождается повышением в крови активности:

- 1) липазы
- 2) АлАТ
- 3) у- глутамилтраспептидазы
- 4) а- амилазы
- 5) креатинкиназы

110. Молекула ЛДГ состоит из субъединиц типа:

- 1) В и М
- 2) Н и М
- 3) В, М и Н
- 4) В и Н

111. Сколько изоферментов имеет ЛДГ?

- 1) 2
- 2) 3

- 3) 5
- 4) 10

112. В миокарде в наибольшем количестве содержится изофермент:

- 1) ЛДГ-1
- 2) ЛДГ-2
- 3) ЛДГ-3
- 4) ЛДГ-4
- 5) ЛДГ-5

113. Активность кислой фосфатазы преимущественно увеличивается:

- 1) при простатите
- 2) при гастрите
- 3) при бронхите
- 4) при менингите

114. У больного с острым приступом болей в животе определяется повышение в сыворотке активности амилазы. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) острый панкреатит
- 2) острый вирусный гепатит
- 3) почечная колика
- 4) инфаркт миокарда

115. У больного с острым приступом болей за грудиной регистрируется увеличение в сыворотке крови активности креатинкиназы. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) острый панкреатит
- 2) острый вирусный гепатит
- 3) почечная колика
- 4) инфаркт миокарда

116. При усилении резорбции костей преимущественно увеличивается сывороточная активность:

- 1) щелочной фосфатазы
- 2) аминотрансфераз
- 3) каталазы
- 4) кислой фосфатазы

117. Наибольшее диагностическое значение при поражениях поджелудочной железы имеет определение сывороточной активности:

- 1) холинэстеразы
- 2) α -амилазы
- 3) креатинфосфокиназы

- 4) ЛДГ
- 5) у- глутамилтранспептидазы

118. К ранним маркерам инфаркта миокарда относится следующий фермент:

- 1) ЛДГ-5
- 2) холинэстераза
- 3) а- амилаза
- 4) креатинкиназа
- 5) щелочная фосфатаза

119. При раке предстательной железы преимущественно повышается сывороточная активность:

- 1) а- амилазы
- 2) креатинкиназы
- 3) щелочной фосфатазы
- 4) кислой фосфатазы

120. Подозревая токсическое поражение печени, целесообразно определить в сыворотке активность:

- 1) холинэстеразы
- 2) ЛДГ
- 3) креатинфосфокиназы
- 4) у- глутамилтранспептидазы

121. К маркерам холестаза относятся:

- 1) аминотрансферазы
- 2) ЛДГ и креатинкиназа
- 3) гистидаза, уроганиназа
- 4) у- глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза

122. При панкреатите в сыворотке преимущественно повышается активность:

- 1) уроганиназы
- 2) кислой фосфатазы
- 3) у- глутамилтранспептидазы
- 4) щелочной фосфатазы
- 5) а- амилазы

123. При диагностике хронического гепатита целесообразно исследовать сывороточную активность:

- 1) АлАТ, АсАТ, у-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы

- 2) ЛДГ, креатинкиназы
- 3) кислой фосфатазы, урокиназы
- 4) изоферментов щелочной фосфатазы

124. Коэффициент Де-Ритиса - это:

- 1) АлАТ / АсАТ
- 2) щелочная фосфатаза / липаза
- 3) у-глутамилтранспептидаза / АЛТ
- 4) АсАТ / АлАТ

125. Активность кислой фосфатазы повышается в сыворотке крови:

- 1) при опухоли простаты
- 2) при панкреатите
- 3) при беременности
- 4) при метастатическом поражении костей

126. Содержание изоферментов ЛДГ-1 и ЛДГ-2 наиболее высоко:

- 1) в сердце
- 2) в скелетной мускулатуре
- 3) в печени
- 4) в клетках опухолей
- 5) в поджелудочной железе

127. Специфическим для инфаркта миокарда является повышение в сыворотке крови изофермента креатинкиназы:

- 1) ММ-КК
- 2) МВ-КК
- 3) ВВ-КК
- 4) СС-КК

128. Повышение активности костного изофермента щелочной фосфатазы характерно:

- 1) для цирроза печени
- 2) для первичных и вторичных новообразований печени
- 3) для внутрипеченочного холестаза
- 4) для болезни Педжета

129. Осмоляльность плазмы в норме составляет:

- 1) 140-180 ммосм/кг
- 2) 275-295 ммосм/кг
- 3) 350-385 ммосм/кг
- 4) 550-600 ммосм/кг

130. Осмоляльный промежуток плазмы увеличен:

- 1) при отравлении этиловым спиртом
- 2) при отравлении синильной кислотой
- 3) при отравлении свинцом
- 4) при отравлении ртутью

131. Осмоляльный промежуток в норме составляет:

- 1) до 10 ммосм/кг
- 2) до 20 ммосм/кг
- 3) до 30 ммосм/кг
- 4) до 40 ммосм/кг

132. Референтным уровнем натрия в сыворотке является:

- 1) 120-130 ммоль/л
- 2) 130-147 ммоль/л
- 3) 135-145 ммоль/л
- 4) 145-155 ммоль/л

133. Опасной для жизни является гипонатриемия:

- 1) <145 ммоль/л
- 2) <130 ммоль/л
- 3) <125 ммоль/л
- 4) <120 ммоль/л

134. Опасной для жизни является гипернатриемия:

- 1) >150 ммоль/л
- 2) >148 ммоль/л
- 3) >155 ммоль/л
- 4) >160 ммоль/л

135. Уровень натрия в крови регулирует:

- 1) альдостерон
- 2) инсулин
- 3) адреналин
- 4) кальцитонин

136. Причиной гипернатриемии является:

- 1) синдром Кона
- 2) болезнь Аддисона
- 3) гиповитаминоз D
- 4) аденома паращитовидных желез

137. Референтным уровнем калия в сыворотке является:

- 1) 2,5-3,5 ммоль/л
- 2) 3,0-4,2 ммоль/л
- 3) 3,5-5,2 ммоль/л
- 4) 5,0-6,5 ммоль/л

138. Опасной для жизни является гипокалиемия:

- 1) <3,0 ммоль/л
- 2) <2,9 ммоль/л
- 3) <2,7 ммоль/л
- 4) <2,5 ммоль/л

139. Опасной для жизни является гиперкалиемия:

- 1) >3,5 ммоль/л
- 2) >5,5 ммоль/л
- 3) >7,5 ммоль/л
- 4) >6,5 ммоль/л

140. Гипокалиемия может развиваться:

- 1) при рвоте
- 2) при острой и хронической почечной недостаточности
- 3) при сепсисе
- 4) при синдроме длительного сдавления

141. Референтным уровнем общего кальция в сыворотке является:

- 1) 2,12-2,6 ммоль/л
- 2) 3,5-5,5 ммоль/л
- 3) 3,1-3,6 ммоль/л
- 4) 3,3-5,5 ммоль/л

142. Референтным уровнем ионизированного кальция в сыворотке является:

- 1) 2,12-2,60 ммоль/л
- 2) 3,57-4,59 ммоль/л
- 3) 4,15-4,65 ммоль/л
- 4) 3,33-5,55 ммоль/л
- 5) 0,98-1,13 ммоль/л

143. На концентрацию ионизированного кальция в плазме оказывает влияние:

- 1) величина pH
- 2) уровень триглицеридов в плазме

- 3) уровень калия в плазме
- 4) уровень натрия в плазме

144. Причиной гиперкальциемии может являться:

- 1) гиповитаминоз D
- 2) рахит
- 3) аденома паращитовидных желез
- 4) введение сердечных гликозидов

145. Референтным уровнем фосфора в сыворотке взрослых является:

- 1) 0,55-1,5 ммоль/л
- 2) 0,97-1,45 ммоль/л
- 3) 1,45-2,45 ммоль/л
- 4) 2,33-2,78 ммоль/л

146. Основной ион, определяющий перенос воды через клеточные мембраны:

- 1) кальций
- 2) калий
- 3) натрий
- 4) водород
- 5) хлор

147. Проявлениями гипомагниемии является:

- 1) депрессивное состояние
- 2) нарушения кислотно-основного равновесия
- 3) гипотиреоз
- 4) формирование почечных камней

148. Референтным уровнем магния в сыворотке является:

- 1) 0,5-1,5 ммоль/л
- 2) 0,8-1,0 ммоль/л
- 3) 1,4-2,4 ммоль/л
- 4) 2,3-2,7 ммоль/л

149. Гиперхлоремия возникает:

- 1) при гиповентиляции
- 2) при диабетическом кетоацидозе
- 3) при лактацидозе
- 4) при отеках

150. Гипермагниемия наблюдается:

- 1) при синдроме мальабсорбции
- 2) при хроническом алкоголизме
- 3) при гипофункции паращитовидных желез
- 4) при первичной гипофункции коры надпочечников

151. Выведение магния с мочой уменьшается:

- 1) при алкоголизме
- 2) при голодании
- 3) при гипофункции паращитовидных желез
- 4) при гиперфункции щитовидной железы
- 5) при дефиците магния в организме

152. Удлинение времени свертывания венозной крови характерно:

- 1) для тромбоцитопении
- 2) для геморрагического васкулита
- 3) для гемофилии
- 4) для болезни Гланцмана
- 5) для болезни Рандю-Ослера

153. Какие показатели характеризуют антикоагулянтную активность крови?

- 1) фибриноген А
- 2) фибриноген В
- 3) протромбин
- 4) антитромбин III
- 5) спонтанный фибринолиз

154. Для гемофилии характерно:

- 1) удлинение протромбированного времени
- 2) удлинение АЧТВ
- 3) снижение концентрации фибриногена
- 4) снижение количества тромбоцитов
- 5) нарушение агрегации тромбоцитов

155. Агдезии и агрегации тромбоцитов не способствует:

- 1) АДФ
- 2) тромбин
- 3) адреналин
- 4) тромбоксан А2
- 5) глюкоза

156. Какой из перечисленных плазменных факторов процессов свертывания крови не сохраняется при хранении плазмы?

- 1) фибриноген (I)
- 2) протромбин (II)
- 3) антигемофильный глобулин А (VIII)
- 4) антигемофильный глобулин С (XI)
- 5) проконвертин (VII)

157. К-витаминозависимыми факторами не является:

- 1) протромбин
- 2) проконвертин
- 3) протеин С
- 4) протеин S
- 5) фибриноген

158. Коагулопатия потребления не сопровождается потреблением:

- 1) фактора I
- 2) фактора V
- 3) тромбоцитов
- 4) ионов кальция
- 5) фактора VIII

159. Определение протеина С используется:

- 1) для выявления риска тромбоза
- 2) для контроля гепаринотерапии
- 3) для подбора дозы непрямых антикоагулянтов
- 4) для оценки фибринолиза
- 5) для оценки первичного гемостаза

160. О дефиците каких плазменных факторов свидетельствует сниженный протромбиновый индекс?

- 1) протромбина и проконвертина
- 2) прокацелерина
- 3) фибриназы
- 4) тканевого тромбопластина
- 5) ионов кальция

161. При какой патологии наступает полная несвертываемость крови?

- 1) при тромбоцитопении
- 2) при геморрагическом васкулите
- 3) при афибриногенемии
- 4) при дефиците фибриназы
- 5) при гипопротромбинемии

162. Дефицит XI плазменного фактора встречается:

- 1) при гемофилии С
- 2) при гемофилии А
- 3) при гемофилии В
- 4) при ингибиторной гемофилии
- 5) при болезни Рандю-Ослера

163. Дефицит VIII плазменного фактора встречается:

- 1) при гемофилии А
- 2) при гемофилии С
- 3) при гемофилии В
- 4) при ингибиторной гемофилии
- 5) при болезни Рандю-Ослера

164. Дефицит IX плазменного фактора встречается:

- 1) при гемофилии В
- 2) при гемофилии А
- 3) при гемофилии С
- 4) при тромбоцитопении
- 5) при геморрагическом васкулите

165. Основным патологическим звеном геморрагической болезни новорождённых является:

- 1) дефицит фибриногена
- 2) дефицит К-витаминозависимых факторов
- 3) тромбоцитопения
- 4) транзиторная тромбоастения
- 5) дефицит фактора Виллебранда

166. Наиболее вероятные сроки возникновения геморрагической болезни новорождённых:

- 1) 1-2 сутки
- 2) 2-4 сутки
- 3) 6-8 сутки
- 4) 8-10 сутки
- 5) 30 сутки

167. Для ДВС-синдрома не характерно:

- 1) тромбоцитопения
- 2) гипофибриногенемия
- 3) повышение ПДФ, РКМФ
- 4) тромбоцитоз
- 5) повышение Д-димеров

168. Что характерно для гемофилии?

- 1) удлинение АЧТВ
- 2) снижение протромбинового индекса
- 3) нарушение агрегации тромбоцитов
- 4) удлинение времени капиллярного кровотечения
- 5) снижение ретракции кровяного сгустка

169. Какой лабораторный тест не используется для контроля лечения антикоагулянтами прямого действия:

- 1) протромбиновое время
- 2) тромбиновое время
- 3) время свертывания венозной крови
- 4) аутокоагуляционный тест
- 5) АЧТВ

170. Какой лабораторный тест не отражает состояния плазменной системы свертывания крови:

- 1) количество фибриногена
- 2) каолин-кефалиновое время
- 3) время свертывания цельной крови по Ли-Уайту
- 4) протромбиновое время
- 5) агрегация тромбоцитов

171. Удлиняется время свертывания крови по Ли-Уайту:

- 1) при тромбоцитопении
- 2) при тромбостении
- 3) при геморрагическом васкулите
- 4) при гемофилии
- 5) при болезни Рандю-Ослера

172. Удлиняется время капиллярного кровотечения по Дюкупри при:

- 1) тромбоцитопении и тромбастениях
- 2) гемофилии А
- 3) гемофилии В
- 4) гемофилии С
- 5) ингибиторной гемофилии

173. Для диагностики ДВС-синдрома не используется определение:

- 1) уровня Д-димеров
- 2) содержания антитромбина III
- 3) количества ПДФ
- 4) количества тромбоцитов
- 5) СОЭ

174. Снижение уровня факторов свёртывающей системы крови наблюдается:

- 1) при заболеваниях почек
- 2) при болезнях печени
- 3) при заболеваниях лёгких
- 4) при болезнях суставов
- 5) при заболеваниях поджелудочной железы

175. Какой тест характеризует 1 фазу процесса свёртывания крови?

- 1) количество тромбоцитов
- 2) длительность капиллярного кровотечения по Дюке
- 3) количество фибриногена
- 4) время свёртывания венозной крови по Ли-Уайту
- 5) протромбиновый индекс

176. Какой тест характеризует сосудисто-тромбоцитарный гемостаз?

- 1) толерантность плазмы к гепарину
- 2) количество тромбоцитов
- 3) количество фибриногена
- 4) тромбиновое время
- 5) протромбиновый индекс

177. Удлинение времени капиллярного кровотечения по Дюке, Айви наблюдается:

- 1) при гемофилии
- 2) при тромбоцитопении, тромбостении
- 3) при гипофибриногенемии
- 4) при дисфибриногенемии
- 5) при гипопроконвертинемии

178. Для тромбоцитопении характерно:

- 1) снижение ретракции кровяного сгустка
- 2) увеличение количества эритроцитов
- 3) лейкоцитоз
- 4) полиглобулия
- 5) дефицит фактора Виллебранда

179. Дефицит какого плазменного фактора свидетельствует об образовании непрочного сгустка фибрина?

- 1) VIII-го
- 2) VII-го
- 3) XIII-го

- 4) IX-го
- 5) X-го

180. Какой тест не используется для диагностики ДВС-синдрома?

- 1) время свёртывания венозной крови по Ли-Уайту
- 2) количество фибриногена
- 3) АЧТВ
- 4) определение уровня у-глобулинов
- 5) количество тромбоцитов

181. Какой тест не используется для контроля лечения антикоагулянтами прямого действия:

- 1) протромбиновое время
- 2) тромбиновое время
- 3) АЧТВ
- 4) время свёртывания венозной крови по Ли-Уайту
- 5) концентрация фибриногена
- 6) количество тромбоцитов

182. Лабораторным тестом контроля лечения антикоагулянтами непрямого действия является:

- 1) время свёртывания венозной крови
- 2) тромбиновое время
- 3) фибриноген
- 4) протромбиновое время и МНО
- 5) фибриноген В

183. Время свёртывания венозной крови по Ли-Уайту удлиняется:

- 1) при тромбоцитопении
- 2) при тромбастении
- 3) при геморрагическом васкулите
- 4) при гемофилии
- 5) при болезни Рендю-Ослера

184. О чём свидетельствует гемолиз пробы?

- 1) о распаде белков плазмы
- 2) о разрушении эритроцитов
- 3) о снижении количества тромбоцитов
- 4) об увеличении лейкоцитов
- 5) об уменьшении фибриногена

185. Какой показатель свидетельствует о внутрисосудистом гемолизе?

- 1) количество альбумина
- 2) количество тромбоцитов
- 3) уровень свободного гемоглобина
- 4) количество лейкоцитов
- 5) количество конъюгированного (связанного) билирубина

186. Для синдрома Кона характерно все перечисленное, кроме:

- 1) гиперальдостеронизма
- 2) гипернатриемии
- 3) гиперхлоремии
- 4) гипокалиемии
- 5) гиперфосфатаземии

187. Какие гормоны вырабатываются в нейрогипофизе?

- 1) АКТГ
- 2) меланотропин
- 3) гонадотропины
- 4) катехоламины
- 5) антидиуретический гормон (АДГ)

188. Какие гормоны являются производными тирозина?

- 1) гипофиза
- 2) поджелудочной железы
- 3) катехоламины, тиреоидные гормоны
- 4) гипоталамуса
- 5) половых желез

189. Какие гормоны относятся к стероидам?

- 1) тироксин
- 2) соматотропин
- 3) адреналин
- 4) тестостерон, эстрогены
- 5) меланотропин

190. Для гиперпаратиреоза характерно все перечисленное, кроме:

- 1) увеличения паратгормона
- 2) увеличения уровня кальция
- 3) снижения концентрации фосфора
- 4) повышения тироксина
- 5) повышения активности щелочной фосфатазы

191. Какое вещество является конечным продуктом обмена катехоламинов?

- 1) 17-ОКС
- 2) 17-КС
- 3) ванилилминдальная кислота (ВМК), гомованилиновая кислота (ГВК)
- 4) пировиноградная кислота
- 5) молочная кислота

192. Какой гормон относится к глюкокортикоидам?

- 1) адреналин
- 2) кортизол
- 3) инсулин
- 4) тироксин
- 5) норадреналин

193. Какие гормоны синтезируются в сетчатой зоне коры надпочечников?

- 1) кортизол, кортизон
- 2) адреналин, норадреналин
- 3) дезоксикортикостерон
- 4) альдостерон
- 5) андрокортикоиды, эстрокортикоиды

194. Органами-мишенями паратгормона являются:

- 1) поджелудочная железа
- 2) сердце, сосуды
- 3) кости и почки
- 4) надпочечники
- 5) печень, селезенка

195. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается недостаточность:

- 1) катехоламинов
- 2) гонадотропинов
- 3) минералокортикоидов, глюкокортикоидов
- 4) андрокортикоидов
- 5) эстрокортикоидов

196. Для *феохромоцитомы* характерно:

- 1) гипогликемия
- 2) кетонемия
- 3) гиперкатехоламинемия
- 4) азотемия
- 5) кетонурия

197. Для акромегалии характерно повышение:

- 1) глюкагона
- 2) тироксина
- 3) соматотропина (СТГ)
- 4) инсулина
- 5) адреналина

198. Экскреция катехоламинов с мочой не увеличивается:

- 1) при феохромоцитоме
- 2) при бронхиальной астме
- 3) при гипертермии
- 4) при инфаркте миокарда
- 5) при гиподинамии

199. Сниженная экскреция 17-кетостероидов с мочой наблюдается:

- 1) при болезни Аддисона
- 2) при адреногенитальном синдроме
- 3) при гиперплазии коры надпочечников
- 4) при опухоли коры надпочечников
- 5) при болезни Иценко-К уттинга.

200. Концентрация гистамина в плазме (сыворотке) крови не повышается:

- 1) при бронхиальной астме
- 2) при перегревании
- 3) при отеке Квинке
- 4) при железодефицитной анемии
- 5) при аллергическом риносинусите

201. Повышение содержания серотонина в крови наблюдается при всех состояниях, кроме:

- 1) метастазов опухоли в печень
- 2) тромбоцитопении
- 3) феохромоцитомы
- 4) злокачественных новообразований предстательной железы

202. Либерины и статины образуются:

- 1) в гипофизе
- 2) в гипоталамусе
- 3) в половых железах
- 4) в надпочечниках
- 5) в лимфатических узлах

203. К глюкокортикоидам относятся следующие гормоны:

- 1) кортизол, кортизон
- 2) АКТГ
- 3) глюкагон, инсулин
- 4) кортиколиберин
- 5) антидиуретический гормон

204. Какие гормоны вырабатываются в наружном слое коры надпочечников?

- 1) аденокортикотропный гормон
- 2) андрокортикоиды
- 3) глюкокортикоиды
- 4) минералокортикоиды
- 5) антидиуретический гормон (АДГ)

205. Глюконеогенез активирует следующий гормон:

- 1) адреналин
- 2) кортизол
- 3) тироксин
- 4) инсулин

206. К гормонам белковой группы относятся все, кроме:

- 1) соматопина (СТП)
- 2) альдостерона
- 3) аденокортикотропного гормона (АКТГ)
- 4) тироксина

207. В поджелудочной железе синтезируются все нижеперечисленные гормоны, кроме:

- 1) адреналина
- 2) глюкагона
- 3) инсулина
- 4) соматостатина
- 5) панкреатического полипептида

209. Какой гормон относится к минералокортикоидам?

- 1) кортизол
- 2) антидиуретический гормон
- 3) норадреналин
- 4) дофамин
- 5) альдостерон

210. Какие гормоны вырабатываются в наружной клубочковой зоне коры надпочечников?

- 1) глюкокортикоиды
- 2) минералокортикоиды
- 3) тироксин
- 4) катехоламины

211. В яичниках вырабатываются все гормоны, кроме:

- 1) альдостерона
- 2) эстрадиола
- 3) эстриола
- 4) прогестерона

212. Повышением уровня кортизола в крови сопровождается?

- 1) микседема
- 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- 3) гипопитарный нанизм
- 4) аддисонова болезнь
- 5) гипопитарная кахексия

213. Реабсорбцию воды в почечных канальцах обеспечивает:

- 1) кортизол
- 2) тироксин
- 3) адреналин
- 4) вазопрессин

214. Для гипотиреоза характерно:

- 1) снижение холестерина
- 2) снижение мочевой кислоты
- 3) гипергликемия
- 4) гиперхолестеринемия

215. Повышение в моче катехоламинов и их метаболитов характерно:

- 1) для болезни Иценко-Кушинга
- 2) для феохромоцитомы
- 3) для тиреотоксикоза
- 4) для сахарного диабета
- 5) для болезни Аддисона

216. При какой патологии отмечается повышенный уровень инсулина в крови?

- 1) при болезни Аддисона
- 2) при инсулиноме
- 3) при акромегалии
- 4) при сахарном диабете

217. При каком заболевании снижается уровень антидиуретического гормона?

- 1) при сахарном диабете
- 2) при болезни Аддисона
- 3) при тиреотоксикозе
- 4) при несахарном диабете
- 5) при гипотиреозе

218. Увеличение уровня соматотропного гормона наблюдается:

- 1) при гипофизарной карликовости
- 2) при надпочечниковой недостаточности
- 3) при гигантизме
- 4) при хроническом гепатите
- 5) при микседеме

219. Какие гормоны вырабатываются в мужских половых железах?

- 1) альдостерон
- 2) андрогены
- 3) дезоксикортикостерон
- 4) эстрогены
- 5) фолликулостимулирующий гормон

220. К катехоламинам относятся все нижеперечисленные гормоны кроме:

- 1) норадреналина
- 2) серотонина
- 3) адреналина
- 4) дофамина

221. В гипофизе синтезируется все гормоны, кроме:

- 1) тиреотропного
- 2) фолликулостимулирующего
- 3) лютеинизирующего
- 4) вазопресина
- 5) лактогенного

222. Инсулин синтезируется:

- 1) ацинозными клетками поджелудочной железы
- 2) в-клетками островков Лангерганса

- 3) а-клетками островков Лангерганса
- 4) у-клетками

223. Гипогликемия характерна:

- 1) для феохромоцитомы
- 2) для тиреотоксикоза
- 3) для болезни Иценко-Кушинга
- 4) для инсулиномы

224. Какой гормон понижает уровень глюкозы в крови?

- 1) адреналин
- 2) глюкагон
- 3) инсулин
- 4) тестостерон

225. Какой гормон вырабатывается в гипоталамусе?

- 1) соматотропный
- 2) адренокортикотропный
- 3) антидиуретический
- 4) гонадотропины

226. При каком заболевании не наблюдается увеличения экскреции катехоламинов с мочой?

- 1) при феохромоцитоме
- 2) при бронхиальной астме
- 3) при гипотиреозе
- 4) при инфаркте миокарда
- 5) при стрессовых состояниях

227. При хроническом лимфолейкозе чаще, чем при других лейкозах, наблюдается:

- 1) апластическая анемия
- 2) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 3) железodefицитная анемия

- 4) пернициозная анемия

228. Для определения количества ретикулоцитов рекомендуется методика окраски:

- 1) на окрашенном стекле во влажной камере
- 3) в пробирке
- 2) после фиксации метиловым спиртом
- 4) в пробирке и на окрашенном стекле во влажной камере

229. Для острого лимфобластного лейкоза наиболее характерно цитохимическое определение:

- 1) миелопероксидазы
- 2) неспецифической эстеразы
- 3) липидов
- 4) гликогена

230. Для выявления зернисто-сетчатой субстанции ретикулоцитов применяется:

- 1) азур 1
- 2) бриллиант-крезиловый синий
- 3) азур 2
- 4) метиленовый синий

231. Подсчет мегакариоцитов костного мозга следует проводить:

- 1) в камере Фукс-Розенталя
- 2) в камере Горяева
- 3) в мазке периферической крови
- 4) в счетчиках клеток крови

232. Количество сидероцитов в периферической крови и сидеробластов в костном мозге не повышается:

- 1) при отравлении свинцом
- 2) при приеме противотуберкулезных препаратов
- 3) при миеломной болезни
- 4) при талассемии

233. Эритробласты в костно-мозговом пунктате составляют в среднем:

- 1) 5- 10%
- 2) 10- 20%
- 3) 25- 30%
- 4) 30- 40%

234. При микросфероцитозе кривая Прайс-Джонса:

- 1) сдвигается вправо
- 2) сдвигается влево
- 3) появляется несколько пиков
- 4) не меняется

235. Основную массу ретикулоцитов в периферической крови здорового человека составляют:

- 1) венчиковобразные
- 2) клубковобразные
- 3) полносетчатые
- 4) пылевидные

236. Тромбоцитопения с геморрагическим синдромом часто сопровождается:

- 1) хронический миелолейкоз
- 2) острый лейкоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) хронический моноцитарный лейкоз

237. Для фиксации мазков крови не используют:

- 1) метиловый спирт
- 2) этиловый спирт 70%
- 3) этиловый спирт 96%
- 4) фиксатор-краситель Май-Грюнвальда

238. Наиболее точным методом определения содержания гемоглобина в крови является:

- 1) метод Сали
- 2) гемиглобинцианидный метод
- 3) метод с 0,5% раствором аммиака по оксигемоглобину
- 4) газометрический метод (по насыщению крови газом)

239. При хроническом моноцитарном лейкозе в картине крови не характерно:

- 1) лейкопения
- 2) лейкоцитарный сдвиг до миелобластов
- 3) абсолютный моноцитоз
- 4) базофильно-эозинофильный комплекс

240. Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

- 1) увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном

абсолютном их количестве

- 2) увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
- 3) уменьшение процентного содержания нейтрофилов
- 4) увеличение их абсолютного числа

241. Показатель гематологического анализатора RDW отражает изменение:

- 1) эритроцитов по объему (анизоцитоз)
- 2) радиуса эритроцитов
- 3) насыщение эритроцитов гемоглобином
- 4) количества лейкоцитов в крови

242. Высокий процент плазматических клеток в костном мозге наблюдается:

- 1) при миеломной болезни
- 2) при болезни Вальденстрема
- 3) при коллагенозах
- 4) при инфекционном мононуклеозе

243. В норме лейко-эритробластический индекс составляет:

- 1) 1:1
- 2) 1:2
- 3) 3:1
- 4) 10:1

244. Тромбоциты образуются:

- 1) в селезенке
- 2) в костном мозге
- 3) в печени
- 4) в лимфатических узлах

245. Абсолютное увеличение количества базофилов в периферической крови наблюдается:

- 1) при остром лейкозе
- 2) при аллергических состояниях
- 3) при хронических миелопролиферативных заболеваниях
- 4) при лечении глюкокортикоидами

246. Абсолютный нейтрофилез характерен:

- 1) для лечения цитостатиками
- 2) для апластической анемии
- 3) для сепсиса

- 4) для вторичных иммунодефицитов

247. Относительный лимфоцитоз наблюдается:

- 1) при приеме кортикостероидов
- 2) при токсоплазмозе
- 3) при коллагенозах
- 4) при вторичных иммунодефицитах

248. Абсолютный моноцитоз характерен:

- 1) для бактериальных инфекций
- 2) для токсоплазмоза
- 3) для коллагенозов
- 4) для моноцитарного лейкоза

249. Увеличение гемоглобина в крови наблюдается:

- 1) при мегалобластной анемии
- 2) при гемоглобинопатии
- 3) при первичных и вторичных эритроцитозах
- 4) при гипергидратации

250. Для варианта рефрактерной анемии при миелодиспластическом синдроме не характерны:

- 1) анизохромия
- 2) нормо- или гиперхромия
- 3) пойкилоцитоз
- 4) гиперклеточный костный мозг

251. Определение алейкемической фазы острого лейкоза проводится:

- 1) по пунктату лимфатического узла
- 2) по мазку периферической крови
- 3) по трепанобиопсии подвздошной кости
- 4) по цитохимическому исследованию

252. Для острого миелобластного лейкоза наиболее характерным цитохимической реакцией является:

- 1) на гликоген
- 2) на щелочную фосфатазу
- 3) на миелопероксидазу
- 4) на неспецифическую эстеразу

253. Для острого монобластного лейкоза наиболее характерно цитохимическое определение:

- 1) гликогена

- 2) щелочной фосфатазы
- 3) миелопероксидазы
- 4) неспецифической эстеразы

254. При хроническом миелолейкозе наблюдается все, кроме:

- 1) увеличения числа лимфоцитов и плазмобластов
- 2) сдвига лейкоцитов влево до миелоцитов
- 3) увеличения миелобластов
- 4) базофильно-эозинофильного комплекса

255. Для лейкограммы обострения хронического миелолейкоза не характерно:

- 1) уменьшение количества бластных элементов
- 2) увеличение количества бластных элементов
- 3) уменьшение зрелых гранулоцитов
- 4) уменьшение числа тромбоцитов

256. Для острого эритромиелоза характерны:

- 1) нормо- или гиперхромная анемия, тромбоцитопения, лейкопения и эритробластоз
- 2) нормальное количество эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов
- 3) анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз
- 4) умеренная анемия, ретикулоцитоз, лейкопения с лимфоцитозом

257. Причиной гиперсигментации нейтрофилов может быть все, кроме:

- 1) дефицита витамина B12
- 2) дефицита фолиевой кислоты
- 3) дефицита железа
- 4) наследственного дефицита транскобаламина II

258. Филадельфийская хромосома характерна:

- 1) для хронического лимфолейкоза
- 2) для хронического миелолейкоза
- 3) для эритремии
- 4) для инфекционного мононуклеоза

259. В период полной ремиссии острого лейкоза в миелограмме процент бластных клеток не более:

- 1) 1%
- 2) 5%
- 3) 10%
- 4) 20%

260. При остром промиелоцитарном лейкозе наиболее характерно цитохимическое определение:

- 1) миелопероксидазы
- 2) кислых сульфатированных мукополисахаридов
- 3) неспецифической эстеразы
- 4) липидов

261. При какой форме миеломной болезни стеральная пункция может быть неинформативной:

- 1) солитарной
- 2) диффузной
- 3) диффузно-очаговой
- 4) всегда является достоверным анализом

262. Гемограмма при острых лейкозах характеризуется:

- 1) бластозом
- 2) эритроцитозом
- 3) тромбоцитозом
- 4) нейтрофилезом

263. Разделение гемоглобина на фракции можно произвести с помощью:

- 1) электрофореза
- 2) гидролиза
- 3) протеолиза
- 4) высаливания

264. При остром лейкозе не наблюдается:

- 1) тромбоцитоза
- 2) нейтропении
- 3) лейкоцитоза
- 4) тромбоцитопении

265. Подсчет клеток в гематологических анализаторах основан на принципе:

- 1) цитохимическом
- 2) светорассеивания лазерного луча
- 3) кондуктометрического счетчика
- 4) действий клеточных лизатов

266. Проявление незрелого эритропоэза является все, кроме:

- 1) ретикулоцитоза
- 2) ретикулоцитопении

- 3) разрушение предшественников эритроцитов в костном мозге
- 4) костномозгового гемолиза

267. Гиперплазия мегакариоцитарного ростка кроветворения наблюдается:

- 1) при эритремии
- 2) при хроническом лимфолейкозе
- 3) при инфекционном мононуклеозе
- 4) при болезни Вальденстрема

268. При синдроме Сезари хроматин ядер лимфоцитов имеет структуру:

- 1) колесовидную
- 2) глыбчатую
- 3) мозговидную
- 4) не имеет характерных изменений ядра

269. Бластные клетки характеризуются ядерно-цитоплазматическим соотношением:

- 1) в пользу цитоплазмы
- 2) в пользу ядра
- 3) не имеет значения
- 4) соотношение может быть любым

270. Средний объем эритроцита увеличен:

- 1) при железодефицитной анемии
- 2) при талассемии
- 3) при миелодиспластическом синдроме
- 4) при В₁₂-дефицитной анемии

271. Белковая часть гемоглобина представлена:

- 1) альбумином
- 2) церулоплазмином
- 3) глобином
- 4) гаптоглобином

272. Увеличение количества ретикулоцитов наблюдается:

- 1) при гемолитической анемии
- 2) при гипопластической анемии
- 3) при апластической анемии
- 4) при метастазах рака в костную ткань

273. Основным типом гемоглобина взрослого человека является:

- 1) Hb P
- 2) Hb A
- 3) Hb F

- 4) Hb D

274. Основным типом гемоглобина плода является:

- 1) Hb P
- 2) Hb A
- 3) Hb F
- 4) Hb D

275. Железодефицитная анемия характеризуется:

- 1) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - N
- 2) MCV - ↑, MCH - ↑, MCHC - N
- 3) MCV - N, MCH - N, MCHC - N
- 4) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - ↓

276. Мегалобластная анемия характеризуется:

- 1) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - N
- 2) MCV - ↑, MCH - ↑, MCHC - ↑
- 3) MCV - N, MCH - N, MCHC - N
- 4) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - ↓

277. Для анемии при хронической почечной недостаточности характерно:

- 1) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - N
- 2) MCV - ↑, MCH - ↑, MCHC - N
- 3) MCV - N, MCH - N, MCHC - N
- 4) MCV - ↓, MCH - ↓, MCHC - ↓

278. Для клеток острого лейкоза не характерно:

- 1) повышенная пролиферация
- 2) метаплазия
- 3) нарушение способности к дифференцировке
- 4) нарушение апоптоза

279. Морфологическим субстратом острого лейкоза являются:

- 1) зрелые лимфоциты
- 2) зрелые и созревающие клетки миелоидного ряда
- 3) бластные клетки
- 4) клетки с морфологическими признаками дисплазии

280. «Лейкемический провал» при остром лейкозе - это:

- 1) относительный лимфоцитоз за счет нейтропении в периферической крови

- 2) отсутствие в периферической крови бластных клеток или их 1-2%
- 3) наличие в периферической крови десятков бластных клеток
- 4) наличие бластных и зрелых клеток и отсутствие переходных или единичные переходные клетки
- 5) наличие 5-10% бластных клеток

281. Минимальная остаточная болезнь - это:

- 1) хорошее самочувствие, удовлетворительное состояние пациента, в периферической крови гемоглобин 110г/л и более
- 2) отсутствие бластных клеток в периферической крови
- 3) не более 5% бластных клеток в костном мозге
- 4) наличие клеток опухолевого роста, обнаруженных цитогенетическими и молекулярно-генетическими методами на фоне клиникогематологической ремиссии

282. Для типичной бластной клетки присущи три основных свойства, кроме:

- 1) базофилии цитоплазмы (голубой цвет)
- 2) присутствия в ядре четко очерченных, голубоватых ядрышек (нуклеол)
- 3) наличия мелкой азурофильной зернистости в цитоплазме
- 4) нежной структуры хроматина ядра

283. Специфичной цитохимической реакцией для острого монобластного лейкоза является:

- 1) реакция на миелопероксидазу
- 2) реакция на гликоген
- 3) реакция на неспецифическую эстеразу
- 4) реакция на липиды

284. Специфичной цитохимической реакцией для острого лимфобластного лейкоза является:

- 1) реакция на миелопероксидазу
- 2) гранулированная реакция на гликоген
- 3) диффузная реакция на гликоген
- 4) реакция на неспецифическую эстеразу

285. К основным характеристикам опухолевых клеток при хроническом миелоидном лейкозе не относится:

- 1) усиление пролиферативной активности
- 2) повышенная способности к апоптозу
- 3) нестабильность генома
- 4) сниженная адгезия к клеткам стромы

286. К стадиям хронического миелоидного лейкоза не относится:

- 1) хроническая
- 2) акселерации
- 3) лейкемический провал
- 4) терминальная

287. Для картины костного мозга при хроническом миелоидном лейкозе характерно:

- 1) тотальная бластная трансформация
- 2) гиперплазия клеток гранулоцитарного ростка
- 3) панмиелоз
- 4) раздражение красного ростка кроветворения

288. Для хронического миелоидного лейкоза характерно:

- 1) увеличение уровня фактора некроза опухоли TNF-L
- 2) обнаружение Ph - хромосомы и онкогена - ABL/BCR
- 3) наличие точечной мутации специфической тирозинкиназы JAK2
- 4) наличие клеток Березовского-Штернберга

289. Для истинной полицитемии не характерно:

- 1) спленомегалия
- 2) панцитоз
- 3) панмиелоз
- 4) ускорение оседания эритроцитов

290. Первичный миелофиброз характеризуется:

- 1) преимущественной пролиферацией мегакариоцитов и повышенным образованием тромбоцитов
- 2) пролиферацией всех ростков миелопоэза, но более всего эритроид- ного
- 3) неэффективным миелопоэзом
- 4) пролиферацией всех ростков миелопоэза, но преимущественно гра- нуло- и мегакариоцитарного ростков

291. Признаками неэффективного эритропоэза при МДС является все, кроме:

- 1) повышения количества эритроцитов в периферической крови
- 2) укорочения жизни эритроцитов
- 3) появления кольцевидных сидеробластов
- 4) наличия эритроцитов с базофильной пунктацией

292. Для РАКС варианта миелодиспластического синдрома характерно:

- 1) наличие от 5 до 20 бластных клеток в костном мозге

- 2) наличие палочек Ауэра
- 3) наличие кольцевидных сидеробластов
- 4) наличие моноцитов более $1 \cdot 10^9/\text{л}$

293. Для лейкоцитарной формулы при хроническом лимфолейкозе характерно:

- 1) лейкоэмический провал - нет переходных форм клеток, только бластные и зрелые клетки
- 2) лейкопения за счет нейтропении, относительный лимфоцитоз
- 3) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, преобладание зрелых лимфоцитов, тени Гумпрехта
- 4) лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, промиелоцитов, эозинофильно-базофильная ассоциация

294. Морфологическая характеристика клеток при хроническом лимфолейкозе соответствует описанию:

- 1) клетки крупные и средних размеров, ядерно-цитоплазматическое соотношение высокое (более 1), в ядре хорошо видны нуклеолы, хроматин нежносетчатый, цитоплазма узким ободком, с различной степенью базофилии, не содержит гранул
- 2) клетки мелкие, ядерно-цитоплазматическое соотношение высокое, ядро с плотным хроматином, зона цитоплазмы узкая
- 3) клетки крупные, ядерно-цитоплазматическое соотношение низкое, форма ядра неправильная, структура хроматина сглаженная, молодая, цитоплазма широкая с базофильной каймой
- 4) клетки крупные, ядерно-цитоплазматическое соотношение низкое, ядро неправильной формы, рыхлая структура хроматина, цитоплазма светло-серая с мелкими включениями в виде песка

295. Клетки Березовского-Штернберга-Рид характерны:

- 1) для волосато-клеточного лейкоза
- 2) для синдрома Сезари
- 3) для лимфомы Ходжкина
- 4) для Т-клеточного лейкоза из больших гранулярных лимфоцитов

296. К клеткам Березовского-Штернберга-Рид не относятся:

- 1) одноядерные клетки 40-45 мкм в диаметре, ядро имеет неровный край, содержит нуклеолы неправильной формы, цитоплазма сероголубая мелко-вакуолизированная со слегка фистончатым краем
- 2) клетки 40-50 мкм в диаметре, имеют 2 зеркально повторяющих друг друга ядра, в каждом имеется нуклеола, цитоплазма серо-голубая од-

нородная, может быть мелко-вакуолизированная со слегка фестончатой краем

- 3) клетки характеризуются полиморфностью ядер, ядерно-цитоплазматическое соотношение низкое, ядро расположено центрально, в цитоплазме обилие гранул и/или палочки Ауэра (гранулы, собранные в трубочки, палочки)
- 4) многоядерная клетка (более 2 ядер) 40-50 мкм в диаметре, ядра разные по диаметру наслаиваются друг на друга, в ядре содержатся разного размера нуклеолы, цитоплазма серо-голубая

297. Для картины костного мозга при множественной миеломе характерно наличие:

- 1) агранулоцитоза
- 2) тотальной бластной гиперплазии
- 3) специфической пролиферации плазматических клеток
- 4) лимфоцитоза (30% и более), теней Гумпрехта

298. Для железодефицитной анемии не характерно:

- 1) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в крови
- 2) резкое снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците
- 3) увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки крови
- 4) увеличение среднего объема эритроцитов

299. К гипохромным анемиям не относятся:

- 1) анемии, связанные с дефицитом фолиевой кислоты
- 2) талассемии
- 3) железодефицитные анемии
- 4) анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов

300. Для железодефицитной анемии характерно:

- 1) нормальное количество гемоглобина
- 2) повышенное количество сывороточного железа
- 3) сниженное количество ферритина сыворотки крови
- 4) повышенное количество сидероцитов в периферической крови

301. Кольцевидные сидеробласты характерны для:

- 1) железодефицитной анемии
- 2) талассемии
- 3) серповидноклеточной анемии
- 4) железонасыщенной анемии

302. Для сидеробластной анемии не характерно:

- 1) отсутствие сидероцитов в периферической крови

- 2) повышенное содержание ферритина в сыворотке крови
- 3) повышение сидероцитов в периферической крови
- 4) наличие в костном мозге кольцевидных сидеробластов

303. Для оценки состояния запасов железа в организме используют следующие исследования, кроме:

- 1) определения количества сидероцитов в периферической крови
- 2) определения уровня ферритина в сыворотке крови
- 3) определения общей железосвязывающей способности
- 4) десфералового теста

304. Для оценки состояния в организме транспортного фонда железа не используют:

- 1) десфераловый тест
- 2) определение общей железосвязывающей способности
- 3) определение латентной железосвязывающей способности
- 4) определение сывороточного железа

305. Снижение фонда железа эритрона отражает все, кроме:

- 1) уменьшения количества сидеробластов в костном мозге
- 2) наличия сидеропенического синдрома
- 3) гипохромии, микроцитоза, пойкилоцитоза эритроцитов в мазках крови
- 4) снижения средней концентрации гемоглобина в эритроците

306. В развитии сидеробластных анемий характерным является нарушение активности:

- 1) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 2) глутатионредуктазы
- 3) дельта-аминолевулиновой кислоты
- 4) пируваткиназы

307. Мегалобластные анемии относятся ко всем следующим анемиям, кроме:

- 1) гиперхромных
- 2) макроцитарных
- 3) гиперрегенераторных
- 4) мегалоцитарных

308. Для В₁₂-дефицитной анемии не характерно:

- 1) лейкопения
- 2) тромбоцитопения

- 3) ретикулоцитоз
- 4) гиперсегментация нейтрофилов

309. Для мегалобластов характерно:

- 1) мелкие клетки, ядерно-цитоплазматическое соотношение высокое, в пользу ядра, ядро с плотным хроматином, цитоплазма узким ободком
- 2) крупные клетки с относительно молодым ядром, расположенным эксцентрично, структура хроматина нежная, глыбки хроматина в виде мелких зернышек, цитоплазма широкая, богатая гемоглобином
- 3) крупные клетки, ядерно-цитоплазматическое соотношение низкое, ядра неправильной формы, структура хроматина рыхлая, цитоплазма светло-серая с включениями в виде песка
- 4) полиморфизм клеток и ядер, ядерно-цитоплазматическое соотношение низкое, ядро расположено центрально, в цитоплазме обилие гранул, палочки Ауэра. Из-за обилия гранул границы клеток и ядер нечеткие

310. Для внутрисосудистого гемолиза не характерно:

- 1) гемоглобинурия
- 2) гемосидеринурия
- 3) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- 4) высокий уровень свободного гемоглобина в крови

311. Для внутриклеточного гемолиза не характерно:

- 1) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- 2) морфологические изменения эритроцитов в периферической крови
- 3) гемоглобинурия
- 4) увеличение размеров селезенки, вплоть до спленомегалии

312. К наследственным гемолитическим анемиям, связанным с нарушением мембраны эритроцитов, не относится:

- 1) болезнь Минковского - Шоффара
- 2) наследственный овалоцитоз
- 3) талассемия
- 4) наследственный стоматоцитоз

313. Диффузная цитохимическая реакция на гликоген наблюдается при исследовании:

- 1) зрелых нейтрофилов
- 2) эозинофилов, базофилов
- 3) лимфоцитов
- 4) моноцитов

314. Гранулированная цитохимическая реакция на гликоген наблюдается при исследовании:

- 1) моноцитов
- 2) лимфоцитов
- 3) палочкоядерных нейтрофилов
- 4) эозинофилов

315. Цитохимическая реакция на неспецифическую эстеразу особенно выражена при исследовании:

- 1) зрелых нейтрофилов
- 2) лимфоцитов
- 3) моноцитов
- 4) миелобластов

316. Цитохимическая реакция на пероксидазу отрицательная при исследовании:

- 1) зрелых нейтрофилов
- 2) метамиелоцитов
- 3) лимфоцитов
- 4) миелоцитов

317. Для талассемий не характерно:

- 1) нарушение структуры гемоглобина
- 2) нарушение синтеза α-полипептидной цепи глобина
- 3) нарушение синтеза β-полипептидной цепи глобина
- 4) дисбаланс в синтезе полипептидных цепей

318. При нарушении активности Г-6-ФД эритроцитов не характерно:

- 1) накопление перекиси водорода в эритроцитах
- 2) снижение восстановленного глутатиона
- 3) увеличение НАДФ
- 4) снижение НАДФ

319. Для наследственного сфероцитоза не характерно:

- 1) нарушение структуры мембраны эритроцитов
- 2) нарушение стабилизации мембраны эритроцитов
- 3) внутриклеточный гемолиз эритроцитов
- 4) внутрисосудистый гемолиз эритроцитов

320. Для наследственной гемолитической анемии с нарушением структуры гемоглобина не характерно:

- 1) наличие патологического S-гемоглобина

- 2) полимеризация патологического гемоглобина при снижении концентрации кислорода
- 3) увеличение фракции фетального гемоглобина
- 4) наличие феномена «серповидноклеточности»

321. Для наследственной гемолитической анемии с нарушением активности Г-6-ФД не характерно:

- 1) наличие телец Г5ейнца в эритроцитах
- 2) наличие «надкусанных» эритроцитов
- 3) ретикулоцитоз
- 4) стоматоцитоз

322. Талассемия относится:

- 1) к гиперхромным, макроцитарным анемиям
- 2) к нормохромным, нормоцитарным анемиям
- 3) к гипохромным микроцитарным анемиям
- 4) к гипорегенераторным анемиям

323. Для прелатентного дефицита железа не характерно:

- 1) снижение концентрации гемоглобина
- 2) снижение количества ферритина в сыворотке крови
- 3) снижение количества сидероцитов
- 4) положительный десфераловый тест

324. Для латентного дефицита железа характерно все, кроме:

- 1) снижения уровня сывороточного железа
- 2) повышения ОЖСС
- 3) снижения концентрации гемоглобина и количества эритроцитов
- 4) снижения коэффициента насыщения трансферрина железом

325. Для большой талассемии не характерно:

- 1) значительное увеличение фракции фетального гемоглобина
- 2) увеличение фракции гемоглобина A₂
- 3) снижение фракции гемоглобина A
- 4) снижение фракции фетального гемоглобина

326. Для болезни Минковского - Шоффара не характерно:

- 1) пойкилоцитоз за счет сфероцитов
- 2) увеличение среднего объема эритроцитов
- 3) уменьшение диаметра эритроцитов
- 4) увеличение толщины эритроцитов

327. Анизоцитоз - это:

- 1) разная интенсивность окрашивания отдельных эритроцитов
- 2) изменение размеров эритроцитов
- 3) изменение формы эритроцитов
- 4) наличие включений в эритроцитах

328. К основным функциям тромбоцитов относятся все, кроме:

- 1) ангиотрофической
- 2) участия в синтезе липидов
- 3) адгезивной
- 4) агрегационной

329. К зрелым клеткам эритроидной линии относят:

- 1) ретикулоциты
- 2) эритроциты
- 3) базофильные нормобласты
- 4) эритрокариоциты

330. Пойкилоцитоз - это:

- 1) изменение размеров эритроцитов
- 2) разная интенсивность окрашивания отдельных эритроцитов
- 3) изменение формы эритроцитов
- 4) наличие в клетках включений

331. Анизохромия - это:

- 1) изменение формы клеток
- 2) изменение размеров эритроцитов
- 3) разная интенсивность окрашивания отдельных эритроцитов
- 4) наличие в эритроцитах включений

332. Полихроматофилия - это:

- 1) разная интенсивность окрашивания отдельных эритроцитов
- 2) качественные изменения в окраске эритроцитов в мазке
- 3) наличие в эритроцитах включений
- 4) изменение формы эритроцитов

333. Тельца Жолли - это:

- 1) остатки ядерной оболочки
- 2) остатки ядерного вещества
- 3) остатки органелл
- 4) фрагменты цепей гемоглобина

334. Кольца Кебота - это:

- 1) остатки ядерной оболочки
- 2) остатки органелл
- 3) гранулы ферритина
- 4) гранулы гемосидерина

335. Тельца Гейнца - это:

- 1) гранулы гемосидерина
- 2) остатки органелл
- 3) агрегаты окисленного гемоглобина
- 4) остатки ядерного вещества

336. Сидеробласты - это:

- 1) нормобласты, содержащие гранулы ферритина, гемосидерина
- 2) нормобласты, содержащие остатки ядерного вещества
- 3) эритроциты с включениями негемоглобинового железа
- 4) эритроциты, содержащие базофильную пунктацию

337. Ретикулоциты содержат:

- 1) остатки ядерной оболочки
- 2) остатки ядерного вещества
- 3) базофильную сетчатую субстанцию
- 4) базофильную зернистость

338. К дегенеративным изменениям нейтрофилов не относят:

- 1) токсогенную зернистость нейтрофилов
- 2) вакуолизацию ядра
- 3) тельца Деле
- 4) тельца Гейнца

339. Основной функцией В-лимфоцитов является:

- 1) участие в синтезе липидов
- 2) регуляция микроциркуляции
- 3) синтез иммуноглобулинов
- 4) регуляция трофики тканей

340. Главной функцией нейтрофилов является:

- 1) синтез иммуноглобулинов
- 2) регуляция трофики тканей
- 3) регуляция микроциркуляции
- 4) фагоцитоз

341. К наследственным эритроцитозам не относится:

- 1) эритроцитоз вследствие изменения кислородтранспортной функции гемоглобина
- 2) эритроцитоз вследствие повышенной продукции эритропоэтина
- 3) эритремия
- 4) эритроцитоз вследствие нарушения костномозгового кроветворения

342. Способность эритроцитов к деформации определяется всем, кроме:

- 1) цитоплазматической вязкости
- 2) процесса агрегации-деагрегации эритроцитов
- 3) вязкостно-эластических свойств мембраны
- 4) отношения площади клетки к ее объему

343. При нарушении синтеза гемоглобина в эритроците наблюдаются следующие изменения, кроме:

- 1) снижения содержания гемоглобина
- 2) гипохромии
- 3) повышения порфирина
- 4) гиперхромии

344. Акантоциты - это:

- 1) эритроциты в форме серпа
- 2) эритроциты без зоны просветления, с шипами разной величины
- 3) эритроциты в форме полулуния
- 4) каплевидные эритроциты

345. Дрепаноциты - это:

- 1) эритроциты в форме серпа
- 2) каплевидные эритроциты
- 3) эритроциты без зоны просветления, с шипами разной величины
- 4) эритроциты с просветлением в виде стомы

346. Дакриоциты - это:

- 1) эритроциты в форме полулуния
- 2) эритроциты в форме серпа
- 3) каплевидные эритроциты
- 4) эритроциты в форме овсяных зерен

347. К функциям эритроцитов не относится:

- 1) участие в газообмене
- 2) участие в иммунных процессах
- 3) синтез иммуноглобулинов

4) участие в гемостазе

348. Прямой метод определения групп крови - это:

- 1) определение с помощью изогемагглютинирующих сывороток и стандартных эритроцитов
- 2) определение с помощью стандартных эритроцитов
- 3) определение с помощью изогемагглютинирующих сывороток
- 4) определение с помощью 33% раствора полиглюкина

349. Перекрестный метод определения групп крови - это:

- 1) определение с помощью изогемагглютинирующих сывороток и стандартных эритроцитов
- 2) определение с помощью 33% раствора полиглюкина
- 3) определение с помощью изогемагглютинирующих сывороток
- 4) определение с помощью стандартных эритроцитов

350. Для антигенов эритроцитов не характерно:

- 1) поддержание структуры эритроцитов
- 2) участие в адгезии различных молекул
- 3) участие в газообмене
- 4) участие в метаболизме клетки

351. Иммуногенность антигенов заключается:

- 1) в способности вызывать выработку цитокинов
- 2) в способности являться рецепторами бактерий, вирусов, паразитов
- 3) в способности вызывать выработку антител
- 4) в способности участвовать в адгезии различных молекул

352. Для 0 группы крови характерно:

- 1) наличие на эритроцитах антигена А, в сыворотке - анти-В антител
- 2) наличие на эритроцитах антигена В, в сыворотке - анти-А антитела
- 3) отсутствие на эритроцитах А и В антигенов, наличие в сыворотке - анти-А и анти-В антител
- 4) наличие на эритроцитах антигенов А и В, отсутствие в сыворотке антител

353. Для А группы крови характерно:

- 1) наличие на эритроцитах антигена А, в сыворотке - анти-В антител
- 2) наличие на эритроцитах антигена В, в сыворотке - анти-А антитела
- 3) отсутствие на эритроцитах А и В антигенов, наличие в сыворотке - анти-А и анти-В антител
- 4) наличие на эритроцитах антигенов А и В, отсутствие в сыворотке

антител

354. Для В группы крови характерно:

- 1) наличие на эритроцитах антигена А, в сыворотке - анти-В антител
- 2) наличие на эритроцитах антигена В, в сыворотке - анти-А антитела
- 3) отсутствие на эритроцитах А и В антигенов, наличие в сыворотке - анти-А и анти-В антител
- 4) наличие на эритроцитах антигенов А и В, отсутствие в сыворотке антител

355. Для АВ группы крови характерно:

- 1) наличие на эритроцитах антигена А, в сыворотке - анти-В антител
- 2) наличие на эритроцитах антигена В, в сыворотке - анти-А антитела
- 3) отсутствие на эритроцитах А и В антигенов, наличие в сыворотке - анти-А и анти-В антител
- 4) наличие на эритроцитах антигенов А и В, отсутствие в сыворотке антител

356. Клиническое значение антигенов определяется:

- 1) способностью антигенов передаваться по наследству
- 2) способностью участвовать в адгезии различных молекул
- 3) их высокой иммуногенностью, способностью аллоантител к данным антигенам вызывать разрушение эритроцитов
- 4) способностью поддерживать структуру мембраны эритроцитов

357. Клиническое значение антител определяется:

- 1) устойчивостью к прогреванию
- 2) способностью подвергаться инактивации при 56°C
- 3) способностью проявлять свои свойства при температуре от 15 до 25°C
- 4) способностью вызывать разрушение эритроцитов, несущих на поверхности соответствующий антиген

358. Резус-принадлежность определяется по наличию/отсутствию на эритроцитах:

- 1) антигена А
- 2) антигена В
- 3) антигена D
- 4) антигенов А и В

359. Непрямая проба Кумбса позволяет определить:

- 1) антитела или компоненты комплемента, фиксированные на поверхности эритроцитов
- 2) антигены на поверхности эритроцитов

- 3) антиэритроцитарные антитела в сыворотке крови
- 4) антитела и антигены на поверхности эритроцитов

360. Прямая проба Кумбса позволяет определить:

- 1) антитела или компоненты комплемента, фиксированные на поверхности эритроцитов
- 2) антигены на поверхности эритроцитов
- 3) антиэритроцитарные антитела в сыворотке крови
- 4) антитела и антигены на поверхности эритроцитов

361. Специфическая агглютинация - это:

- 1) взаимодействие эритроцитов с антителами, специфичность которых не соответствует антигенам эритроцитов
- 2) реакция агглютинации исследуемых эритроцитов с собственной сывороткой индивида
- 3) способность эритроцитов агглютинироваться всеми образцами сывороток, независимо от их АВ0 принадлежности
- 4) взаимодействие эритроцитов с антителами, специфичность которых соответствует антигену, находящемуся на эритроцитах

362. Неспецифическая агглютинация - это:

- 1) взаимодействие эритроцитов с антителами, специфичность которых не соответствует антигенам эритроцитов
- 2) реакция агглютинации исследуемых эритроцитов с собственной сывороткой индивида
- 3) способность эритроцитов агглютинироваться всеми образцами сывороток, независимо от их АВ0 принадлежности
- 4) взаимодействие эритроцитов с антителами, специфичность которых соответствует антигену, находящемуся на эритроцитах

363. Подсчет количества ретикулоцитов проводится следующим образом:

- 1) на 100 лейкоцитов
- 2) количество ретикулоцитов в поле зрения
- 3) на 1000 эритроцитов
- 4) на 10 000 эритроцитов

364. Подсчет количества тромбоцитов проводится следующим образом:

- 1) на 100 лейкоцитов
- 2) количество тромбоцитов в поле зрения
- 3) на 1000 эритроцитов
- 4) на 10 000 эритроцитов

365. Количество теней Гумпрехта в результате указывается:

- 1) на 100 лейкоцитов
- 2) ориентировочно в поле зрения
- 3) на 1000 эритроцитов
- 4) на 10 000 эритроцитов

366. Тени Гумпрехта - это:

- 1) остатки ядерного вещества
- 2) клетки, разрушенные при приготовлении мазка
- 3) остатки ядерного вещества
- 4) базофильная сетчатая субстанция

367. К патогенетическим механизмам развития реактивного (относительного) эритроцитоза не относится:

- 1) гипоксия
- 2) повышенная продукция лейкозных эритроцитов
- 3) гемоконцентрация
- 4) активный физиологический эритропоэз
- 5) гиперпродукция эритропоэтина

368. Повышение осмотической резистентности эритроцитов наблюдается:

- 1) при наследственном сфероцитозе
- 2) при талассемии
- 3) при наследственном овалоцитозе
- 4) при наследственном стоматоцитозе

369. Снижение осмотической резистентности не наблюдается:

- 1) при наследственном сфероцитозе
- 2) при талассемии
- 3) при наследственном овалоцитозе
- 4) при наследственном стоматоцитозе

370. Кривая Прайс-Джонса отражает:

- 1) распределение эритроцитов по форме
- 2) количество и распределение тромбоцитов по объему
- 3) количество и распределение эритроцитов по диаметру
- 4) количество и распределение лейкоцитов по объему

371. Уменьшение количества мегакариоцитов наблюдается:

- 1) при истинной полицитемии
- 2) при циррозе печени
- 3) при апластической анемии

- 4) после кровопотери

372. Увеличение количества мегакариоцитов наблюдается:

- 1) при острых лейкозах
- 2) при апластической анемии
- 3) при лучевой болезни
- 4) при истинной полицитемии

373. Костно-мозговой лейко-эритробластический индекс отражает:

- 1) отношение гемоглобинсодержащих нормобластов ко всем клеткам эритроцитарного ряда
- 2) отношение молодых форм нейтрофилов к более зрелым
- 3) отношение суммы клеток лейкоцитарного ряда к сумме клеток эритроцитарного ряда
- 4) количество мегакариоцитов и их функциональную активность

374. Костно-мозговой индекс нейтрофилов отражает:

- 1) отношение гемоглобинсодержащих нормобластов ко всем клеткам эритроцитарного ряда
- 2) отношение молодых форм нейтрофилов к более зрелым формам
- 3) отношение суммы клеток лейкоцитарного ряда к сумме клеток эритроцитарного ряда
- 4) количество мегакариоцитов и их функциональную активность

375. Костно-мозговой индекс созревания эритрокариоцитов отражает:

- 1) отношение гемоглобинсодержащих нормобластов ко всем клеткам эритроцитарного ряда
- 2) отношение молодых форм нейтрофилов к более зрелым формам
- 3) отношение суммы клеток лейкоцитарного ряда к сумме клеток эритроцитарного ряда
- 4) количество мегакариоцитов и их функциональную активность

376. Аномалия Пельгера - это:

- 1) гиперсегментация ядер нейтрофилов
- 2) вторичная гипосегментация ядер нейтрофилов
- 3) гипосегментация ядер нейтрофилов и грубая, пикнотичная структура хроматина
- 4) гипогрануляция цитоплазмы нейтрофилов

377. Никтурия - это:

- 1) учащенное мочеиспускание в ночные часы
- 2) ночное недержание мочи
- 3) преобладание ночного диуреза над дневным
- 4) усиленное выделение мочи днем
- 5) болезненное мочеиспускание

378. Каким методом можно определить фосфаты в моче?

- 1) добавлением к осадку кислоты
- 2) добавлением к осадку щёлочи
- 3) нагреванием
- 4) смешиванием с эфиром
- 5) добавлением дистиллированной воды

379. Каким способом определяют белок в моче?

- 1) пробой с сульфосалициловой кислотой
- 2) пробой Гайнеса (редукционная)
- 3) пробой Ланге (нитропруссидная)
- 4) пробой Розина (йодная)
- 5) пробой Богомолова (с сульфатом меди)

380. Проба Зимницкого позволяет осуществить все, кроме:

- 1) динамического наблюдения за количеством выделяемой мочи
- 2) динамического наблюдения за относительной плотностью мочи в течение суток
- 3) определения ночного и дневного диуреза
- 4) определения суточного диуреза
- 5) определения суточного количества глюкозы в моче

381. Для какого заболевания характерна высокая относительная плотность мочи:

- 1) хронического гломерулонефрита
- 2) пиелонефрита
- 3) сахарного диабета
- 4) несахарного диабета
- 5) сморщенной почки

382. Для какого заболевания характерна гемоглобинурия?

- 1) почечно-каменной болезни
- 2) цистита
- 3) гемолитической почки
- 4) паренхиматозной желтухи

5) острого гломерулонефрита

383. Для какого заболевания характерна выраженная билирубинурия?

- 1) механической желтухи
- 2) гемолитической желтухи
- 3) почечно-каменной болезни
- 4) острого гломерулонефрита
- 5) цистита

384. При каком заболевании часто в моче обнаруживается большое количество аморфных фосфатов и трипельфосфатов?

- 1) при гемолитической почке
- 2) при цистите
- 3) при нефротическом синдроме
- 4) при остром гломерулонефрите
- 5) при застойной почке

385. Бактериурия характерна:

- 1) для острого гломерулонефрита
- 2) для острого пиелонефрита
- 3) для нефротического синдрома
- 4) для рака почки
- 5) для почечнокаменной болезни

386. Мутность мочи, вызванную присутствием форменных элементов, можно удалить при:

- 1) добавлении кислоты
- 2) центрифугировании
- 3) добавлении щёлочи
- 4) подогревании
- 5) добавлении воды

387. Какое требование предъявляется к моче при определении белка?

- 1) реакция мочи должна быть щелочной
- 2) реакция мочи должна быть кислой
- 3) реакция мочи не имеет значения
- 4) должна отсутствовать глюкоза
- 5) должны отсутствовать форменные элементы

388. При какой температуре выпадет белок Бенс-Джонса?

- 1) 10-20°C

- 2) 20-30°C
- 3) 30-40°C
- 4) 45-55°C
- 5) свыше 60°C

389. При попадании в мочу семенной жидкости определяется:

- 1) сывороточный белок
- 2) альбумоза
- 3) амилоид
- 4) белок Бенс-Джонса

390. Наличие кетоновых тел в моче при диабете характеризует:

- 1) тяжесть заболевания
- 2) длительность болезни
- 3) степень поражения почек
- 4) эффективность терапии

391. Окраску препаратов, приготовленных из осадка мочи, по методу Циля-Нильсена производят при подозрении:

- 1) на опухоль почек
- 2) на воспаление мочевого пузыря
- 3) на туберкулез почек
- 4) на мочекаменную болезнь
- 5) на сахарный диабет

392. Как называется унифицированный метод для определения пепсина:

- 1) Мэтта
- 2) Пятницкого
- 3) Туголукова
- 4) Реберга

393. Для какого заболевания характерно усиление секреторной деятельности желудка?

- 1) для рака желудка
- 2) для язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке
- 3) для хронического атрофического гастрита
- 4) для стеноза привратника
- 5) для полипоза желудка

394. При каком заболевании отмечается значительное увеличение желудочного содержимого в порции натошак?

- 1) при раке желудка с локализацией в кардии

- 2) при рубцово-язвенном сужении привратника
- 3) при функциональной ахлоргидрии
- 4) при язвенной болезни желудка

395. Какой оболочкой осуществляется секреторная функция желудка:

- 1) серозной
- 2) мышечной
- 3) слизистой
- 4) подслизистой

396. Какой из показателей соответствует нормальной общей кислотности желудочного содержимого?

- 1) 10-20 ммоль/л
- 2) 20-40 ммоль/л
- 3) 40-60 ммоль/л
- 4) 60-90 ммоль/л
- 5) 80-100 ммоль/л

397. В какие сроки после забора необходимо производить микроскопические исследования желчи?

- 1) через 5-10 минут
- 2) через 30 минут
- 3) через 1 час
- 4) через 2 часа

398. Как можно сохранить желчь в течение 1-2 часов при невозможности немедленного микроскопического исследования?

- 1) поместить в холодильник
- 2) поставить в теплую водяную баню
- 3) поставить в термостат
- 4) добавить 10% формалин
- 5) добавить физиологический раствор

399. При какой патологии в кале отсутствует стеркобилин?

- 1) при циррозе печени
- 2) при желчнокаменной болезни
- 3) при инфаркте миокарда
- 4) при гемолитической анемии

400. Какие изменения в желчи наблюдаются при хроническом холецистите?

- 1) сгустки крови, лейкоцитов
- 2) кристаллы холестерина, билирубината кальция

- 3) большое количество желчи
- 4) хлопья, лейкоциты, десквамированный эпителий

401. Кислая реакция кала наблюдается:

- 1) при преимущественном белковом питании
- 2) при усилении бродильных процессов
- 3) при активизации гнилостной флоры
- 4) при запорах
- 5) при недостаточности поджелудочной железы

402. Какой из реактивов дает возможность дифференцировать между собой капли и глыбки жирных кислот, мыл и нейтрального жира?

- 1) раствор Люголя
- 2) судан III
- 3) 1% раствор метиленового синего
- 4) глицерин

403. Стеркобилин в кале отсутствует:

- 1) при язвенном колите
- 2) при непроходимости общего желчного протока
- 3) при недостаточности функции поджелудочной железы
- 4) при тяжёлых бродильных процессах
- 5) при гастрите

404. При какой патологии в кале обнаруживаются большое количество перевариваемой клетчатки, крахмала и йодофильной флоры?

- 1) гнилостной диспепсии
- 2) панкреатите
- 3) бродильной диспепсии
- 4) колите с запором

405. Стеаторея - это:

- 1) присутствие в кале непереваренных элементов мясной пищи
- 2) присутствие в кале жира
- 3) наличие в кале слизи
- 4) изменения консистенции кала
- 5) наличие в кале крахмала

406. Усиление запаха кала при нагрузке мясной пищей связано:

- 1) с преобладанием бродильных процессов
- 2) с преобладанием гнилостных процессов
- 3) с нарушением функции печени

4) с воспалительным процессом

407. Креаторея - это:

- 1) присутствие в кале жира
- 2) присутствие в кале непереваренных элементов мясной пищи
- 3) наличие в кале слизи
- 4) изменения консистенции кала
- 5) наличие в кале крахмала

408. Микроскопически видимая примесь слизи на поверхности кала свидетельствует:

- 1) о нарушении процессов пищеварения в желудке
- 2) о заболевании поджелудочной железы
- 3) о воспалительном процессе в тонком кишечнике
- 4) о воспалительном процессе в нижних отделах толстого кишечника

409. Наличие в кале «свежей» крови свидетельствует о кровотечении:

- 1) из желудка
- 2) из тонкого кишечника
- 3) из пищевода
- 4) из прямой кишки
- 5) из 12-перстной кишки

410. Какого цвета капли жира при окраске Суданом III?

- 1) бесцветные
- 2) светящиеся оранжевого
- 3) бурого
- 4) голубого
- 5) черного

411. При какой патологии наблюдается интенсивное окрашивание желчи?

- 1) при холецистите
- 2) при гемолитической анемии
- 3) при желчнокаменной болезни
- 4) при язвенной болезни 12-перстной кишки
- 5) при перихолецистите

412. Эритроциты и лейкоциты в кале обнаруживаются при воспалительном процессе:

- 1) в тонком кишечнике
- 2) в толстом кишечнике

- 3) в пищеводе
- 4) в желудке

413. Для диагностики амилореи следует приготовить:

- 1) нативный, неокрашенный препарат
- 2) нативный препарат, окрашенный Суданом III
- 3) нативный препарат, окрашенный раствором Люголя
- 4) нативный препарат с глицерином
- 5) препарат, окрашенный сульфатом нильского синего

414. Минимальное число полей зрения толстой капли крови, которое необходимо просмотреть при стандартном исследовании крови на малярию, составляет:

- 1) 10
- 2) 50
- 3) 100
- 4) 200
- 5) 300

415. Для протирания стекол мазков крови (капель) после исследования на малярию для последующего хранения лучше использовать:

- 1) эфир
- 2) ксилол
- 3) этиловый спирт
- 4) иммерсионное масло
- 5) воду с детергентом

416. Кровь у пациента для исследования на малярию следует брать:

- 1) во время озноба
- 2) во время жара
- 3) в период потоотделения
- 4) в межприступный период
- 5) в любое время вне зависимости от приступа

417. Реакция воды для приготовления краски по Романовскому при окраске мазков и толстых капель на малярию должна быть:

- 1) 6,6
- 2) 6,8
- 3) 7,0
- 4) 7,6
- 5) 8,4

418. При окраске нефиксированной толстой капли крови гемолиза не произошло, препарат оказался непригодным для исследования. Укажите, по какой причине не произошло гемолиза:

- 1) кровь была взята из пальца, на коже которого остались капли спирта
- 2) препарат был высушен при комнатной температуре
- 3) капля была очень толстой
- 4) капля была приготовлена с соблюдением правил

419. Что необходимо сделать с доставленными в лабораторию толстыми каплями крови, приготовленными несколько дней назад?

- 1) перед окраской толстую каплю зафиксировать
- 2) окрасить препараты раствором краски по Романовскому
- 3) предварительно на препарат налить дистиллированную воду на 1015 минут
- 4) предварительно налить на препарат физиологический раствор на 1015 минут

420. Какие эпителиальные клетки в мокроте свидетельствуют о неправильно собранном материале?

- 1) цилиндрического эпителия
- 2) кубического эпителия
- 3) многослойного плоского эпителия
- 4) эпителиоидные
- 5) альвеолярные макрофаги

421. При каком заболевании появляются спирали Куршмана?

- 1) при абсцессе легкого
- 2) при трахеите
- 3) при бронхиальной астме
- 4) при бронхите
- 5) при крупозной пневмонии

422. Для какого заболевания характерно обнаружение в мокроте кристаллов Шарко-Лейдена?

- 1) для абсцесса легкого
- 2) для бронхоэктатической болезни
- 3) для крупозной пневмонии
- 4) для бронхиальной астмы
- 5) для туберкулёза лёгких

423. При каком заболевании мокрота имеет слизистый характер?

- 1) при бронхиальной астме

- 2) при пневмонии
- 3) при туберкулёзе лёгких
- 4) при абсцессе лёгких
- 5) при бронхоэктатической болезни

424. Для какого заболевания характерна эозинофилия в мокроте?

- 1) для хронического бронхита
- 2) для бронхиальной астмы
- 3) для пневмонии
- 4) для туберкулёза
- 5) для абсцесса лёгкого

425. При каком заболевании количество мокроты может достигать 1,5-2 литров в сутки?

- 1) при бронхиальной астме
- 2) при абсцессе лёгкого
- 3) при отёке лёгких
- 4) при крупозной пневмонии
- 5) при остром бронхите

426. Мокрота при абсцессе легкого:

- 1) гомогенная
- 2) двухслойная
- 3) пенистая
- 4) серозная
- 5) слизистая

427. Мокрота при гангрене лёгких:

- 1) слизистая
- 2) многослойная
- 3) трехслойная
- 4) гомогенная
- 5) двухслойная

428. При каком заболевании появляется зловонный запах мокроты:

- 1) при гангрене лёгкого
- 2) при раке лёгкого
- 3) при абсцессе лёгкого
- 4) при крупозной пневмонии
- 5) при остром бронхите

429. Слизистая оболочка пищевода в норме представлена:

- 1) многослойным плоским эпителием
- 2) многоядерным цилиндрическим эпителием

- 3) однорядным кубическим эпителием
- 4) переходным эпителием
- 5) однослойным цилиндрическим

430. Ткань, из которой развивается рак - это:

- 1) соединительная
- 2) мышечная
- 3) эпителиальная
- 4) нервная
- 5) костная

431. При опухолях желудка наиболее рациональным способом получения материала является:

- 1) гастроскопия
- 2) промывание желудка
- 3) забор желудочного сока
- 4) пункция желудка

432. При каком экссудативном плеврите встречается геморрагический характер выпота?

- 1) сердечном
- 2) парапневмоническом
- 3) онкологическом
- 4) туберкулёзном
- 5) уремическом

433. Какие клетки крови преобладают в плевральном выпоте при острых воспалительных процессах?

- 1) лимфоциты
- 2) эозинофилы
- 3) нейтрофилы
- 4) эритроциты
- 5) моноциты

434. При каком заболевании, наблюдается гиперэозинофилия крови?

- 1) при хроническом бронхите
- 2) при туберкулёзе лёгких
- 3) при острой пневмонии
- 4) при бронхиальной астме
- 5) при абсцессе лёгкого

435. При каком заболевании наиболее часто встречается геморрагический

плеврит?

- 1) при ревматизме
- 2) при метастазах злокачественных опухолей в плевру
- 3) при пневмонии
- 4) при абсцессе
- 5) при сифилисе

436. Цитоз цереброспинальной жидкости здорового взрослого человека составляет:

- 1) клеток нет
- 2) 0-5х10⁶/л
- 3) 10х10⁶/л
- 4) 20х10⁶/л
- 5) 30х10⁶/л

437. Белок 0,35 г/л, цитоз 3,2*10⁶/л в спинномозговой жидкости отражают:

- 1) серозное воспаление
- 2) гнойное воспаление
- 3) кровоизлияние
- 4) опухоль головного мозга
- 5) нормальный состав жидкости

438. Гонококки дифференцируются в мазках окрашенных:

- 1) 1% раствором метиленового синего
- 2) 1% раствором эозина
- 3) 0,5% раствором бриллиантового зеленого
- 4) по Граму
- 5) по Романовскому

439. Нарушение соотношения белковых фракций в ликворе обозначают термином:

- 1) гиперглобукоархия
- 2) диспротеинария
- 3) гипохлоремия
- 4) диспротеинемия
- 5) диспротеиноз

440. Пиоспермия означает наличие в эякуляте:

- 1) большого количества эритроцитов
- 2) большого количества нейтрофилов
- 3) кристаллов спермина

- 4) макрофагов
- 5) большого количества лимфоцитов

441. Изменение морфологии сперматозоидов обозначают термином:

- 1) некрозооспермия
- 2) астенозооспермия
- 3) полиспермия
- 4) олигоспермия
- 5) тератозооспермия

442. «Ключевая» клетка - это:

- 1) клетка эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
- 2) клетка эпителия, покрытая палочковой флорой
- 3) клетка плоского эпителия, покрытая грамвариабельными коккобациллярными микроорганизмами
- 4) клетка плоского эпителия, частично покрытая кокковой флорой
- 5) клетка плоского эпителия, покрытая диплококками

443. О какой функции почек можно судить на основании пробы Зимницкого?

- 1) поддержания электролитного обмена
- 2) поддержания водного обмена
- 3) концентрационной
- 4) секреторной
- 5) экскреторной

444. При какой желтухе в моче обнаруживается наибольшее количество уробилиногеновых (уробилиновых) тел?

- 1) паренхиматозной
- 2) гемолитической
- 3) механической
- 4) обтурационной

445. Каково содержание глюкозы в моче, если известно, что уровень глюкозы в крови равен 3,3 ммоль/л?

- 1) полное отсутствие глюкозы в моче
- 2) следы глюкозы в моче
- 3) небольшое количество глюкозы в моче
- 4) высокое содержание глюкозы в моче

446. Содержание какого вещества в моче значительно повышает плотность мочи?

- 1) билирубина
- 2) глюкозы
- 3) мочевой кислоты
- 4) слизи
- 5) ацетона

447. При каком заболевании идиурез может составлять 6 л?

- 1) при хроническом гломерулонефрите
- 2) при остром пиелонефрите
- 3) при почечнокаменной болезни
- 4) при сахарном диабете
- 5) при сморщенной почке

448. Для какого заболевания характерна моча цвета мясных помоев?

- 1) для гемолитической почки
- 2) для острого гломерулонефрита
- 3) для паренхиматозной желтухи
- 4) для застойной почки
- 5) для механической желтухи

449. Какова суточная потеря белка у больного с суточным диурезом 500 мл и концентрацией белка 15 г/л?

- 1) 5,0 г
- 2) 7,5 г
- 3) 10,0 г
- 4) 15,0 г
- 5) 20,0 г

450. Какое колебание относительной плотности мочи в норме в течение суток?

- 1) 1011-1013
- 2) 1006-1020
- 3) 1004-1010
- 4) 1010-1016

451. Какой характер осадка при остром гломерулонефрите?

- 1) лейкоцитурия
- 2) гематурия + лейкоцитурия
- 3) гематурия + цилиндрурия
- 4) макрогематурия
- 5) гематурия + протеинурия + цилиндрурия

452. Какое количество эритроцитов в нормальном мочевом осадке по Нечипоренко?

- 1) $5,0 \times 10^6/\text{л}$
- 2) $4,5 \times 10^6/\text{л}$
- 3) $2,5 \times 10^6/\text{л}$
- 4) $1,0 \times 10^6/\text{л}$
- 5) $10,0 \times 10^6/\text{л}$

453. Какой симптом характерен для острого гломерулонефрита?

- 1) боли в пояснице
- 2) лейкоцитурия
- 3) гематурия
- 4) оксалатурия
- 5) бактериурия

454. Ведущий клинико-лабораторный симптом нефротического синдрома:

- 1) водянка полостей
- 2) бледность кожи
- 3) выраженная протеинурия
- 4) гипопроteinемия
- 5) диспротеинемия

455. Восковидные цилиндры встречаются:

- 1) при остром гломерулонефрите
- 2) при остром пиелонефрите
- 3) при почечнокаменной болезни
- 4) при циститах
- 5) при амилоидозе почки

456. При каком заболевании в моче обнаруживается белок Бенс-Джонса?

- 1) при амилоидозе почек
- 2) при хроническом гломерулонефрите
- 3) при миеломной болезни
- 4) при туберкулезе почек
- 5) при остром гломерулонефрите

457. Какое количество лейкоцитов в мочевом осадке по Нечипоренко в норме?

- 1) $10,0 \times 10\%$
- 2) $8,0 \times 10^6/\text{л}$

- 3) $20,0 \times 10^6 / \text{л}$
- 4) $4,0 \times 10^6 / \text{л}$
- 5) $30,0 \times 10^6 / \text{л}$

458. Клетки Штернгеймера - Мальбина обнаруживают в моче:

- 1) при хроническом пиелонефрите
- 2) при остром гломерулонефрите
- 3) при гипернефроме
- 4) при хроническом гломерулонефрите
- 5) при диабетическом нефросклерозе

459. При каком заболевании чаще отмечается массивная протеинурия?

- 1) при остром гломерулонефрите
- 2) при хроническом пиелонефрите
- 3) при гипернефроме
- 4) при хроническом гломерулонефрите
- 5) при диабетическом нефросклерозе

460. При каком заболевании чаще встречается гистамин-рефрактерная ахлоргия?

- 1) при хроническом поверхностном гастрите
- 2) при хроническом гастрите с распространенной атрофией слизистой оболочки
- 3) при раке желудка
- 4) при функциональном заболевании желудка
- 5) при рубцово-язвенном сужении привратника

461. При каком заболевании в порции натошак при микроскопии обнаруживаются крахмальные зерна, капли жира, обилие дрожжевых грибов?

- 1) при хроническом поверхностном гастрите
- 2) при язвенной болезни 12-перстной кишки
- 3) при стенозе привратника
- 4) при функциональном заболевании желудка - «раздраженный желудок»
- 5) при раке желудка

462. При каком условии трипсиноген переходит в трипсин?

- 1) под влиянием соляной кислоты желудочного сока
- 2) под влиянием желчи
- 3) при контакте со слизистой 12-перстной кишки
- 4) под влиянием ферментов желудочного сока
- 5) под влиянием жирных кислот

463. Под воздействием какого фактора нерастворимые жирные кислоты превращаются в пищеварительном тракте в растворимые?

- 1) липазы сока поджелудочной железы
- 2) липазы желудочного сока
- 3) желчных кислот
- 4) соляной кислоты желудочного сока
- 5) пепсина

464. Дефицит соляной кислоты - это:

- 1) разница между показателями желудочной секреции у данного больного по сравнению с нормой
- 2) недостаток соляной кислоты, получаемой при титровании
- 3) количество соляной кислоты, которое необходимо добавить к желудочному содержимому, не имеющему свободной соляной кислоты, чтобы появилась качественная реакция на нее
- 4) отсутствие свободной соляной кислоты
- 5) увеличение связанной соляной кислоты

465. В выработке основных компонентов желудочного сока участвуют клетки:

- 1) париетальные (обкладочные)
- 2) главные
- 3) мукоциты (добавочные клетки)
- 4) клетки покровно-ямочного эпителия
- 5) главные, париетальные, мукоциты

466. Для какого заболевания характерна стеаторея?

- 1) для проктита
- 2) для гастрита
- 3) для дисбактериоза кишечника
- 4) для хронического панкреатита

467. Для какого заболевания характерен кал черного цвета (мелена)?

- 1) для язвенного колита
- 2) для желудочного кровотечения
- 3) для трещин ануса
- 4) для геморроя

468. Пристеночное пищеварение происходит:

- 1) в толстом кишечнике
- 2) в желудке
- 3) в тонком кишечнике
- 4) в поджелудочной железе

469. Абсолютным показателем желудочной секреции является:

- 1) часовое напряжение секреции
- 2) дебит-час соляной кислоты
- 3) дебит-час водородных ионов
- 4) дебит-час соляной кислоты, водородных ионов и пепсина

470. Какой из методов исследования желудочной секреции показан при ахлоргидрии?

- 1) определение пепсина
- 2) определение уропепсина
- 3) субмаксимальный гистаминовый тест
- 4) максимальный гистаминовый тест

471. При каком из заболеваний в порции натошак обнаруживается значительное количество свободы соляной кислоты?

- 1) при раке желудка
- 2) при язвенной болезни 12-перстной кишки
- 3) при гастрите с нормальной секреторной функцией
- 4) при стенозе привратника

472. При каком заболевании наблюдается плейохромия желчи?

- 1) при хроническом холецистите
- 2) при циррозе печени
- 3) при гемолитической анемии
- 4) при лямблиозе

473. При какой патологии в кале обнаруживается билирубин?

- 1) при дуодените
- 2) при панкреатите
- 3) при остром энтерите
- 4) при язвенном колите

474. Какое заболевание более часто сопровождается анемией?

- 1) хронический колит
- 2) язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения
- 3) хронический энтероколит
- 4) хронический панкреатит

475. Какой кал характерен для неспецифического язвенного колита?

- 1) мелена
- 2) овечий кал
- 3) стеаторея

- 4) малиновое желе
- 5) пенистый кал

476. «Амилорея» - это:

- 1) присутствие в кале жира
- 2) наличие мышечных волокон
- 3) присутствие в кале крахмала
- 4) наличие в кале слизи
- 5) наличие в кале билирубина

477. Какая реакция кала отмечается при нарушении усвоения белков в кишечнике?

- 1) кислая
- 2) резко кислая
- 3) нейтральная
- 4) резко щелочная
- 5) слабокислая

478. При каком заболевании наблюдается мазевидная консистенция кала?

- 1) при атрофическом гастрите
- 2) при панкреатите
- 3) при бродильной диспепсии
- 4) при дизентерии
- 5) при гнилостной диспепсии

479. Мелкие, активные, живые личинки в осадке желчи - это:

- 1) вегетативные формы лямблий
- 2) личинки кишечной угрицы
- 3) личинки аскарид
- 4) личинки фасциол
- 5) личинки описторха

480. Спирали Куршмана под микроскопом выглядят как:

- 1) спиралевидные скопления лейкоцитов
- 2) уплотненные, закрученные в спираль образования из слизи
- 3) фибриновые волокна
- 4) извитые, блестящие тонкие нити эластичных волокон
- 5) волокнистые образования

481. В мокроте при бронхите нельзя обнаружить:

- 1) эритроциты

- 2) альвеолярные макрофаги
- 3) коралловидные эластические волокна
- 4) цилиндрический эпителий

482. Характерными морфологическими чертами эластических волокон являются:

- 1) спирально свернутые тяжи слизи
- 2) способность выявляться после обработки мокроты 80% раствором щелочи
- 3) блестящие, извитые, резко преломляющие свет образования, иногда выявляются собранными в пучки, повторяя строение альвеолярной ткани
- 4) способность просветляться при добавлении 30% раствора уксусной кислоты
- 5) фибринозные образования

483. Для какого заболевания характерна слизисто-кровянистая мокрота?

- 1) для катара верхних дыхательных путей
- 2) для бронхопневмонии
- 3) для хронического бронхита
- 4) для бронхогенного рака легкого
- 5) для бронхиальной астмы

484. При распаде легочной ткани в мокроте можно встретить кристаллы, кроме:

- 1) гематоидина
- 2) холестерина
- 3) жирных кислот
- 4) Шарко-Лейдена
- 5) нейтрального жира

485. Для злокачественных опухолей характерен:

- 1) медленный рост
- 2) экспансивный рост
- 3) инфильтрирующий рост
- 4) структурная сходность с нормальной тканью

486. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов в норме представлена:

- 1) однослойным кубическим эпителием
- 2) многоядерным цилиндрическим эпителием
- 3) многослойным плоским эпителием
- 4) переходным эпителием
- 5) однослойным цилиндрическим эпителием

487. Морфологическим критерием доброкачественной опухоли являются:

- 1) пролиферация
- 2) дедифференцировка
- 3) структурная сходность с нормальной тканью
- 4) митозы
- 5) полиморфизм

488. При каком заболевании характерно преобладание в плевральном выпоте лимфоцитов?

- 1) при инфаркте легкого
- 2) при туберкулезе лёгкого
- 3) при пневмонии
- 4) при уремии
- 5) при эхинококкозе

489. При каком заболевании снижается уровень глюкозы в цереброспинальной жидкости?

- 1) при столбняке
- 2) при травмах мозга
- 3) при менингите
- 4) при энцефалите
- 5) при арахноидите

490. Относительная плотность ликвора снижена:

- 1) при воспалении мозговых оболочек
- 2) при травмах головного мозга
- 3) при гидроцефалии
- 4) при опухоли головного мозга

491. Какое изменение в составе цереброспинальной жидкости выявляют с помощью реакции Нонне - Апелъта?

- 1) увеличение количества глобулинов
- 2) увеличение количества альбуминов
- 3) снижение количества глобулинов
- 4) снижение количества альбуминов
- 5) гиперпротеинорахию

492. Мазки для гормонального кольпоцитологического исследования берутся:

- 1) из заднего свода влагалища
- 2) из верхней трети заднебокового свода влагалища
- 3) из бокового свода влагалища

- 4) из цервикального канала
- 5) из уретры

493. В норме количество активных сперматозоидов в эякуляте составляет:

- 1) 10-20%
- 2) 20-40%
- 3) 40-60%
- 4) 60-80%
- 5) 80-90%

494. Тестостерон образуется:

- 1) в сперматогониях
- 2) в сперматидях
- 3) в сперматоцитах
- 4) в клетках Лейдига
- 5) в клетках Сертоли

495. Снижение подвижности сперматозоидов обозначают термином:

- 1) олигоспермия
- 2) некрозооспермия
- 3) полиспермия
- 4) азооспермия
- 5) астенозооспермия

496. Чем характеризуется проба Зимницкого при хронической почечной недостаточности?

- 1) уменьшением общего количества суточной мочи
- 2) низкой относительной плотностью во всех пропорциях мочи
- 3) высокой относительной плотностью
- 4) неравномерным выделением мочи на протяжении суток
- 5) резким колебанием относительной плотности

497. Какой показатель более точно характеризует концентрационную способность почек?

- 1) относительная плотность мочи
- 2) проба Фольгарта
- 3) проба Зимницкого
- 4) осмотическая концентрация мочи, определяемая методом криоскопии
- 5) микроскопия мочевого осадка

498. Чему в среднем равен диурез в нормальных условиях?

- 1) 0,2-0,5 л
- 2) 0,5-1 л
- 3) 1-1,5 л
- 4) 3-4 л

499. Показателем какой протеинурии является синдром цилиндрурии?

- 1) ренальной протеинурии
- 2) преренальной протеинурии
- 3) постренальной протеинурии
- 4) печеночной протеинурии

500. Чем можно дифференцировать лейкоциты в осадке мочи?

- 1) методом нативного мазка
- 2) пробой Каковского - Аддиса
- 3) окраской метиленовым синим
- 4) окраской Суданом III
- 5) окраской осадка мочи по Романовскому - Гимзе

501. При каком состоянии отмечается умеренная полиурия?

- 1) при остром гломерулонефрите
- 2) при остром пиелонефрите
- 3) при нефротическом синдроме
- 4) при сморщенной почке
- 5) при гемолитической почке

512. Ренальная протеинурия обусловлена:

- 1) нарушением фильтрации и реабсорбции белка
- 2) диспротеинемией
- 3) попаданием экссудата при воспалении мочеточников
- 4) почечными камнями

513. При заболеваниях почек с преимущественным поражением клубочков отмечается:

- 1) нарушение концентрационной способности почек
- 2) снижение фильтрации
- 3) нарушение реабсорбции
- 4) нарушение секреции

514. Эритроцитарные цилиндры образуются:

- 1) при почечной лейкоцитурии
- 2) при почечной эритроцитурии
- 3) при камне в мочеточнике
- 4) при камне в мочевом пузыре

5) все перечисленное верно

515. Эритроцитарные цилиндры встречаются при следующих заболеваниях, кроме:

- 1) инфаркта почек
- 2) острого нефрита
- 3) амилоидоза почек
- 4) травмы почек

516. Отсутствие уробилина в моче указывает:

- 1) на гемолитическую желтуху
- 2) на обтурационную желтуху
- 3) на паренхиматозную желтуху в период продрома
- 4) на болезнь Жильбера
- 5) все заболевания

517. Появление уробилина в моче при обтурационной желтухе может свидетельствовать:

- 1) о восстановлении проходимости желчных путей
- 2) о закупорке желчных путей
- 3) о поражении желчного пузыря
- 4) о восстановлении функций печени
- 5) об увеличении неконъюгированного билирубина

518. Причиной ренальной глюкозурии является нарушение:

- 1) реабсорции глюкозы в проксимальных канальцах
- 2) фильтрации глюкозы через неповрежденный почечный фильтр
- 3) реабсорции глюкозы в дистальных канальцах
- 4) секреции глюкозы почечным эпителием

519. Для какого заболевания характерна выраженная уробилиногенурия (стеркобилинурия)?

- 1) для подпеченочной желтухи
- 2) для гемолитической желтухи
- 3) для почечнокаменной болезни
- 4) для инфаркта почки
- 5) для хронического гломерулонефрита

520. При каком заболевании всегда снижена клубочковая фильтрация?

- 1) при остром пиелонефрите
- 2) при хроническом гломерулонефрите
- 3) при острой почечной недостаточности
- 4) при амилоидозе почек

5) при пиелите

521. Какое вещество попадает в мочу путем секреции?

- 1) мочева́я кислота
- 2) аммиак
- 3) глюкоза
- 4) ионы кальция
- 5) белок

522. Щелочная реакция мочи бывает:

- 1) при белковом питании
- 2) при голодании
- 3) при опухоли мочевого пузыря
- 4) при уремии
- 5) при лихорадке

523. Назовите клинический признак подагры:

- 1) гипергликемия
- 2) гиперурикемия
- 3) гипертензия
- 4) гиперлейкоцитоз
- 5) билирубинурия

524. В каком отделе нефрона происходит фильтрация мочи?

- 1) в проксимальном канальце
- 2) в интерстиции почек
- 3) в клубочке
- 4) в петле Генле
- 5) в дистальном канальце

525. Для какого заболевания характерна олигурия?

- 1) для пиелонифрита
- 2) для острого гломерулонефрита
- 3) для несахарного диабета
- 4) для цистита
- 5) для сахарного диабета

526. Для какого заболевания характерно сочетание уробилиногенурии с билирубинурией?

- 1) для механической желтухи
- 2) для гемолитической желтухи
- 3) для паренхиматозной желтухи
- 4) для инфаркта почки
- 5) для почечнокаменной болезни

527. Какова основная роль гастрина?

- 1) активирует ферменты поджелудочной железы
- 2) превращает в желудке пепсиноген и пепсин
- 3) стимулирует секрецию желудочного сока
- 4) стимулирует секрецию поджелудочной железы
- 5) стимулирует секрецию кишечного сока

528. Какова роль секретина в процессе пищеварения?

- 1) стимулирует секрецию кишечного сока
- 2) стимулирует секрецию желчи
- 3) стимулирует секрецию желудочного сока
- 4) стимулирует секрецию поджелудочной железы
- 5) превращает пепсиноген в пепсин

529. Для тяжелого течения язвенной болезни 12-перстной кишки характерен следующий тип секреции:

- 1) нормальный
- 2) гиперреактивный
- 3) гипореактивный
- 4) пангипохлоргидрический
- 5) пангиперхлоргидрический

530. Непрямой метод диагностики инфицированности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* - это:

- 1) гистологический
- 2) цитологический
- 3) уреазный тест
- 4) бактериологический
- 5) все перечисленные методы

531. Прямой метод выявления поражения слизистой желудка *Helicobacter pylori* - это:

- 1) уреазный тест
- 2) дыхательный тест
- 3) цитологический
- 4) иммуноферментный
- 5) правильного ответа нет

532. Назовите тканевой гормон кишечника:

- 1) холецистопанкреозимин
- 2) энтерокиназа
- 3) амилаза
- 4) липаза

5) инсулипаза

533. Появление в кале большого количества нейтрального жира при отсутствии жирных кислот и мыл свидетельствует о недостаточности:

- 1) желудочного пищеварения
- 2) секреторной функции печени
- 3) секреторной функции поджелудочной железы
- 4) кишечного пищеварения

534. В каких случаях в кале обнаруживается большое количество перевариваемой клетчатки, крахмала и иодофильной флоры?

- 1) при гнилостной диспепсии
- 2) при панкреатите
- 3) при колите с запорами
- 4) при броидильной диспепсии
- 5) при дизентерии

535. Реакция кала становится кислой:

- 1) при активизации гнилостной флоры
- 2) при усилении броидильных процессов в кишечнике
- 3) при уменьшении содержания в кале жирных кислот
- 4) при преимущественном белковом питании
- 5) при замедленной эвакуации

536. Нерастворимые жирные кислоты превращаются в желудочно-кишечной системе в растворимые под действием:

- 1) липазы секрета поджелудочной железы
- 2) желчных кислот
- 3) соляной кислоты желудочного сока
- 4) пепсина

537. Чем объясняется появление в кале при ахилии пластов перевариваемой клетчатки?

- 1) отсутствием соляной кислоты, нарушающим переваривание клетчатки
- 2) отсутствием соляной кислоты, мешающим разрыхлению клетчатки
- 3) ускорением эвакуации пищевого комка из желудка
- 4) затруднением переваривания клетчатки, связанным с забрасыванием в желудок желчи
- 5) замедлением эвакуации пищевого комка

538. При каком заболевании наблюдается ахоличный стул?

- 1) при атрофическом гастрите

- 2) при дизентерии
- 3) при хроническом энтерите
- 4) при неспецифическом язвенном колите
- 5) при раке головки поджелудочной железы

539. Чем объясняется золотисто-желтый цвет кала, возникающий при продолжительном приеме внутрь антибиотиков?

- 1) нарушением функций печени
- 2) изменением кишечной флоры
- 3) снижением кислотности желудочного сока
- 4) бродильными процессами в кишечнике
- 5) гнилостными процессами в кишечнике

540. При каком заболевании выделяется серозная мокрота?

- 1) при остром бронхите
- 2) при бронхиальной астме
- 3) при пневмонии
- 4) при хроническом бронхите
- 5) при отеке легкого

541. Для какого заболевания характерна мокрота с большим содержанием макрофагов?

- 1) для острого бронхита
- 2) для хронического бронхита (профессиональной этиологии)
- 3) для абсцесса легкого
- 4) для бронхиальной астмы
- 5) для туберкулеза легких

542. Нахождение эластических волокон в мокроте свидетельствует:

- 1) о воспалительном процессе в трахее и бронхах
- 2) о воспалительном процессе в легочной ткани
- 3) о распаде легочной ткани
- 4) о пролиферативном процессе

543. Для какой легочной патологии характерно обнаружение в мокроте кристаллов гематоидина, холестерина, кристаллов жирных кислот и эластических волокон?

- 1) для хронического бронхита
- 2) для пневмонии
- 3) для абсцесса легкого
- 4) для инфаркта легкого
- 5) для острого бронхита

544. При каком заболевании в мокроте обнаруживается цилиндрический эпителий в значительном количестве?

- 1) при бронхоэктатической болезни
- 2) при остром бронхите
- 3) при крупозной пневмонии
- 4) при абсцессе легкого
- 5) при туберкулезе легких

545. При каком заболевании можно обнаружить в мокроте обызвествленные эластические волокна?

- 1) при бронхиальной астме
- 2) при хроническом бронхите
- 3) при пневмосклерозе с бронхоэктазами
- 4) при крупозной пневмонии
- 5) при туберкулезе легкого

546. При кандидомикозе легких в мокроте можно обнаружить:

- 1) широкий септированный мицелий
- 2) тонкие извитые нити
- 3) псевдомицелий
- 4) цепочки из мелких спор
- 5) группы мелких мозаично расположенных спор

547. Эпителиоидные клетки в мокроте можно обнаружить:

- 1) при крупозной пневмонии
- 2) при абсцессе легкого
- 3) при хронической пневмонии
- 4) при туберкулезе легких
- 5) при гангрене легких

548. Какое сочетание можно отнести к белково-клеточной диссоциации?

- 1) большое количество белка и клеточных элементов
- 2) нормальное содержание белка и умеренный плеоцитоз
- 3) значительное содержание белка и небольшой плеоцитоз
- 4) небольшое содержание белка и клеточных элементов
- 5) небольшой плеоцитоз и нормальное содержание белка

549. При какой патологии отмечается резко выраженная абсолютная белково-клеточная диссоциация?

- 1) при абсцессе мозга
- 2) при закрытой травме головы

- 3) при геморрагическом инсульте
- 4) при опухолях мозга
- 5) при серозном менингите

550. При какой патологии встречается геморрагическая ксантохромия ликвора?

- 1) при инсульте
- 2) при гнойном менингите
- 3) при серозном менингите
- 4) при цистицеркозе
- 5) при абсцессе мозга

551. Застойная ксантохромия наблюдается:

- 1) при гнойном менингите
- 2) при геморрагическом инсульте
- 3) при черепно-мозговой травме
- 4) при опухоли мозга
- 5) при полиомиелите

552. Наиболее стойкая гиперпротеинария обнаруживается:

- 1) при геморрагическом инсульте
- 2) при инсульте, в результате тромбозов сосудов головного мозга
- 3) при опухоли мозга
- 4) при бактериальном менингите

553. Отличить погибшие сперматозоиды от живых возможно в препаратах, окрашенных:

- 1) по Граму
- 2) по Романовскому
- 3) по Блуму
- 4) метиленовым синим
- 5) бриллиантовым зеленым

554. Снижение фруктозы в сперме ведет:

- 1) к уменьшению количества сперматозоидов
- 2) к увеличению количества сперматозоидов
- 3) к снижению подвижности сперматозоидов
- 4) к увеличению патологических форм сперматозоидов
- 5) к увеличению молодых форм сперматозоидов

555. К недостатку цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) трудность проведения многократных исследований
- 2) опасность возникновения осложнений у пациента
- 3) сложность определения глубины инвазии опухоли
- 4) невозможность контроля за динамикой патологического процесса

556. К недостатку цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) потребность больших материальных затрат, дорогие реактивы и оборудование
- 2) трудность определения нозологической формы опухоли
- 3) доступность метода только для специализированных учреждений
- 4) длительные сроки получения результатов

557. К преимуществу цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) отражение количественного параметра процесса
- 2) безвредность для пациента
- 3) возможность определения гистологического варианта опухоли
- 4) определение распространенности процесса

558. К преимуществу цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) отражение количественного параметра процесса
- 2) возможность определить нозологическую форму опухоли
- 3) отсутствие больших материальных затрат
- 4) отражение распространенности процесса

559. К преимуществу цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) возможность выявления глубины инвазии опухоли
- 2) возможность определения распространенности процесса
- 3) возможность получения количественных показателей процесса
- 4) возможность проведения многократных исследований

560. К преимуществу цитологического метода диагностики можно отнести:

- 1) возможность определения распространенности процесса
- 2) возможность определения количественных параметров процесса
- 3) стойкость нефиксированных мазков к температурному фактору
- 4) относительная простота процесса забора материала

561. Какой вид контроля качества проведенных исследований принят в работе цитологических лабораторий:

- 1) административный
- 2) внелабораторный
- 3) общественный

4) методический

562. Какой вид контроля качества проведенных исследований принят в работе цитологических лабораторий:

- 1) внеклеточный
- 2) внелабораторный
- 3) юридический
- 4) нозологический

563. В качестве фиксатора в цитологии может использоваться:

- 1) соляная кислота
- 2) серная кислота
- 3) этиловый спирт
- 4) пропиловый спирт

564. В цитологической диагностике чаще других используют следующий метод окраски:

- 1) по Вирхову
- 2) по Ван-Гизону
- 3) по Массону
- 4) по Папаниколау

565. В цитологической диагностике чаще других используют следующий метод окраски:

- 1) по Генденгайну
- 2) по Мэллори
- 3) по Романовскому - Гимза
- 4) по Ниссля

566. В основе браш-биопсии лежит:

- 1) пункция органа тонкой иглой
- 2) соскоб из ткани нейлоновой щеткой
- 3) исследование промывных вод
- 4) мазок-отпечаток с разреза ткани

567. Наилучшим методом окрашивания гинекологических мазков является окраска по методу:

- 1) Ниссля
- 2) Массона
- 3) Папаниколау
- 4) Гримелиус

568. Для выявления бактериальной флоры и простейших в гинекологических мазках лучше всего подходит такой метод окраски, как:

- 1) гематоксилин-эозином
- 2) по Папаниколау
- 3) по Ван-Гизон
- 4) по Романовскому

569. Для качественного изучения клеточного состава выпотной жидкости материал необходимо предварительно:

- 1) прокипятить
- 2) высушить
- 3) зафиксировать
- 4) центрифугировать

570. Для того чтобы цитологическое исследование у женщин репродуктивного возраста было эффективным, необходимо соблюдать следующее условие:

- 1) мазки необходимо брать не реже 1 раза в месяц
- 2) мазки необходимо брать не реже 1 раза в год
- 3) мазки необходимо брать не реже 1 раза в 3 года
- 4) мазки необходимо брать не реже 1 раза в 5 лет

571. Для того чтобы цитологическое исследование у женщин репродуктивного возраста было эффективным, необходимо соблюдать следующее условие:

- 1) брать мазки во время менструального цикла
- 2) брать мазки в первые 5 дней менструального цикла
- 3) брать мазки не ранее, чем на 5-й день менструального цикла
- 4) брать мазки в последние 5 дней менструального цикла

572. Для того чтобы цитологическое исследование у женщин репродуктивного возраста было эффективным, необходимо соблюдать следующее условие:

- 1) брать мазки в последние 5 дней менструального цикла
- 2) не позднее, чем за 5 дней до предполагаемого начала менструации;
- 3) брать мазки во время менструального цикла
- 4) брать мазки в первые 5 дней менструального цикла

573. Для клеток злокачественной опухоли в мазках выпотной жидкости более характерно:

- 1) изолированное расположение
- 2) расположение в виде однослойных пластов

- 3) сочетание гиперхромии ядер с гипохромией цитоплазмы
- 4) сочетание гиперхромии ядер с гиперхромией цитоплазмы

574. К общепринятым признакам злокачественности клеток в цитологических препаратах можно отнести следующее изменение ядер:

- 1) гипохромия
- 2) мономорфизм
- 3) кариопикноз
- 4) наличие голоядерных структур

575. Для клеток злокачественной опухоли характерно:

- 1) нежносетчатый хроматин
- 2) увеличение количества телец полового хроматина
- 3) неравномерное распределение хроматина
- 4) исчезновение хроматина

576. Выявление в гинекологическом материале клеток Лангханса характерно:

- 1) для аденокарциномы
- 2) для хорионэпителиомы
- 3) для туберкулеза
- 4) для трихомониаза

577. Выявление в гинекологическом материале синцитиотрофобласта характерно:

- 1) для ВПЧ-инфекции
- 2) для герпетической инфекции
- 3) для аденокарциномы
- 4) для хорионэпителиомы

578. Для клеток злокачественной опухоли в мазках выпотной жидкости более характерно:

- 1) изолированное расположение
- 2) расположение в виде однослойных пластов
- 3) расположение в виде многослойных пластов
- 4) сочетание гиперхромии ядер с гиперхромией цитоплазмы

579. К общепринятым признакам злокачественности клеток в цитологических препаратах можно отнести:

- 1) расположение в виде однослойного пласта
- 2) наслоение клеток друг на друга
- 3) аутолиз

- 4) четкие границы клеток

580. К общепринятым признакам злокачественности клеток в цитологических препаратах можно отнести:

- 1) мономорфизм
- 2) гипохромию
- 3) койлоцитоз
- 4) пойкилоцитоз

581. К общепринятым признакам злокачественности клеток в цитологических препаратах можно отнести:

- 1) эозинофилию цитоплазмы
- 2) наличие четких клеточных границ
- 3) отсутствие четких клеточных границ
- 4) цитоплазматические включения

582. Для исключения рака легкого оптимальным является:

- 1) однократное цитологическое исследование мокроты
- 2) пятикратное цитологическое исследование мокроты
- 3) трехкратное цитологическое исследование мокроты
- 4) десятикратное цитологическое исследование мокроты

583. Для клеточного состава мазков из материала кисты молочной железы характерны:

- 1) обильность
- 2) скудность
- 3) гиперплазия
- 4) полиморфизм

584. К цитологическим признакам фолликулярного рака щитовидной железы относится:

- 1) обилие в мазке колода
- 2) формирование папиллярных структур
- 3) высокая клеточность
- 4) обнаружение амилоидных масс

585. К цитологическим признакам медуллярного рака щитовидной железы относится:

- 1) обнаружение клеток Гюртля
- 2) компактность расположения клеток
- 3) выявление амилоида
- 4) обилие коллоида

586. При слизистом раке желудка в цитологических препаратах характерно наличие:

- 1) зернистых клеток
- 2) пенистых клеток
- 3) бокаловидных клеток
- 4) перстневидных клеток

587. К цитологическим критериям неходжкинской лимфомы можно отнести:

- 1) мономорфность клеточного состава
- 2) накопление многоядерных клеток
- 3) появление клеток Гюртле
- 4) появление клеток Березовского - Штернберга - Рид

588. К цитологическим критериям неходжкинской лимфомы можно отнести:

- 1) полиморфность клеточного состава
- 2) высокую митотическую активность клеток
- 3) появление многоядерных клеток
- 4) обилие эозинофилов

589. Среди клеток Березовского - Штернберга - Рид, выявляемых при лимфогранулематозе, можно выделить:

- 1) перстневидные
- 2) бокаловидные
- 3) клетки типа «воздушной кукурузы»
- 4) клетки типа «тутовой ягоды»

590. Среди клеток Березовского - Штернберга - Рид, выявляемых при лимфогранулематозе, можно выделить:

- 1) перстневидные
- 2) бокаловидные
- 3) одnojядерные с лопастным ядром
- 4) клетки типа «тутовой ягоды»

591. По соотношению ядра и цитоплазмы клетки подразделяются на типы:

- 1) гипоплазматический
- 2) рибосомальный
- 3) митохондриальный
- 4) цитоплазматический

592. По соотношению ядра и цитоплазмы клетки:

- 1) ядерного типа
- 2) зрелого типа
- 3) эмбрионального типа
- 4) гиперхромного типа

593. Какую форму имеют в цитограмме клетки железистого эпителия:

- 1) веретеновидную
- 2) многогранную
- 3) шаровидную
- 4) звездчатую

594. Какую форму имеют в цитограмме нервные клетки:

- 1) веретеновидную
- 2) многогранную
- 3) шаровидную
- 4) звездчато-отростчатую

595. Какую форму имеют в цитограмме мышечные клетки:

- 1) веретеновидную
- 2) многогранную
- 3) шаровидную
- 4) звездчато-отростчатую

596. Какую форму имеют в цитограмме лейкоциты:

- 1) веретеновидную
- 2) многогранную
- 3) шаровидную
- 4) звездчато-отростчатую

597. Агрегация хроматина, собирание его в грубые сгустки внутри ядра при гибели клетки называется:

- 1) кариорексис
- 2) кариолизис
- 3) кариокинез
- 4) кариопикноз

598. Распад ядра на части при его гибели называется:

- 1) кариорексис
- 2) кариолизис
- 3) кариокинез
- 4) кариопикноз

599. Растворение ядра при его гибели называется:

- 1) кариорексис
- 2) кариолизис
- 3) кариокинез
- 4) кариопикноз

600. К цитологическим признакам ВПЧ-инфекции относится:

- 1) зернистость цитоплазмы
- 2) амфиофилия цитоплазмы
- 3) базофилия цитоплазмы
- 4) эозинофилия цитоплазмы

601. Показателем адекватности материала, независимо от способа получения и обработки мокроты, считают наличие в ней многочисленных:

- 1) лейкоцитов
- 2) клеток покровного эпителия
- 3) альвеолярных макрофагов
- 4) бокаловидных клеток

602. К цитологическим признакам ВПЧ-инфекции относятся:

- 1) койлоцитарная атипия
- 2) фуксинофильная дегенерация
- 3) базофильные включения
- 4) базально-клеточная гиперплазия

603. Выявление в цитологических мазках кристаллов Шарко - Лейдена характерно:

- 1) для бронхиальной астмы
- 2) для пневмокониоза
- 3) для плоскоклеточного рака
- 4) для аденокарциномы

604. Для цитологической картины тиреотоксического зоба характерно:

- 1) большое количество коллоида
- 2) атрофия эпителия
- 3) гемосидерофаги
- 4) высокая клеточность мазка

605. В жидкой среде все клетки - как опухолевые, так и неопухолевые - имеют тенденцию:

- 1) к пролиферации
- 2) увеличиваться в размерах

- 3) округляться
- 4) приобретать веретеновидную форму

606. При гранулематозных лимфаденитах в пунктатах лимфатических узлов появляются:

- 1) лейкоциты
- 2) эозинофилы
- 3) липоидные клетки
- 4) эпителиоидные клетки

607. Цитограмма при реактивных клеточных лимфаденопатиях характеризуется:

- 1) гипохромией клеток
- 2) обилием многоядерных структур
- 3) обилием голоядерных клеток
- 4) полиморфным клеточным составом

