ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)

Утверждаю:
Заместитель генерального директора
по научной работе и инновациям
_____ Л.Н. Менделеева
«30» 03 2018 г.

Рабочая программа дисциплины

«Функциональные и лабораторные методы диагностики»
Наименование дисциплины

31.08.02 Анестезиология-реаниматология
Код и наименование специальности ординатуры

Очная
Форма обучения

Врач-анестезиолог-реаниматолог
Квалификация выпускника

Москва
2018

Рабочая программа дисциплины «Функциональные и лабораторные методы диагностики» разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.02 Анестезиология – реаниматология, утвержденным Приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 N1044.

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета №6-у от 28.08.2018 г.

Составители: к.м.н. В.Н. Двирнык, к.м.н. О.К. Левченко, к.м.н. С.В. Модел, д.б.н. Судариков А.Б.

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Функциональные и лабораторные методы диагностики» является формирование готовности обучаемого к использованию полученных в результате изучения дисциплины знаний и умений в своей дальнейшей профессиональной деятельности.

Задачей дисциплины является формирование профессиональных знаний и умений обучающегося в вопросах функциональных и лабораторных методов диагностики

2. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина относится к дисциплинам по выбору вариативной части блока Б.1 Дисциплины (модули) учебного плана по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология.

3. Компетенции обучающихся, формируемые в результате освоения дисциплины

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:

Коды компетенции	Наименование компетенции	Структурные элементы компетенции (в результате освоения дисциплины обучающийся должен знать, уметь, владеть)
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы
		Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными
		Владеть: методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знать: виды и методы профилактики социально значимых заболеваний среди населения
		Уметь: проводить профилактический медицинский осмотр в соответствии с установленным порядком; организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными; проводить профилактическое консультирование
		Владеть: методами проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5	готовность к определению у	Знать: проявления патологических состо-

	пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	яний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
		Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблемы, связанные со здоровьем
		Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм и проблем, связанных со здоровьем; методологией постановки диагноза

4. Структура и содержание дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы, 72 часа.

4.1. Объем дисциплины и виды учебной деятельности

Вид учебной работы	**Всего часов**	**Семестр**
		3
Общая трудоемкость дисциплины	**72**	**72**
Аудиторные занятия:	**48**	**48**
Лекции (Л)	4	4
Практические занятия (ПЗ)	44	44
Самостоятельная работа	**24**	**24**
Форма контроля	**зачет**	

4.2. Разделы дисциплины и виды занятий

	Раздел дисциплины	**Аудиторные занятия**		**Самостоятельная работа**	**Форма текущего контроля успеваемости**
		Лекции	**ПЗ**		
	Раздел 1. Функциональные методы диагностики				устный опрос, тестовые задания
1.	Клиническая ЭКГ	2	4	2	
2.	Функциональная диагностика в кардиологии		4	2	
3.	Функциональная диагностика в пульмонологии		2	2	
4.	Функциональное исследование органов пищеварения		4	2	
5.	Функциональная диагностика при диспансерном наблюдении и профилактических осмотрах		2	1	
	Раздел 2. Лабораторные методы диагностики				устный опрос, тестовые задания
6.	Этапы проведения исследований. Получение и подготовка биологического	2		1	

	материала для исследований.				
7.	Общеклинические и цитологические исследования.		4	2	
8.	Гематологические исследования.		4	2	
9.	Биохимические исследования.		4	2	
10.	Лабораторные исследования системы гемостаза.		4	2	
11.	Лабораторные иммунологические методы.		4	2	
12.	Лабораторная диагностика кожных и венерических заболеваний.		4	2	
13.	Молекулярно–генетические методы диагностики инфекционных и наследственных болезней.		4	2	
	ВСЕГО	**4**	**44**	**24**	

4.3. Содержание дисциплины

Лекции

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	Клиническая ЭКГ	Электрофизиологические основы электрокардиографии. Потенциал действия. Распространение возбуждения в сердце, проводящая система сердца. ЭКГ отведения. Электрокардиографический цикл. ЭКГ нормативы Электрическая ось сердца. Электрокардиографические нормативы Нарушение проведения возбуждения (блокады сердца)Проводящая система сердца. Изменения ЭКГ при разных степенях блокад. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Изменения ЭКГ при работе искусственного водителя ритма. Блокады ножек пучка Гиса и их ветвей, билатеральные и арборизационные блокады. Добавочные атриовентрикулярные пути и преждевременное возбуждение желудочков, WPW синдром
2	Этапы проведения исследований. Получение и подготовка биологического материала для исследований.	Получение биоматериала и подготовка препаратов для цитологического, иммунологического, гематологического, биохимического, генетического исследований. Приготовление препаратов из различных биологическиех жидкостей и субстратов окружающей среды. Методы фиксации и окраски препаратов. Транспортировка и хранение биологического материала

Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	Клиническая ЭКГ	Аритмии Эктопические нарушения ритма. Миграция води- теля ритма. Экстрасистолия. Суправентрикулярные и желудочковые нарушения ритма. Механизм риентри. Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии. Трепетание и мерцание предсердий. Синдром слабости синусового узла. Пароксизмальные желудочковые тахикардии и фибрилляция желудочков. Гипертрофии и перегрузки миокарда. Гипертрофия предсердий. Гипертрофия правого желудочка. Острое лёгочное сердца. Гипертрофия левого желудочка. Гипертрофия обоих желудочков. Ишемия и инфаркт миокарда. Ишемические изменения конечной части желудочкового комплекса. Псевдоишемические изменения ЭКГ. Изменения ЭКГ при инфаркте миокарда с зубцом Q, стадии развития. Реципрокные изменения ЭКГ при инфаркте миокарда. Псевдоинфарктные ЭКГ. Синдром удлинённого QT
2	Функциональная диагностика в кардиологии	Суточное мониторирование АД, ЭКГ,ЭХОКГ. Клиническое значение методов. Современные возможности холтеровского мониторирования ЭКГ. Показания. Интерпретация полученных результатов. Эхокардиографическая оценка камер и структур сердца. Эхокардиография при заболеваниях сердца. ЭхоКГ изменения при хронической ИБС инфаркте миокарда.
3	Функциональная диагностика в пульмонологии	Современные методы функциональной диагностики внешнего дыхания. Клинические и функциональные особенности различных типов нарушениядыхания. Оксигемометрия. Определение кислотно-щелочного состояния. Бронхоскопия.
4	Функциональное исследование органов пищеварения	Зондирование желудка. Оценка секреторной и кислотообразующей функций желудка. Беззондовое исследование желудочной секреции. Рентгеноскопия желудка. ЭГДС. Дуоденальное зондирование. Фракционное дуоденальное зондирование. Радиотелеметрический метод исследования. Ультразвуковая эхография Клиническое значение методов. Современные возможности. Показания. Противопоказания.
5	Функциональная диагностика при диспансерном наблюдении и профилактических осмотрах	Методы исследования. Алгоритм выбора методов обследования в зависимости от возраста и группы диспансерного наблюдения. Этапы обследования. Заключение по результатам обследования.
6	Общеклинические и цитологические исследования.	Исследования при заболеваниях легких. Цитологические исследования мокроты, смывов трахеи и бронхов. Лабораторные методы исследования функции ЖКТ. Исследование желудочного и дуоденального содержимого. Копрограмма. Лабораторные исследования

		функции печени. Исследования при заболеваниях мочевыделительной системы. Исследование мочи. Исследования при заболеваниях половых органов. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого, семенной жидкости. Исследования заболеваний ЦНС. Исследование спинномозговой жидкости. Исследования экссудатов и транссудатов.
7	Гематологические исследования.	Кроветворение и его регуляция. Морфологические и функциональные характеристики эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Микроскопия мазков крови. Новообразования кроветворной системы: гемобластозы, лейкозы, миелопролиферативные и лимфопролиферативные заболевания. Анемии. Агранулоцитозы.
8	Биохимические исследования.	Методы биохимического исследования. Аналитические методы и методы разделения. Фотометрия, электрофорез, хроматография. Основные методы исследования состава биологических жидкостей. Методы исследования белков и аминокислот, углеводов, липидов, гормонов, минеральных веществ, некоторых показателей обмена желчных пигментов и порфинов, определения pH крови. Показателей газового состава и кислотно–основного состояния.
9	Лабораторные исследования системы гемостаза.	Методы исследования системы гемостаза. Свертывающая система крови: сосудисто–тромбоцитарный гемостаз и коагуляционный гемостаз, методы оценки.
10	Лабораторные иммунологические методы.	Современные представления об иммунной системе. Антигены и антитела. ИФА, автоматизированные методы исследований. Диагностика онкозаболеваний. Лабораторные методы иммунологических исследований. Методы оценки иммунного статуса. Исследование показателей неспецифического защиты организма (комплемент, фагоцитоз и т.п.). методы исследований Т– и В–лимфоцитов, основных классов иммуноглобулинов (M, G, A, E, аутоантител, ЦИК. Методы аллергодиагностики (определение IgE, общего и специфического, реакция лейколиза, тест альтерации нейтрофилов, тест дегрануляции базофилов и т.п.).
11	Лабораторная диагностика кожных и венерических заболеваний.	Лабораторная диагностика заболеваний урогенитального тракта: гонорея, трихомониаза. Лабораторная диагностика дерматомикозов (эпидермофития, трихофития, микроспория, фавус).
12	Молекулярно–генетические методы диагностики инфекционных и наследственных	Молекулярные основы наследственности. Генная инженерия. Цитологические основы наследственности. Гены и признаки. Методы генетики человека:

	болезней.	сегрегационный анализ. Методы популяционной генетики. Методы энзимодиагностики. Цитогенетические методы. Молекулярно–генетические методы. Картирование генома человека. Рестрикция ДНК. Амплификационные методы. Гибридизационные методы. Оборудование и организация работы молекулярно–генетических лабораторий.

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы ординаторов.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Вид самостоятельной работы
1	**Раздел 1. Функциональные методы диагностики**	Изучение литературы, подготовка к практическим занятиям
2	**Раздел 2. Лабораторные методы диагностики**	Изучение литературы, подготовка к практическим занятиям

6. Текущий контроль и промежуточная аттестация.

6.1. Система и формы контроля

Оценка качества освоения обучающимися образовательной программы высшего образования по специальности ординатуры включает в себя текущий контроль и промежуточную аттестацию обучающихся.

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация являются обязательной составляющей образовательного процесса по подготовке ординатора и представляют собой единый непрерывный процесс оценки качества освоения ординаторами образовательной программы.

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения дисциплины, промежуточная аттестация обучающихся - оценивание промежуточных и окончательных результатов обучения по дисциплине. Текущий контроль и промежуточная аттестация проводятся с применением фонда оценочных средств, который является обязательной частью рабочих программ дисциплин и позволяет наиболее эффективно диагностировать формирование необходимых компетенций ординаторов.

В качестве формы текущего контроля предлагается устный опрос, тестирование.

Форма проведения промежуточной аттестации – зачет в 3 семестре. Зачет проводится в устной форме по вопросам.

6.2. Критерии оценки качества знаний ординаторов

Критерии оценки форм текущего контроля.

Устный опрос:

Зачтено	Не зачтено
Ординатором продемонстрировано: – глубокое знание источников литературы и теоретических проблем, умение применить их к решению конкретных задач; – умение самостоятельно анализировать и сопоставлять изучаемые данные; – умение делать законченные обоснованные выводы; – умение четко и аргументировано отстаивать свою позицию.	Ординатором продемонстрировано: – отсутствие знаний или поверхностные знания источников литературы и теоретических проблем, неумение применить их к решению конкретных задач; – неумение самостоятельно анализировать и сопоставлять изучаемые данные; – неумение делать законченные обоснованные выводы; – неумение четко и аргументировано отстаивать свою позицию.

Тестовые задания:

Оценка	Количество правильных ответов
Зачтено	70-100%
Не зачтено	менее 70%

Критерии оценки результатов зачета

«Зачтено» - выставляется обучающемуся, показавшему знания, владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации

«Не зачтено» - выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) основная литература

1. Медицинские лабораторные технологии : руководство по клинической лабораторной диагностике : в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / [В. В. Алексеев и др.] ; под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422748.html
2. Клиническая лабораторная диагностика [Электронный ресурс] / Кишкун А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415504.html
3. Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : учебник / Г. Е. Труфанов и др.; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434680.html
4. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html

б) дополнительная литература

1. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970433911-0002/000.html
2. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс] / Гл. ред. тома С. К. Терновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970425640-0007.html
3. Козинец Г. И. Анализы крови и мочи. Клиническое значение. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: Практическая медицина, 2011. - 152 с.
4. "Лабораторные и инструментальные исследования в диагностике [Электронный ресурс] : Справочник / Пер. с англ. В.Ю. Халатова; Под ред. В.Н. Титова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004." - http://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN5923103427-0019.html

в) Интернет-ресурсы

1. https://www.rosminzdrav.ru/ Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
2. http://www.rosmedlib.ru/ Электронная медицинская библиотека (ЭБС)
3. http://www.rasfd.com/ Российская Ассоциация специалистов функциональной диагностики
4. https://fdpro.ru/ сайт, посвященный функциональной диагностике

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Наименование помещения	Оснащенность помещения	Перечень лицензионного программного обеспечения
Лекционный зал № 2 (5 этаж главного корпуса)	Стулья - 200, Компьютер ЦКС-2, Монитор Belinea 19-1, Проектор -1, экран – 2	1.Операционная система - Windows 7 professional, 2.Пакет ПО - Microsoft Office стандартный 2010, 3.Антивирус - Kaspersky endpoint security 10,
Учебная комната (2 этаж станция переливания крови)	Стулья – 40 шт., столы 20 шт., Компьютер ЦКС - 1, Монитор Belinea 19 - 1, Проектор -1 шт., экран – 1 шт.	1.Операционная система - Windows 7 professional, 2.Пакет ПО - Microsoft Office стандартный 2010, 3.Антивирус - Kaspersky endpoint security 10,
Отделение реанимации и интенсивной терапии (6 этаж административного корпуса, ординаторские каб. 14,15,16,17,18,19,20,21, палаты реанимации и интенсивной терапии, процедурный кабинет, бокс катетеризации центральных вен)	Столы -14, стулья 16, АРМ врача-диагноста "Гамма мультивокс Д1" с модулем специальной обработки рентгеновских рентгеновских ангиографических изображений – 1 шт., Блок системный Pentium Core Dual E5700 – 7 шт., Компьютер G620 – 7 шт., Монитор Samsung 19 – 15 шт., Моноблок Lenovo – 1 шт., МФУ HP LaserJet Pro M425dn – 3 шт., Ноутбук – 1 шт., принтер – 2 шт., Систем слежения за состоянием пациента Philips на 8 коек – 1 шт., Система видео наблюдения – 1 шт. Аппарат для быстрого размораживания, подогрева и хранения крови и кровекомпонентов Barkey Plasmatherm – 1 шт., Аппарат ИВЛ Vela к комплекту с принадлежностями -7 шт., Аппарат ИВЛ Servo Ventilator с принадлежностями -1 шт., аппарат ИВЛ Nellcor Puritan Bennet, США – 4 шт., Аппарат ИВЛ Neumovent Graph – 1 шт., Аппарат ИВЛ модель LTV 1200 в комплекте с адаптером (Pulmonetic Systems) – 1 шт., Аппарат медицинские УЗИ диагностический Sonosite M-Turbo – 1 шт., Аппарат ультразвуковой диагностический переносной Viamo Ssa640A, с принадлежностями фирмы Тошиба – 1 шт., Аспиратор вакуумный Medela, модель basic 30	1.Операционная система - Windows 7 professional, 2.Пакет ПО - Microsoft Office стандартный 2010, 3.Антивирус - Kaspersky endpoint security 10,

	mobile – 8 шт., Аспиратор вакуумный Vario 8 AC/DC 28.8112 с принадлежностями – 2 шт., Дефибриллятор монитор Philips – 1 шт., Монитор пациента модульный Philips MP40 – 8 шт., Монитор пациента IntelliVue MP5 – 1 шт., Монитор пациента Intelli MP2 с принадлежностями – 2 шт., Морозильник Вертикальный низкотемпературный MDF-U5386S – 1 шт., Индуктивное зарядное устройство для ларингоскопа – 1 шт., Ларингоскоп Truthatek (Green-spec с набором клинков) с принадлежностями – 1 шт., Инфузомат ФМС, Braun -26 шт., Infusomat Space, Braun -35 шт., Perfusor Space, Braun – 9 шт., Perfusor compact, Braun -26 шт., Облучатель-рециркулятор воздуха кварцевый – 2 шт., Миксер Sarmix GM 1 для Перемешивания плазмы – 1 шт., Прибор-анализатор контроля нейромышечной передачи TOF Watch SX – 1 шт., Отсос эндоскопический KV-5 "Олимпус" -1 шт., Бронховидеоскоп BF-1T180 "Олимпус" -1 шт., Бронхофиброскоп BF-TE2 "Олимпус" -1 шт., Видеоцентр эндоскопический CV-180 "Олимпус" -1 шт., Источник света эндоскопический CLV-180 "Олимпус" -1 шт., Монитор Radiance 26' G2 -1 шт., Риноларингофиброскоп ENF-T3 -1 шт., Электрокардиограф SCHILLER AT 4 -1 шт., Подъёмник пациента электрический Арнольд с ремнём и весами – 1 шт., Электрокардиограф SCHILLER AT 101 -1 шт., Кардиограф Philips PageWriter TC30 с принадлежностями – 1 шт., Насос для энтерального питания кангаро 924 -1 шт. Тонометры - 6, стетоскоп – 2, фонендоскоп -12, термометр - 10, медицинские весы - 1, ростомер – 1 шт., противошоковый Набор – 3 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий – 8 шт., Электроэнцефалограф 1 шт., порта-	

	тивный Аппарат ИВЛ – 1 шт., дефибриллятор с функцией синхронизации – 1 шт., ингалятор -2 шт., портативный пульсоксиметр – 3 шт., автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой – 8 шт., мобильная реанимационная тележка – 1 шт., переносной набор для оказания реанимационного пособия – 2 шт., аквадистиллятор, аппарат для фереза (плазма и цитаферез) – 1 шт., быстрозамораживатель для плазмы крови – 1 шт., весы медицинские для взвешивания крови и ее компонентов – 1 шт. Расходные материалы. Инструментарий для выполнения ларингоскопии, интубации, установки периферических и центральных катетеров.	

9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

9.1 Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Коды компетенции	Наименование компетенции	Этап формирования компетенции
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Промежуточный
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Промежуточный
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Промежуточный

9.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Компетенция	Показатели оценивания достижения заданного уровня освоения компетенции (планируемые результаты обучения)	Шкала и критерии оценивания результатов обучения	
		зачтено	не зачтено
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	**Знать:** группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	знает группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	недостаточно знает группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы
	Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными	умеет оценивать причины и условия возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными	допускает существенные ошибки при оценке причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценке природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проведении санитарно-просветительской работы с населением и больными
	Владеть: методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни	владеет методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни	не владеет методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни
ПК-2 готовность к про-	**Знать:** виды и методы профилактики	знает виды и методы профилактики соци-	не знает виды и методы профилактики

ведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	социально значимых заболеваний среди населения	ально значимых заболеваний среди населения	социально значимых заболеваний среди населения
	Уметь: проводить профилактический медицинский осмотр в соответствии с установленным порядком; организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными; проводить профилактическое консультирование	умеет проводить профилактический медицинский осмотр в соответствии с установленным порядком; организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными; проводить профилактическое консультирование	не умеет проводить профилактический медицинский осмотр в соответствии с установленным порядком; организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными; проводить профилактическое консультирование
	Владеть: методами проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	владеет методами проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	не владеет методами проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	**Знать:** проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	знает проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	не знает проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблемы, связанные со здоровьем	умеет определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблемы, связанные со здоровьем	не умеет определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблемы, связанные со здоровьем
	Владеть: методами выявления патоло-	владеет методами выявления патоло-	не владеет методами выявления патологи-

	гических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм и проблем, связанных со здоровьем; методологией постановки диагноза	гических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм и проблем, связанных со здоровьем; методологией постановки диагноза	ческих состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм и проблем, связанных со здоровьем; методологией постановки диагноза

9.3. Типовые контрольные задания или иные материалы

Тестовые задания
по разделу «Функциональные методы диагностики»

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В РАМКАХ РАСЧЕТНОЙ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ (ВРЕМЯ МОНИТОРИРОВАНИЯ -20-24 ЧАСА) СОСТАВЛЯЕТ
   а) 30 мин
   б) 40 мин
   в) 60 мин
   г) 90 мин
   д) 120 мин
2. НИЗШИЕ ЦЕНТРЫ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЛОЖЕНЫ
   а) в среднем мозге, продолговатом мозге и крестцовом отделе
   б)в среднем мозге, боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга
   в) в боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга
   г)в продолговатом мозге и в боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга
   д) в продолговатом мозге
3. ВОЗБУДИМОСТЬ СЕРДЦА ПОНИЖЕНА В ФАЗУ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА
   а) начало систолы
   б) конец систолы
   в) начало диастолы
   г) конец диастолы
   д) вершина диастолы
4. ВАЖНОСТЬ СИСТЕМЫ ПУРКИНЬЕ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА
   а) увеличивает проведение импульсов через сердечную мышцу
   б) предотвращает преждевременные сокращения желудочков
   в) позволяет желудочкам сокращаться практически одновременно
   г) задерживает систолу сердца до момента наполнения желудочков
   д) уменьшает скорость проведения импульсов через сердечную мышцу
5. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК, ЯВЛЯЕТСЯ
   а) систолическое давление
   б) диастолическое давление
   в) пульсовое давление
   г) среднее давление в аорте
   д) частота пульса
6. ВЕНОЗНЫЙ ВОЗВРАТ К ПРАВОМУ СЕРДЦУ НАИБОЛЬШИЙ ВО ВРЕМЯ
   а) нормального вдоха

б) нормального выдоха
в) во время отсутствия дыхательных движений
г) глубокого вдоха
д) форсированного выдоха

7. НАИБОЛЬШАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В НАПОЛНЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СООТВЕТСТВУЕТ ФАЗЕ
а) медленного наполнения
б) активного наполнения
в) быстрого наполнения
г) быстрого наполнения и фазе активного наполнения

8. ДЛЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ МАЛОГО КРУГА ХАРАКТЕРНО
а) большая протяженность сосудов, высокое гидростатическое давление крови, равномерный капиллярный кровоток
б) короткая протяженность сосудов, низкое гидростатическое давление крови, пульсирующий капиллярный кровоток
в) большая протяженность сосудов, низкое гидростатическое давление крови, пульсирующий капиллярный кровоток
г) пульсирующий капиллярный кровоток

9. ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
1 - повышенное легочное сопротивление
2 – функционирование интраваскулярных легочных шунтов
3 – гипоксическая вазоконстрикция
4 – полицитемия
5 – повышение вязкости крови

10. СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ОЦЕНИВАЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ
а) максимального давления
б) ударного объема
в) среднего гемодинамического давления
г) минутного объема кровообращения
д) периферического сопротивления

11. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СИНДРОМЕ СОННОГО АПНОЕ РАЗВИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВТОРИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ
1 – брадиаритмии и блокады сердца
2 – вазоконстрикция и гипертоническая болезнь
3 – ишемическая болезнь сердца
4 – вазодилатация и гипотония
5 – тахиаритмии

12. ВОЗБУЖДЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЫЗЫВАЕТ
1 - усиление работы сердца
2 - торможение моторной деятельности желудочно-кишечного тракта
3 - увеличение просвета бронхов
4 - сужение зрачков

13. ВОЗБУЖДЕНИЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЫЗЫВАЕТ
а) торможение сердечной деятельности
б) усиление моторной деятельности желудочно-кишечного тракта
в) сужение зрачков, сужение просвета бронхов

14. ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС ОЦЕНИВАЕТСЯ
а) по индексу напряжения ИН1
б) по индексу напряжения ИН2
в) по индексу напряжения ИН1 и ИН3

г) по отношению ИН2/ИН1

15. ЭЙТОНИЯ (НОРМОТОНИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИН, РАВНЫМ

а) менее 30 у.е

б) 30-90 у.е

в) 90-16- у.е

г) более 160 у.е

16. ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ

а) характеризует направленность и степень изменения функционирования ВНС в момент перехода организма из одного состояния в другое

б) является критерием гуморального канала регуляции

в) отражает состояние парасимпатического отдела ВНС

г) оценивается по отношению ИН2/ИН1

17. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 4 ДО 7 ЛЕТ В НОРМЕ ПРЕОБЛАДАЕТ

а) эйтония

б) симпатикотония

в) эйтония + симпатикотония

г) эйтония + ваготония

18. АВТОМАТИЗМ СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЮТ СТРУКТУРЫ

1 - сократительный миокард

2 - клетки проводящей системы

3 - волокна проводящей системы и сократительный миокард

4 - клетки синоатрильного узла и проводящей системы сердца

19. ПРОВОДИМОСТЬ СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЮТ СТРУКТУРЫ

1 - сократительный миокард

2 - клетки проводящей системы

3 - волокна проводящей системы и сократительный миокард

4 - клетки синоатрильного узла и проводящей системы сердца

20. ВОЗБУДИМОСТЬ СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЮТ СТРУКТУРЫ

1 - сократительный миокард

2 - клетки проводящей системы

3 - волокна проводящей системы и сократительный миокард

4 - клетки синоатрильного узла и проводящей системы сердца

21. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

1 – простациклин

2 – ангиотензин – 2

3 – кортизол

4 – брадикинин

5 – оксид азота

6 – катехоламины

22.ПОНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

1 – простациклин

2 – ангиотензин – 2

3 – кортизол

4 – брадикинин

5 – оксид азота

6 – катехоламины

23. ИМПЕДАНСОМ НАЗЫВАЮТ

а) сопротивление крови

б) величину, обратную поверхности

в) комплексное сопротивление биологического проводника
г) техническую характеристику реографической кривой приставки
д) свойства накладываемых электродов

24. ПОВРЕЖДЕНИЕ КАРДИОМИОЦИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1 – повышением активности окислительного фосфорилирования
2 – накоплением ионов кальция в клетке
3 – снижением pH клетки

25. ТЕРМИНАЛЬНЫЕ РАЗВЕТВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА РАСПОЛОЖЕНЫ
1 – в диафрагмальной стенке левого желудочка
2 – в передней стенке левого желудочка
3 – в передней сосочковой мышце
4 – в задней сосочковой мышце

26. ТЕРМИНАЛЬНЫЕ РАЗВЕТВЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА РАСПОЛОЖЕНЫ
1 – в диафрагмальной стенке левого желудочка
2 – в передней стенке левого желудочка
3 – в передней сосочковой мышце
4 – в задней сосочковой мышце

27. ПРЕДНАГРУЗКА НА ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
1 – стенозе устья аорты
2 – артериальной гипертензии
3 – коарктации аорты
4 – недостаточности аортального клапана
5 – гиперволемии
6 – недостаточности митрального клапана

28. ПОСТНАГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
1 – стенозе устья аорты
2 – артериальной гипертензии
3 – коарктации аорты
4 – недостаточности аортального клапана
5 – гиперволемии
6 – недостаточности митрального клапана

29. ЕСЛИ ПРОИЗОШЕЛ ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ОТ ПРАВОЙ РУКИ, НАВОДКА БУДЕТ В ОТВЕДЕНИЯХ
а) I и II стандартных
б) II и III стандартных
в) I и III стандартных
г) усиленных однополюсных

30. ЕСЛИ ПРОИЗОШЕЛ ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ОТ ЛЕВОЙ РУКИ, НАВОДКА БУДЕТ В ОТВЕДЕНИЯХ
а) I и II стандартных
б) II и III стандартных
в) I и III стандартных
г) усиленных однополюсных

31. НАВОДКА В I И III СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ, ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ПРОИЗОШЕЛ
а) на правой руке
б) на левой руке

в) на левой ноге
г) на правой ноге

32. НАВОДКА В I И II СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ, ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ПРОИЗОШЕЛ
а) на правой руке
б) на левой руке
в) на левой ноге
г) на правой ноге

33. I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ПОПАРНОМ ПОДКЛЮЧЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ
а) левая рука (+), правая рука (-)
б) левая нога (+), правая рука (+)
в) левая рука (-), правая рука (+)
г) левая рука (-), левая нога (+)

34. II СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ПОПАРНОМ ПОДКЛЮЧЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ
а) левая рука (+), правая рука (+)
б) левая рука (-), правая рука (+)
в) левая нога (+), правая рука (-)
г) левая нога (-), левая рука (+)

35. III СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ПОПАРНОМ ПОДКЛЮЧЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ
а) левая рука (+), правая рука (-)
б) левая рука (-), правая рука (+)
в) левая рука (-), левая нога (+)
г) левая рука (+), левая нога (-)

36. РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАМИ РЕГИСТРИРУЕТ ОТВЕДЕНИЕ
а) I стандартное
б) II стандартное
в) III стандартное
г) aVL

37. РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ПРАВОЙ РУКОЙ И ЛЕВОЙ НОГОЙ РЕГИСТРИРУЕТ ОТВЕДЕНИЕ
а) I стандартное
б) II стандартное
в) III стандартное
г) aVR

38. РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЛЕВОЙ РУКОЙ И ЛЕВОЙ НОГОЙ РЕГИСТРИРУЕТ ОТВЕДЕНИЕ
а) I стандартное
б) II стандартное
в) III стандартное
г) aVL

39. ЗУБЕЦ Р ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОТРАЖАЕТ
1 - деполяризацию правого предсердия
2 - деполяризацию левого предсердия
3 – реполяризацию правого предсердия
4 - реполяризацию левого предсердия
5 – деполяризацию и реполяризацию предсердий

40. ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РЕПОЛЯРИЗАЦИЮ

а) только левого желудочка

б) только правого желудочка

в) левого и частично правого желудочков

г) обоих желудочков

41. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА – ЭТО

а) направление начального вектора деполяризации желудочков

б) направление конечного вектора деполяризации желудочков

в) моментальный вектор максимальной активации желудочков

г) среднее направление вектора деполяризации желудочков

д) электрическая позиция сердца

42. ЕСЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ РАСПОЛОЖЕНА ПАРАЛЛЕЛЬНО ОСИ ДАННОГО ОТВЕДЕНИЯ, ТО В ЭТОМ ОТВЕДЕНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

а) зубец R минимальной амплитуды

б) только отрицательный зубец R

в) только положительный зубец R

г) зубец R максимальной амплитуды

д) равнофазный комплекс QRS

43. ЕСЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ РАСПОЛОЖЕНА ПЕРПЕНДИКУЛЯРНО ОСИ ДАННОГО ОТВЕДЕНИЯ, ТО В ЭТОМ ОТВЕДЕНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

а) зубец R минимальной амплитуды

б) только отрицательный зубец R

в) только положительный зубец R

г) зубец R максимальной амплитуды

д) равнофазный комплекс QRS

44. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО

1 - $R_{II} > R_I > R_{III}$

2 - $R_{AVL} \sim S_{AVL}$

3 - $R_{II} < S_{II}$

4 - $S_{III} > R_{III}$

5 - $R_{AVL} > R_{AVF}$

45. ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1 - $R_I > S_I$

2 - $R_I > R_{II} > R_{III}$

3 - $R_{AVF} \sim S_{AVF}$

4 – угол альфа от 0 до 30 градусов

5 - максимальный R в отведении I

46. ЕСЛИ УГОЛ АЛЬФА – МИНУС 60 ГРАДУСОВ

1 – $R_{AVR} = Q(S)_{AVR}$

2 – $S_{II} > R_{II}$

3 - $R_I > R_{II} > R_{III}$

4 - $S_{AVF} < R_{AVF}$

5 - $R_{AVR} < R_{AVL}$

47. УГОЛ АЛЬФА ПРИ $R_I = S_I$

а) + 120

б) + 90

в) + 30

г) минус 30

д) минус 60

48. УГОЛ АЛЬФА ПРИ $R_{III} = S_{III}$

а) + 120
б) + 90
в) + 30
г) минус 30
д) минус 60

49. АМПЛИТУДА ЗУБЦА Р ПРИ НОРМАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ ОБЫЧНО НАИБОЛЬШАЯ В ОТВЕДЕНИИ

а) II
б) AVF
в) III
г) AVL
д) I

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ ЗУБЦОВ Р В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ

а) $P_I > P_{III} > P_{II}$
б) $P_{II} > P_I > P_{III}$
в) $P_{III} > P_{II} > P_I$
г) $P_I > P_{II} > P_{III}$

51. ПЕРВАЯ ФАЗА ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИИ V1 В НОРМЕ

а) положительная
б) отрицательная
в) изоэлектрическая
г) двухкомпонентная
д) может иметь любую форму

52. ИНТЕРВАЛ PQ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (СЕК)

а) 0,12 - 0,18
б) 0,10 - 0,18
в) 0,12 – 0,20
г) 0,13 - 0,19
д) 0, 14 – 0,22

53. ПРОВЕДЕНИЕ ПО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМУ УЗЛУ ОТРАЖАЕТ

а) зубец Р
б) интервал PQ
в) интервал QRS
г) интервал ST

54. В СТАНДАРТНЫХ И УСИЛЕННЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ОТ КОНЕЧНОСТЕЙ АМПЛИТУДА КОМПЛЕКСА QRS В НОРМЕ ПРЕВЫШАЕТ

а) 3 мм
б) 5 мм
в) 10 мм
г) 15 мм
д) 18 мм

55. В НОРМЕ ШИРИНА ЗУБЦА Q НЕ ПРЕВЫШАЕТ (СЕК)

а) 0,01
б) 0,02
в) 0,03
г) 0,04

56. К ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

1 – отклонение электрической оси сердца вправо
2 – отклонение электрической оси сердца влево

3 – более высокая ЧСС, чем у взрослых
4 – отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях
5 – отрицательные зубцы Т в нижних отведениях

57. К ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ
1 – тенденция к отклонению электрической оси сердца влево
2 – синусовая брадикардия
3 – вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка
4 – тенденция к горизонтальному положению электрической оси
5 – отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях

58. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
а) I, AVL
б) I, II, V1-V2
в) I, AVL, V5-V6
г) II, III, AVF

59. ГИПЕРТРОФИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1 - увеличением векторов деполяризации миокарда
2 - увеличением времени деполяризации миокарда
3 - уменьшением скорости деполяризации миокарда
4 - уменьшением вектора деполяризации миокарда
5 - отклонением вектора деполяризации миокарда в сторону, противоположную гипертрофированному отделу миокарда

60. ШИРИНА КОМПЛЕКСА QRS ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБЫЧНО РАВНА (СЕК)
а) 0,06 – 0,08
б) 0,08 - 0,09
в) 0,10 - 0,11
г) 0,12 – 0,14
д) более 0,14

61. ПРИЗНАК ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ
а) высокий, остроконечный зубец Р во II, III, aVF отведениях
б) высокий, остроконечный зубец Р в I, II, aVL отведениях
в) широкий, двугорбый зубец Р в I, II, aVL отведениях
г) широкий, двугорбый зубец Р во II, III, aVF отведениях

62. УГОЛ АЛЬФА = +20, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS = 0, 14 СЕК, ВРЕМЯ ВНУТРЕННЕГО ОТКЛОНЕНИЯ В V6 =0,09 СЕК
а) неполная блокада правой ножки п. Гиса
б) гипертрофия левого желудочка
в) блокада передней ветви левой ножки п. Гиса
г) полная блокада левой ножки п. Гиса
д) блокада левой задней ветви

63. УГОЛ АЛЬФА = - 10, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS = 0, 1 СЕК, В ЛЕВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ $R_{V6} > R_{V5} > R_{V4}$, ЗУБЦЫ R - ВЫСОКИЕ, В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 ЗУБЦЫ S - ГЛУБОКИЕ
а) блокада передней ветви левой ножки п. Гиса
б) неполная блокада левой ножки п. Гиса
в) гипертрофия правого желудочка
г) гипертрофия левого желудочка
д) блокада задней ветви левой ножки п.Гиса

64. СИНДРОМ WPW ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В МИОКАРДЕ
а) эктопического водителя ритма

б) аномального дополнительного источника импульсов
в) срединной ветви левой ножки п. Гиса
г) пучка Кента
д) пучка Джеймса

65. ИЗМЕНЕНИЯ СЕГМЕНТА ST, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИБС, ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
1 - V4-V6
2 - V1-V3
3 - II, III, aVF
4 - I, aVL

66. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST
1 - может быть признаком острого инфаркта миокарда
2 - может быть расценен как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркта миокарда
3 - является критерием положительной велоэргометрической пробы
4 - встречается в отведениях V5-V6 при блокада левой ножки п. Гиса

67. ПОВЫШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦА R В ПРАВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
а) об одном из вариантов синдрома WPW
б) о инфаркте миокарда задне-базальной области левого желудочка
в) о инфаркте миокарда переднее-перегородочной области

68. ЭКГ-ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОЙ СТЕНКИ
1 – патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF
2 – подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF
3 – подъем сегмента ST в отведениях V1-V2
4 – увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1-V2
5 – депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2 в сочетании с положительным зубцом T

69. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V5 И V6 НА 2 РЕБРА ВЫШЕ ОБЫЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА
а) правого желудочка
б) задней-базальной части
в) нижнего инфаркта
г) верхней части боковой стенки левого желудочка

70. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
а) правого желудочка
б) задней-базальной части
в) нижнего инфаркта
г) верхней части боковой стенки левого желудочка

71. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ
а) депрессия сегмента ST
б) инверсия зубца T
в) увеличение амплитуды зубца T
г) псевдонормализация отрицательных зубцов T
д) все ответы правильные

72. ПРИЗНАКОМ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ
1 – комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
2 - комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6

3 – полная компенсаторная пауза
4 – неполная компенсаторная пауза

73. ПРИЗНАКОМ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ
1 – комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
2 - комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
3 – полная компенсаторная пауза
4 – неполная компенсаторная пауза

74. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1 – обычно одинаковый интервал сцепления
2 – характерно наличие сливных комплексов
3 – кратность отношений интерэктопических интервалов
4 – наличие компенсаторной паузы

75. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ ПАРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1 – обычно одинаковый интервал сцепления
2 – характерно наличие сливных комплексов
3 – кратность отношений интерэктопических интервалов
4 – наличие компенсаторной паузы

76. ЭКТОПИЧЕСКИЙ РИТМ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1 – обычно ширина комплекса QRS более 0,12 сек
2 – комплекс QRS в виде Rs в отведениях V1-V2
3 – уширение комплекса QRS преимущественно за счет зубца R в отведениях V5-V6
4 – депрессия сегмента ST в отведениях V5-V6

77. ЭКТОПИЧЕСКИЙ РИТМ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1 – обычно ширина комплекса QRS более 0,12 сек
2 – комплекс QRS в виде Rs в отведениях V1-V2
3 – уширение комплекса QRS преимущественно за счет зубца R в отведениях V5-V6
4 – депрессия сегмента ST в отведениях V5-V6

78. К ЗАМЕЩАЮЩИМ РИТМАМ ОТНОСИТСЯ
а) синусовый ритм
б) миграция водителя ритма по предсердиям
в) синусовая брадикардия
г) ритм из A-V-соединения

79. ВОЛНЫ f ХОРОШО ВИДНЫ В ОТВЕДЕНИИ
а) I стандартном
б) II стандартном
в) aVL
г) V1-V2

80. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА СОКРАТИТЕЛЬНЫХ ВОЛОКОН МИОКАРДА ПРИ УСКОРЕНИИ РИТМА
а) уменьшается
б) увеличивается
в) не изменяется

81. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА КЛЕТОК СИНУСОВОГО И АТРИОВЕНТРИКУЛЧЯРНОГО УЗЛОВ ПРИ УСКОРЕНИИ РИТМА
а) уменьшается
б) увеличивается
в) не изменяется

82. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
1 – возможно уширение комплекса QRS

2 – возможна нормальная ширина комплекса QRS
3 – расстояние между нормальным и эктопическим комплексами меньше интервала RR
4 - расстояние между нормальным и эктопическим комплексами больше интервала RR
5 – за эктопическим комплексом следует компенсаторная пауза

83. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
а) расширение комплекса QRS
б) наличие проведенных и сливных комплексов QRS
в) удлинение интервала PQ непосредственно перед возникновением тахикардии
г) ширина комплекса QRS более 0,14 сек

84. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1 - расширение комплекса QRS до 0,11-0,12 сек
2 - наличие проведенных и сливных комплексов QRS
3 - удлинение интервала PQ непосредственно перед возникновением тахикардии
4 - ширина комплекса QRS более 0,14 сек

85. НАРУШЕНИЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ИМПУЛЬСА ВЫЗЫВАЮТСЯ АРИТМИИ
1 – атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
2 - атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения
3 – непароксизмальная предсердная тахикардия
4 – желудочковая тахикардия

86. УВЕЛИЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT ВЫЗЫВАЮТ ПРЕПАРАТЫ
1 – амиодарон
2 – атенолол
3 – дигоксин
4 – новокаинамид
5 – соталол

87. УМЕНЬШЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT ВЫЗЫВАЮТ ПРЕПАРАТЫ
1 – амиодарон
2 – атенолол
3 – дигоксин
4 – новокаинамид
5 – соталол

88. ПРИЗНАК СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ
а) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRST
б) патологических изменений не отмечается
в) выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

89. ПРИЗНАК СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ I)
а) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRST
б) патологических изменений не отмечается
в) выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

90. АРИТМИЯ, С КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СИНОАТРИАЛЬНУЮ БЛОКАДУ II СТЕПЕНИ 2:1
а) блокированная предсердная бигеминия из верхней части предсердия
б) синусовая брадикардия
в) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии
г) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу тригеминии

91. АРИТМИЯ, С КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СИНОАТРИАЛЬНУЮ БЛОКАДУ II СТЕПЕНИ 3:2
а) блокированная предсердная бигеминия из верхней части предсердия
б) синусовая брадикардия
в) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии

г) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу тригеминии

92. АРИТМИЯ, С КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АТРИВЕНТРИКУЛЯРНУЮ БЛОКАДУ II СТЕПЕНИ 2:1

.а) блокированная предсердная бигеминия из верхней части предсердия

б) синусовая брадикардия

в) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии

г) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу тригеминии

93 ЭКГ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА LGL (ЛАУНА-ГАНОНГА-ЛЕВИНА)

а) продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта-волны

б) блокада правой ножки п. Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2

в) продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ножки п. Гиса

94. ЭКГ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА БРУГАДА

а) продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта-волны

б) блокада правой ножки п. Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2

в) продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ножки п. Гиса

95. ПРИЗНАКИ ПОЛНОЙ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЫ

а) на фоне синусового ритма – независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия

б) эпизодическое выпадение зубцов P и комплексов QRS

в) полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов

96. ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ЭЛЕКТРОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

1 – в предсердии

2 –в желудочке

3 – двухкамерная стимуляция: «Р-управляемая» и последовательная предсердно-желудочковая

97. ПОКАЗАТЕЛИ, ИМЕЮЩИЕ ВЫСОКУЮ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

1 – желудочковые экстрасистолы, выявляемые с помощью Холтер ЭКГ

2 - желудочковые экстрасистолы, возникающие при ВЭМ пробе при низкой ЧСС (менее 115 в 1 мин)

3 – увеличенные размеры сердца

4 – предсердные экстрасистолы

98. ПОКАЗАТЕЛИ, ИМЕЮЩИЕ НИЗКУЮ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ

1 – желудочковые экстрасистолы, выявляемые с помощью Холтер ЭКГ

2 - желудочковые экстрасистолы, возникающие при ВЭМ пробе при низкой ЧСС (менее 115 в 1 мин)

3 – увеличенные размеры сердца

4 – предсердные экстрасистолы

99. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ В ПРЕДСКАЗАНИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО QT

1 – синкопэ в раннем детском возрасте (до 5 лет)

2 – синкопэ у взрослых

3 – величина удлинения QT 60 мс

4 – синкопэ при нормальном QT, но при наличии в семье больных с удлиненным синдромом QT

100. ФАКТОРЫ, ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОТОРЫХ В ПРЕДСКАЗАНИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО QT НЕВЕЛИКО

1 – синкопэ в раннем детском возрасте (до 5 лет)

2 – синкопэ у взрослых

3 – величина коррегированного интервала QT 460 мс

4 – синкопэ при нормальном QT, но при наличии в семье больных с удлиненным синдромом QT

101. ФАКТОР, АССОЦИИРУЮЩИЙСЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

а) приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

б) очень короткий интервал PQ

в) короткие (менее 0,25 сек) RR интервал во время фибрилляции предсердий

102. ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

1 – короткий (менее 0,27 сек) антероградный рефрактерный период дополнительного пути

2 – несколько дополнительных путей

3 – нормализация длины PQ после введения новокаинамида

103. ПРИЗНАК ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

а) появление головокружения, обморока

б) появление эпизодов пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

в) брадикардия (ЧСС менее 50 в мин)

г) QRS более 0,14 сек

д) сердечная недостаточность

104. ПРИЗНАК ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

1 – появление головокружения, обморока

2 – появление эпизодов пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

3 – брадикардия (ЧСС менее 50 в мин)

4 – QRS более 0,14 сек

5 – сердечная недостаточность

6 – наличие порока сердца

7 – удлиненный интервал QT

105. ПРИЗНАКИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ БЛОКАДОЙ

1 – появление головокружения, обморока

2 – появление эпизодов пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

3 – брадикардия (ЧСС менее 50 в мин)

4 – QRS более 0,14 сек

5 – сердечная недостаточность

6 – наличие порока сердца

7 – удлиненный интервал QT

106. ОСТАНОВКУ СИНУСОВОГО УЗЛА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1 – от синоаурикулярной блокады

2 – от синусовой аритмии

3 –от блокированной предсердной экстрасистолии

4 – от атриовентрикулярной блокады

5 – от фибрилляции предсердий

107. ИНТЕРВАЛ СЦЕПЛЕНИЯ ТИПИЧНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ПО СРАВНЕНИЮ С ИНТЕРВАЛОМ R-R (P-P):

а) иногда укорочен

б) всегда укорочен

в) иногда удлинен

г) всегда укорочен
д) не изменяется

108. ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛАХ ИЗ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЗУБЕЦ Р
1 – на ЭКГ может отсутствовать
2 – может отмечаться на сегменте ST
3 – в I отведении может быть отрицательным
4 - в III отведении может быть отрицательным
5 - в AVF отведении может быть отрицательным

109. К СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМ ЭКСТРАСИСТОЛАМ ОТНОСЯТСЯ ЭКСТРАСИСТОЛЫ
1 - из правого или левого предсердия
2 – из общего ствола пучка Гиса
3 – из атриовентрикулярного соединения
4 – из атриовентрикулярного узла

110. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ ХАРАКТЕРНО
1 – деформация комплекса QRS
2 – наличие полной компенсаторной паузы
3 – дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т
4 – конкордантное расположение сегмента ST и зубца Т
5 – наличие ретроградно проеденных зубцов Р

111. ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ ХАРАКТЕРНО
1 – наличие комплекса QRS, похожего на блокаду левой ножки п. Гиса
2 – глубокие зубцы S
3 – отсутствие дискордантности сегмента ST и зубца Т
4 - наличие комплекса QRS, похожего на блокаду правой ножки п. Гиса
5 – резкое отклонение электрической оси влево

112. ОТЛИЧИЯ ИНТЕРПОЛИРОВАННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ
1 - не влияют на работу синусового узла
2 – возникают обычно на фоне брадикардии
3 – не имеют компенсаторной паузы
4 – часто являются блокированными
5 – сопровождаются ретроградным зубцом Р

113. К АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
1 - неполная атриовентрикулярная блокада с периодикой Самойлова-Венкебаха
2 - атриовентрикулярная блокада типа Мобитц II
3 - атриовентрикулярная блокада с проведением 2:1
4 - атриовентрикулярная блокада с проведением 3:1
5 – полная атриовентрикулярная блокада

114. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА III СТЕПЕНИ
а) может быть на фоне фибрилляции предсердий
б) может сопровождаться эктопическим предсердным ритмом
в) может сопровождаться ритмом из а-в соединения
г) может сопровождаться идиовентрикулярным ритмом

115. ПРИ ПАРАСИСТОЛИИ
1 – имеется 2 независимых водителя ритма
2 – источник парасистолии «защищен» блокадой входа
3 – интервал сцепления парасистолических комплексов непостоянен
4 – отмечается миграция предсердного водителя ритма
5 – интервал сцепления парасистолических комплексов постоянен

116. ФУНКЦИЯ ПАРАСИСТОЛИЧЕСКОГО ФОКУСА ЗАЩИЩЕНА

а) ретроградной блокадой

б) блокадой на выходе парафокуса

в) атриовентрикулярной блокадой

г) блокадой на входе в парафокус

д) рефрактерным периода парафокусом

117. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ МОБИТЦ I ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1 – установка временного ЭКС

2 – отмена препаратов, замедляющих а-в проведение

3 – назначение препаратов, улучшающих а-в проведение

118. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ МОБИТЦ II ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1 – установка временного ЭКС

2 – отмена препаратов, замедляющих а-в проведение

3 – назначение препаратов, улучшающих а-в проведение

119. У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА НЕПОЛНАЯ БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

а) при стенозе устья аорты

б) при стенозе клапана легочной артерии

в) при дефекте межжелудочковой перегородки

г) при дефекте межпредсердной перегородки

д) при открытом артериальном протоке

120. ПРИ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩЕМ ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ РИТМЕ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ

1 – комплексы QRS нормальной ширины

2 - комплексы QRS расширены

3 – частота желудочковых сокращений, как правило, меньше 40 в 1 мин.

4 – комплексы напоминают блокаду одной из ножек п. Гиса

5 – отмечаются сливные комплексы

121. УМЕНЬШЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PQ МЕНЕЕ 0,12 СЕК ВОЗМОЖНО

1 – при наличии добавочного пути проведения импульса (пучок Кента)

2 – при ускоренном проведении через А-В узел

3 – при возникновении преждевременного желудочкового комплекса

4 – при наличии ретроградно проводящего дополнительного пути А-В проведения

5 – при наличии срединной ветви левой ножки п. Гиса

122. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОБЫ С КУРАНТИЛОМ

1 - хроническая обструктивная болезнь легких

2 – клапанные стенозы

3 – гипертрофическая кардиомиопатия

4 – желудочковая тахикардия

5 – тяжелая форма АГ

123. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОБЫ С ДОБУТАМИНОМ

1 - хроническая обструктивная болезнь легких

2 – клапанные стенозы

3 – гипертрофическая кардиомиопатия

4 – желудочковая тахикардия

5 – тяжелая форма АГ

124. ПРИЗНАКАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

1 – появление отрицательных зубцов Т

2 – появление А-В блокады II степени
3 – возникновение фибрилляции предсердий
4 – появление горизонтальной депрессии ST
5 - появление парных желудочковых экстрасистол

125. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ «ИСТИННО» ИШЕМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
а) V1-V4
б) II, III, AVF
в) по Небу
д) во всех отведениях примерно с одинаковой частотой

126. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОЙ (ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ) СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ
а) пробы с физической нагрузкой
б) пробы с дипиридамолом
в) пробы с эргометрином
г) I, V5-V6
г) пробы с изопротеренолом
д) чреспищеводной электрической стимуляции сердца

127. К ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ МОЖНО ОТНЕСИ
а) велоэргометрическую
б) на тредмиле
в) 25 приседаний

128. ПРИ КАЛИЕВОЙ ПРОБЕ РЕГИСТРАЦИЮ ЭКГ ПРОВОДЯТ
а) через 30-60-90 мин
б) через 1-3-5 мин
в) через 60-90-120 мин
г) через 1 час

129. ПРИ ПРОБЕ С ОБЗИДАНОМ РЕГИСТРАЦИЮ ЭКГ ПРОВОДЯТ
а) через 1-3-5 мин
б) через 10-20-30 мин
в) через 30-60-90 мин
г) через 1 час

130. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ СЕРДЦА В КИСЛОРОДЕ НОРМАЛЬНЫЕ КОРОНАРНЫЕ АРТЕРИИ ПОЗВОЛЯЮТ УВЕЛИЧИТЬ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК
а) в 2 раза
б) в 3 раза
в) в 5 раз
г) в 10 раз
д) в 20 раз

131. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОСТАВЛЯЕТ
а) менее 1 мин
б) 2-5 мин
в) 5-10 мин
г) 10-15 мин
д) более 15 мин

132. У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ (ЕСЛИ ОКРУЖНОСТЬ ПЛЕЧА БОЛЕЕ 55 см) ВЕЛИЧИНА ЛОЖНОГО ПОВЫШЕНИЯ АД ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОБЫЧНОЙ МАНЖЕТКИ ДОСТИГАЕТ (мм рт. ст.)
а) 10/5
б) 15/10

в) 20/10
г) 25/15
д) 50/20

133. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НА ЭКГ ЧАЩЕ РЕГИСТРИРУЮТ

а) признаки гипертрофии левого желудочка
б) глубокие зубцы Q
в) патологические уширенные зубцы Q
г) глубокие (гигантские) отрицательные зубцы T
д) блокада левой ножки п. Гиса

134. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (СТЕНОКАРДИИ, ОБМОРОКОВ ИЛИ ОДЫШКИ) ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

а) 1 года
б) 5 лет
в) 10 лет
г) 15 лет
д) 20 лет

135. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ

а) с митральной недостаточностью
б) с аортальной недостаточностью
в) с дефектом межпредсердной перегородки
г) с дефектом межжелудочковой перегородки
д) с открытым аортальным протоком

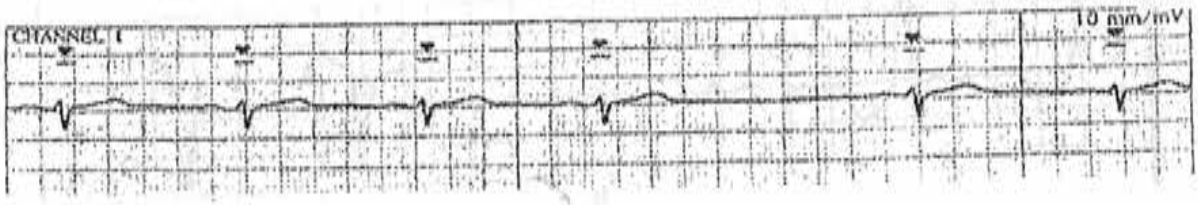
136. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

а) хронические неспецифические заболевания легких
б) интерстициальные заболевания легких
в) поражения сосудов легких
г) выраженная деформация грудной клетки
д) ожирение

137. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

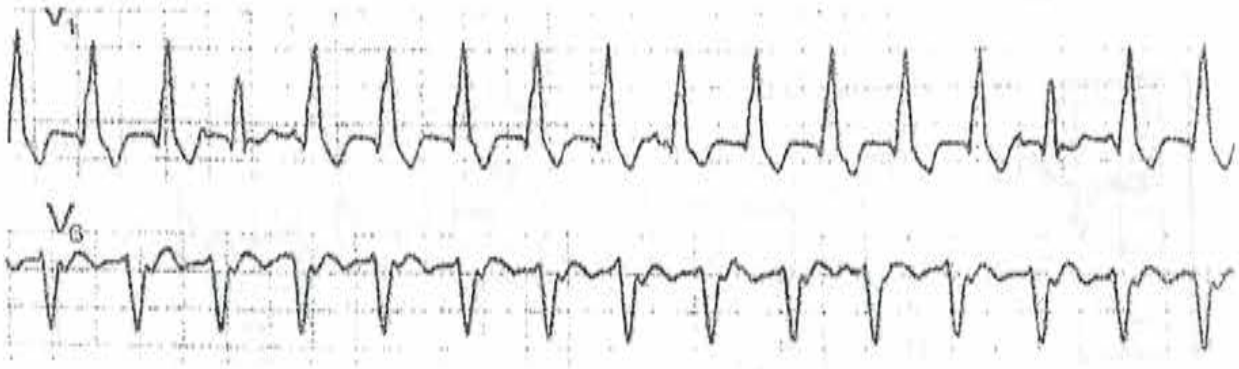
а) боль в грудной клетки
б) кратковременная потеря сознания
в) кровохарканье
г) внезапная одышка и ортопноэ
д) внезапная одышка без ортопноэ

138. НА ЭКГ ВЫ ВИДИТЕ



а) блокированная предсердная экстрасистола
б) АВ-блокада II степени типа II
в) синоатриальная блокада II степени
г) выскальзывающий комплекс из АВ-соединения

139. НА ЭКГ ВЫ ВИДИТЕ



а) наджелудочковая тахикардия

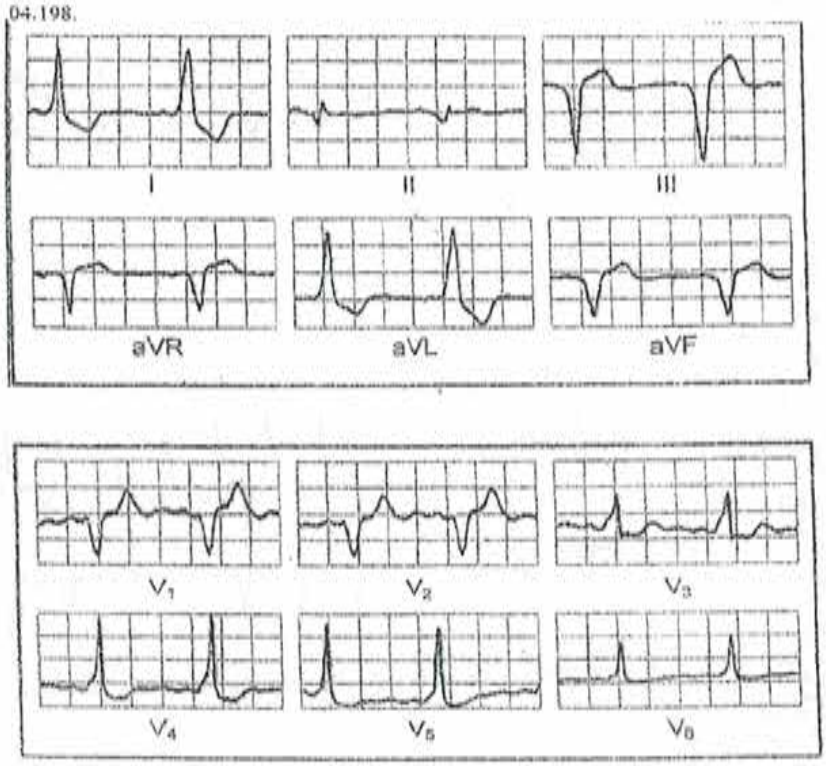
б) тахикардия с уширенным комплексом QRS, точно определить локализацию источника тахикардии невозможно

в) желудочковая тахикардия

г) трепетание предсердий

д) мерцание предсердий

140. НА ЭКГ ВЫ ВИДИТЕ



а) блокада левой ножки п. Гиса

б) блокада левой передней ветви левой ножки п. Гиса

в) крупноочаговые изменения нижней локализации

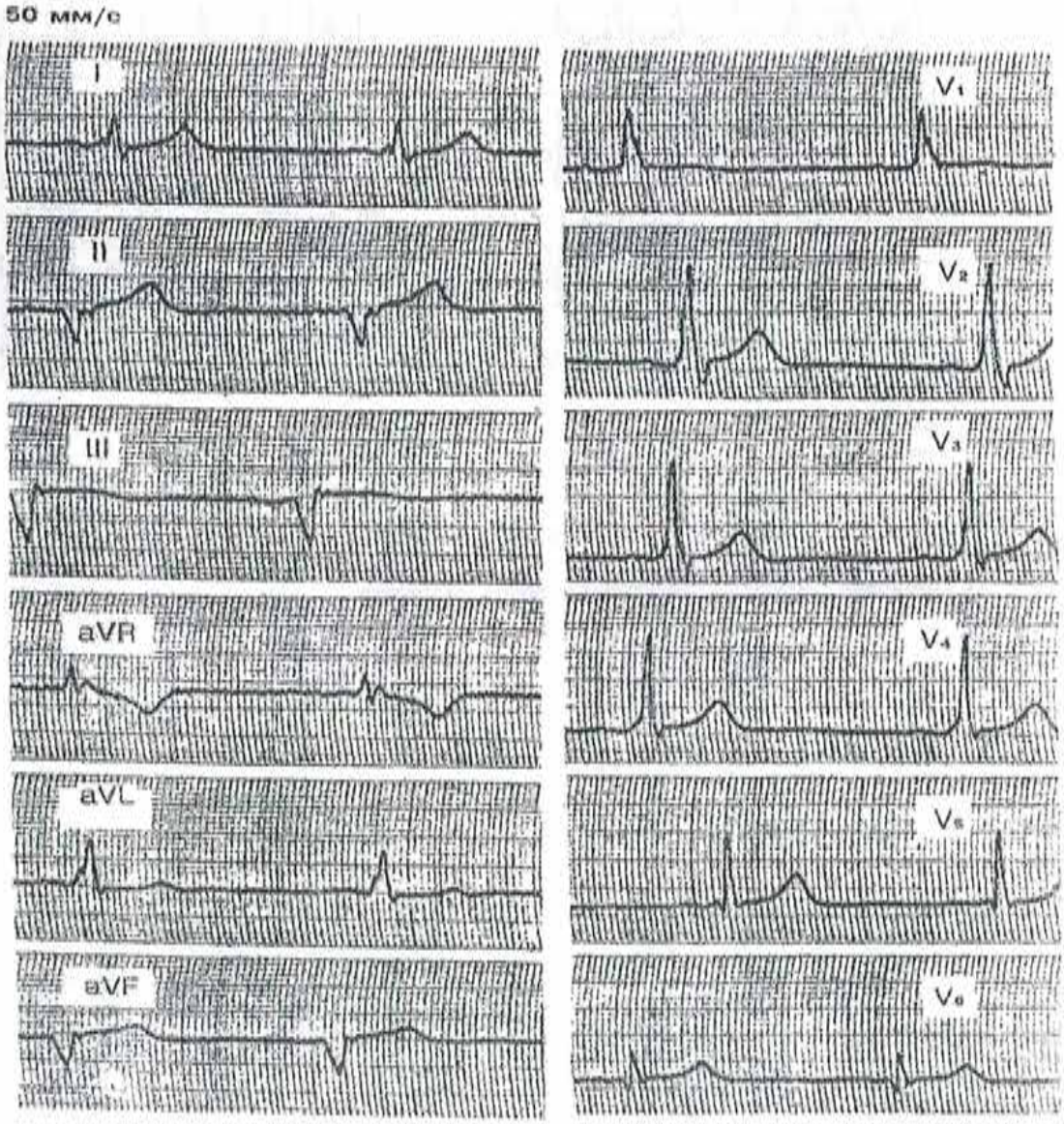
г) острая стадия нижнего инфаркта

д) преждевременное возбуждение желудочков

141. НА ЭКГ ВЫ ВИДИТЕ

а) предсердная тахикардия
б) наджелудочковая тахикарди, точно определить вариант тахикардии невозможно
в) трепетание предсердий
г) желудочковая тахикардия

142. НА ЭКГ ВЫ ВИДИТЕ



а) крупноочаговые изменения нижней локализации
б) гипертрофия правого желудочка
в) блокада правой ножки п. Гиса
г) блокада левой передней ветви
д) преждевременное возбуждение желудочков

143. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) частота дыхания
б) минутный объем дыхания
в) Pa O2 и Pa CO2
г) PA O2 и PA CO2
д) частота и глубина дыхания

144. НАИБОЛЬШУЮ АЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧАСТОТА (ЧД) И ГЛУБИНА ДЫХАНИЯ (ДО)
а) ДО – 200 мл при ЧД = 40 в 1 мин
б) ДО – 250 мл при ЧД = 32 в 1 мин
в) ДО – 400 мл при ЧД = 20 в 1 мин
г) ДО – 500 мл при ЧД = 16 в 1 мин
д) ДО - 800 мл при ЧД = 10 в 1 мин

145. НАИБОЛЬШЕЕ АЭРОДИНАМИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ ПРИ СПОКОЙНОМ ДЫХАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
а) в воздухоносных путях диаметром более 2 мм
б)) в воздухоносных путях диаметром менее 2 мм
в) в терминальных бронхиолах
г) в респираторных бронхиолах
д) в альвеолярных ходах

146. СРЕДНЕЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕНЬШЕ, ЧЕМ В АОРТЕ
а) в 2 раза
б) в 4 раза
в) в 6 раз
г) в 10 раз
д) в 20 раз

147. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТОДЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ПРИМЕНЕНИИ
а) окиси углерода
б) кислорода
в) гелия
г) азота

148. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ И ОБЩЕЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ БАРОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРИБОРА
а) электронного спирометра
б) пневмотахометра
в) спирометра с газоанализатором
г) вентилометра
д) бодиплетизмографа

149. ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ВЫШЕ
а) 20-30 мл O2 /мин/мм рт. ст.
б) 30-40 мл O2 /мин/мм рт. ст.
в) 40-50 мл O2 /мин/мм рт. ст.

г) 50-60 мл O2 /мин/мм рт. ст.
д) 60-70 мл O2 /мин/мм рт. ст.

150. НАИБОЛЕЕ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) электрокардиография
б) реография
в) эхокардиография
г) косвенные расчетные методы
д) радиоизотопный метод

151. СРЕДНИЕ ВЕЛИЧИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ РАСЧЕТЕ НА 1 кв. м ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ВЗРОСЛЫХ В ПОКОЕ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВНЫ
а) 2,0 - 2,5 л/мин
б) 2,5 - 3,0 л/мин
в) 3,0 - 3,5 л/мин
г) 3,5 - 4,0 л/мин
д) более 4,0 л/мин

152. СРЕДНЯЯ НОРМАЛЬНАЯ КИСЛОРОДНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ
а) 20-40 мл/мин
б) 50-150 мл/мин
в) 200-300 мл/мин
г) 500-600 мл/мин
д) 700 мл/мин и более

153. В НОРМЕ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛЕГКИХ ПО КИСЛОРОДУ РАВНА
а) 10-15 мл O2/мин/мм рт. ст.
б) 20-15 мл O2/мин/мм рт. ст.
в) 25-30 мл O2/мин/мм рт.ст.
г) 30-35 мл O2/мин/мм рт.ст.
д) 35-40 мл O2/мин/мм рт.ст.

154. ДИФФУЗИЯ CO2 ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ
а) равна диффузии кислорода
б) в 20 раз больше, чем кислорода
в) в 20 раз меньше, чем кислорода
г) в 10 раз больше, чем кислорода
д) в 10 раз меньше, чем кислорода

155. ВРЕМЯ КОНТАКТА КРОВИ ЛЕГОЧНОГО КАПИЛЛЯРА С АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ВОЗДУХОМ
а) 0,1 сек
б) 0,2 сек
в) 0,3 сек
г) 0,5 сек
д) 1 сек

156. УРОВЕНЬ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА (PaO2) И УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА (PaCO2) В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ, ПРЕВЫШЕНИЕ КОТРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕВОДУ БОЛЬНОГО НА ИСКУСТВЕННУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а) PaO2 80 мм рт.ст., Pa CO2 30 мм рт.ст.
б) PaO2 70 мм рт.ст., Pa CO2 40 мм рт.ст.
в) PaO2 60 мм рт.ст., Pa CO2 50 мм рт.ст.
г) PaO2 50 мм рт.ст., Pa CO2 60 мм рт.ст.
д) PaO2 40 мм рт.ст., Pa CO2 70 мм рт.ст.

157. КАК ДЫШИТ БОЛЬНОЙ С НОРМАЛЬНЫМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ, НО ОЧЕНЬ МАЛОЙ РАСТЯЖИМОСТЬЮ ЛЕГКИХ

а) медленно и глубоко
б) часто и поверхностно
в) часто и глубоко
г) медленно и поверхностно
д) частота и глубина дыхания нормальные

158. МЕТОДОМ «ВЫМЫВАНИЯ АЗОТА» НЕПОСРЕДСТВЕННО ИЗМЕРЯЮТ

а) дыхательный объем
б) остаточный объем легких
в) общую емкость легких
г) функциональную остаточную емкость легких
д) жизненную емкость легких

159. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ

а) общей емкости легких
б) жизненной емкости легких
в) остаточного объема легких
г) форсированной жизненной емкости легких
д) объема форсированного выдоха за 1 сек

160. КОЭФФИЦИЕНТ: ОТНОШЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ К ОБЩЕЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ (ООЛ/ОЕЛ) ПОВЫШАЕТСЯ

а) при фиброзе легких
б) при воспалении легких
в) при новообразованиях легких
г) при эмфиземе легких
д) при остром бронхите

по разделу «Лабораторные методы диагностики»

Выберите один правильный ответ:

1. При исследовании физических свойств ликвора определяют его
А) консистенцию
Б) цвет
В) характер
Г) вязкость

2. Присутствие в ликворе билирубина придаёт ему
А) красный цвет
Б) жёлтый цвет
В) зеленоватый цвет
Г) не изменяет цвет ликвора

3. Ликвор, окрашенный в красный цвет, называется
А) ксантохромный
Б) нормохромный
В) эритрохромный
Г) гиперхромный

4. В норме реакция среды спинномозговой жидкости
А) кислая
Б) слабокислая
В) нейтральная
Г) слабощелочная

5. Цитоз ликвора человека в норме
А) 0-3 х 10^6/л
Б) 5-10 х 10^6/л
В) 10-50 х 10^6/л
Г) более 50 х 10^6/л
6. Для подсчёта цитоза ликвор окрашивают
А) по методу Нохта
Б) 1 % раствором метиленового синего
В) реактивом Самсона
Г) реактивом Гайнеса
7. Подсчета цитоза спинномозговой жидкости осуществляется с использованием
А) камеры Фукса-Розенталя
Б) лейкоцитарного счётчика
В) камеры Горяева
Г) люминесцентного микроскопа
8. Увеличение количества форменных элементов крови в ликворе называется
А) цитоз
Б) лейкоцитоз
В) эритроцитоз
Г) плеоцитоз
Выберите один правильный ответ:
9. Для определения концентрации белка в ликворе используется
А) 3 % раствор сульфосалициловой кислоты
Б) 10 % раствор карболовой кислоты
В) 20 % раствор сульфосалициловой кислоты
Г) 50 % раствор азотной кислоты
10. При исследовании химических свойств в любом ликворе определяют концентрацию
А) белка
Б) глюкозы
В) желчных кислот
Г) кетоновых тел
11. Для диагностики туберкулезного менингита препараты ликвора окрашивают
А) по Граму
Б) по Цилю - Нильсену
В) по Романовскому
Г) по Нохту
12. Фибринозная плёнка образуется на поверхности ликвора при
А) кровоизлиянии в спинной или головной мозг
Б) ишемии отдельных участков головного мозга
В) повышении внутричерепного давления
Г) инфекционно-воспалительных процессах в спинном или головном мозге
13. Для предотвращения образования сгустков фибрина к выпотной жидкости, в процессе её получения, прибавляют
А) натрия цитрат
Б) уксусную кислоту
В) фенол
Г) магния сульфат
14. Для оценки физических свойств выпотных жидкостей проводят определение
А) количества
Б) хлоридов
В) белка

Г) глюкозы
15. Для отличия экссудата от транссудата проводят пробу
А) Самсона
Б) Ривальта
В) Геллера
Г) Робертса-Стольникова
16. Для проведения пробы Ривальта необходима
А) уксусная кислота
Б) серная кислота
В) соляная кислота
Г) молочная кислота
17. Транссудаты и экссудаты отличаются друг от друга по
А) величине относительной плотности
Б) содержанию белка
В) клеточному составу
Г) всё перечисленное верно
18. Концентрация белка в транссудатах составляет
А) 0,5-1,0 г/л
Б) 5-25 г/л
В) 30-80 г/л
Г) 0,2-0,3 г/л
19. В клеточный состав как транссудатов, так и экссудатов обязательно входят
А) макрофаги
Б) нейтрофилы
В) мезотелиальные клетки
Г) эритроциты
20. Концентрация белка в экссудатах составляет
А) 30-80 г/л
Б) 10-20 г/л
В) 5-25 г/л
Г) 0,22 -0,33 г/л
21. Экссудат отличается от транссудата по содержанию
А) серомуцина
Б) глицина
В) глюкозы
Г) креатинин
22. Транссудаты по характеру могут быть только
А) гнойные
Б) геморрагические
В) гнилостные
Г) серозные
23. Препараты выпотных жидкостей окрашивают по Граму для
А) микроскопического исследования
Б) бактериоскопического исследования
В) подсчёта цитоза
Г) цитохимического исследования
24. Функции яичников:
А) гормонопоэтическая
Б) обеспечивают овуляцию
В) влияют на развитие вторичных половых органов
Г) все перечисленное

25. Слизистую половых органов выстилает эпителий:
А) плоский неороговевающий
Б) цилиндрический
В) мерцательный
Г) плоский ороговевающий
26. Присутствие в мазках, приготовленных из отделяемого влагалища, клеток плоского эпителия, умеренного количества лактобацилл, небольшого количества смешанной флоры и лейкоцитов до 5-6 в п/зр. характерно для
А) нормоценоза
Б) промежуточного типа
В) дисбиоза
Г) вагинита
27. При вагинитах в мазках, приготовленных из отделяемого влагалища, обнаруживается
А) много лейкоцитов, гноеродная флора
Б) единичные лейкоциты, лактобациллы
В) чистая культура лактобацилл
Г) умеренное количество лактобацилл небольшое количество смешанной флоры
28. При изготовлениии препаратов, предназначенных для диагностики трихомониаза, применяется окрашивание
А) по Цилю – Нильсену
Б) по Романовскому
В) по Граму
Г) все перечисленное верно
29. Признаками, отличающими трихомонады от клеток плоского эпителия, являются
А) эксцентрично расположенное ядро
Б) вакуолизированная цитоплазма
В) грушевидная форма
Г) все перечисленное верно
30. Трихомонады в мазке необходимо дифференцировать от:
А) дрожжевых клеток
Б) лейкоцитов
В) клеток плоского эпителия
Г) гарднерелл
31. Обнаружение «ключевых» клеток во влагалищном отделяемом характерно для:
А) гонореи
Б) трихомониаза
В) бактериального вагиноза
Г) нормальной микроскопической картины
32. «Ключевая» клетка – это:
А) лейкоцит, содержащий гонококки
Б) макрофаг
В) атипичная трихомонада
Г) плоский эпителий, облепленный кокко-бацилярной флорой
33. Дрожжевые клетки в виде мицелия обнаруживаются при:
А) трихомониазе
Б) кандидозе
В) гонорее
Г) микоплазмозе
34. В норме лактобациллы в биоценозе влагалища представлены в количестве:
А) 5-10%
Б) 20-30%

В) 30-50%
Г) 90-95%
35. Отсутствие лактобацилл в норме может наблюдаться:
А) после менструации
Б) у девочек до начала полового созревания
В) в период овуляции
Г) у женщин репродуктивного возраста
36. Защитные свойства лактобацилл определяются:
А) выработкой молочной кислоты
Б) выработкой перекиси водорода
В) антагонизмом к другим микроорганизмам
Г) все перечисленное
37. Отношения в системе «женщина-лактобациллы»
А) паразитизм
Б) симбиоз
В) хищничество
Г) антагонизм
38. Отношения в системе «лактобациллы-кокковая флора»
А) комменсализм
Б) симбиоз
В) антагонизм
Г) паразитизм
39. В норме в небольших количествах в биоценозе влагалища могут присутствовать
А) бифидобактерии
Б) кишечная палочка
В) грибы рода Candida
Г) все перечисленное
40. Подвижность трихомонад выявляется в
А) нативном препарате с физиологическим раствором
Б) препарате, окрашенном по Граму
В) препарате, окрашенном по метиленовым синим
Г) препарате, окрашенном по Романовскому
41. Диагностическим признаком при лабораторной диагностике гонореи является
А) обнаружение грамоположительных диплококков, расположенных внутри нейтрофилов
Б) обнаружение грамотрицательных диплококков, расположенных внутри нейтрофилов
В) обильная кокковая флора, обнаруженная в препарате, окрашенном метиленовым синим
Г) обнаружение обильной кокковой грамположительной флоры
42. Для цитологического исследования отделяемого влагалища, препарат предпочтительнее окрашивать
А) по Романовскому
Б) метиленовым синим
В) гематоксилин-эозином
Г) все перечисленное верно
43. Функции яичка
А) гормонопоэтическая
Б) сперматогенез
В) влияние на развитие вторичных половых признаков
Г) все перечисленное
44. Ошибки при исследовании эякулята могут быть в случае
А) неправильного получения материала

Б) длительного хранения эякулята
В) несоблюдения правил подготовки пациента
Г) все перечисленное
45. При исследовании физических свойств эякулята определяют
А) цвет
Б) реакцию среды
В) консистенцию
Г) всё перечисленное верно
46. Уменьшение количества сперматозоидов в эякуляте называется
А) аспермия
Б) некроспермия
В) олигоспермия
Г) астенозооспермия
47. Для выявления некроспермии исследуют микропрепарат эякулята
А) нативный
Б) окрашенный метиленовым синим
В) окрашенный по Ромаовскому
Г) окрашенный эозином и нигрозином
48. Пиоспермия - это обнаружение в эякуляте:
А) большого количества нейтрофилов
Б) большого количества лимфоцитов
В) эритроцитов
Г) кристаллов спермина
49. При микроскопии нормального секрета предстательной железы в большом количестве обнаруживаются
А) эритроциты
Б) лейкоциты
В) лецитиновые зерна
Г) амилоидные тельца
50. Нормальное содержание сперматозоидов в эякуляте
А) 20-40 х 10^6/мл
Б) 100-150 х 10^6/мл
Б) 300-400 х 10^6/мл
Г) 500-700 х 10^6/мл
51. При исследовании физических свойств мокроты определяют
А) прозрачность
Б) количество, характер, консистенцию
В) реакцию среды
Г) величину относительной плотности
52. Ржавая мокрота выделяется в начале заболевания при
А) туберкулезе легких
Б) хроническом бронхите
В) крупозной пневмонии
Г) абсцессе легкого
53. Серозная мокрота выделяется при
А) остром бронхите
Б) бронхиальной астме
В) хроническом бронхите
Г) отеке легкого
54. Мокрота имеет слизистый характер при
А) отеке легкого

Б) остром бронхите
В) бронхоэктатической болезни
Г) прорыве абсцесса легкого в бронх
55. Разделение мокроты при отстаивании на два слоя – гнойный и серозный характерно для
А) абсцесса легкого
Б) острого бронхита
В) бронхиальной астмы
Г) отека легкого
56. Мокрота с гнилостным запахом характерна для
А) острого бронхита
Б) бронхиальной астмы
В) пневмонии
Г) абсцесса лёгкого
57. К макроскопическим включениям, встречающимся в мокроте, относятся
А) фибринозные плёнки
Б) кристаллы Шарко-Лейдена
В) кристаллы холестерина
Г) макрофаги
58. Диагностическое значение имеет обнаружение при микроскопии мокроты
А) плоского эпителия
Б) цилиндрического эпителия
В) слизи
Г) остатков пищи
59. Реакция на берлинскую лазурь проводится для выявления в мокроте
А) эозинофилов
Б) альвеолярных макрофагов
В) гемосидерина в эозинофилах
Г) гемосидерина в альвеолярных макрофагах
60. Для обнаружения эозинофилов в мокроте препарат окрашивают
А) по Цилю-Нильсену
Б) 1 % раствором метиленового синего
В) по Граму
Г) по Романовскому
61. Эозинофилия в мокроте наиболее характерна для
А) бронхиальной астмы
Б) острого бронхита
В) хронического бронхита
Г) туберкулеза легких
62. Кристаллы Шарко – Лейдена в нативном препарате мокроты имеют вид
А) коричневых ромбов
Б) бесцветных вытянутых ромбов (стрелок компаса)
В) мелкого серого песка
Г) почтовых конвертов
63. Спирали Куршмана обнаруживаются в мокроте при
А) абсцессе легкого
Б) туберкулезе легкого
В) бронхиальной астме
Г) отеке легкого
64. Эластические волокна встречаются в препарате мокроты при
А) бронхиальной астме

Б) хроническом бронхите
В) крупозной пневмонии
Г) абсцессе легкого
65. Кристаллы жирных кислот и холестерина встречаются в мокроте при
А) остром бронхите
Б) воспалении легких
В) отеке легкого
Г) распаде легочной ткани
66. При хроническом бронхите флора в мокроте представлена
А) только пневмококками
Б) только стрептококками
В) большим количеством различных микроорганизмов
Г) эхинококками
67. Для обнаружения в мокроте микобактерий туберкулеза необходимо исследовать
А) нативный препарат
Б) препарат, окрашенный по Граму
В) препарат, окрашенный по Цилю-Нильсену
Г) препарат, окрашенный по Романовскому
68. Пневмококки обнаруживаются в мокроте при
А) хроническом бронхите
Б) крупозной пневмонии
В) бронхоэктатической болезни
Г) абсцессе легкого
69. В мокроте всегда встречаются следующие элементы
А) пневмококки
Б) плоский эпителий, лейкоциты
В) мерцательный эпителий
Г) кристаллы гематоидина
70. Этап ультрафильтрации процесса мочеобразования происходит
А) в почечном тельце
Б) в извитом канальце
В) в собирательной трубочке
Г) в почечной лоханке
71. Этап реабсорбции процесса мочеобразования происходит
А) в почечном тельце
Б) в извитом канальце
В) в малых почечных чашках
Г) в почечной лоханке
72. Мочу для клинического анализа собирают
А) в течение суток, в одну ёмкость
Б) в течение суток, каждую порцию – в отдельную ёмкость
В) каждые 3 часа в течение суток
Г) первую утреннюю порцию мочи
73. Увеличение суточного диуреза называется
А) анурия
Б) полиурия
В) олигурия
Г) никтурия
74. Причиной олигурии является
А) рассасывание отеков
Б) острая почечная недостаточность

В) сахарный диабет
Г) несахарный диабет
75. Причиной анурии может быть следующее состояние
А) опухоль предстательной железы
Б) перитонит
В) цистит
Г) несахарный диабет
76. Цвет мочи в норме зависит от концентрации в ней
А) конъюгированного билирубина
Б) неконъюгированного билирубина
В) уробилина
Г) мезобилиногена
77. Моча приобретает коричневый цвет (цвет «чая») при
А) билирубинурии
Б) глюкозурии
В) липурии
Г) гиперуробилинурии
78. Гиперстенурия характерна для
А) хронической почечной недостаточности
Б) схождения отёков
В) сахарного диабета
Г) несахарного диабета
79. Мутность мочи может быть обусловлена присутствием большого количества
А) эпителия, лейкоцитов и слизи
Б) бактерий
В) солей
Г) всё перечисленное верно
80. Мутность мочи, не устраняемая центрифугированием, обусловлена
А) цилиндрурией
Б) бактериурией
В) лейкоцитурией
Г) эритроцитурией
81. Мутность мочи, устраняемая прибавлением диэтилового эфира, обусловлена присутствием
А) уратов
Б) бактерий
В) жировых элементов
Г) аморфных фосфатов
82. Моча имеет резкий аммиачный запах при
А) декомпенсированном сахарном диабете
Б) цистите
В) голодании
Г) механической желтухе
83. Моча приобретает запах ацетона при
А) пиелонефрите
Б) большом количестве белков в питании
В) декомпенсированном сахарном диабете
Г) цистите
84. Для определения реакции среды мочи используется индикатор
А) фенолфталеин
Б) бромтимоловый синий

В) метиловый – оранжевый
Г) конго – красный
85. Смещение реакции среды мочи в щелочную сторону характерно для
А) пиелонефрита
Б) острой почечной недостаточности
В) сахарного диабета
Г) подагры
86. Смещение реакции среды мочи в кислую сторону характерно для
А) нефротического синдрома
Б) пиелонефрита
В) сахарного диабета
Г) цистита
87. Функциональная протеинурия может развиться при
А) гипертонической болезни
Б) гемолитическом кризе
В) переохлаждении
Г) системных заболеваниях соединительной ткани
88. Клубочковая протеинурия характерна для
А) острого гломерулонефрита
Б) диабетической нефропатии
В) системных заболеваний соединительной ткани
Г) всё перечисленное верно
89. Постренальная протеинурия возникает при
А) гломерулонефрите
Б) цистите
В) гемолитической желтухе
Г) тяжёлых физических нагрузках
90. Качественная проба на белок в моче проводится с
А) 10% раствором гидроксида натрия
Б) 3% раствором сульфосалициловой кислотой
В) 20% раствором сульфосалициловой кислотой
Г) 20% уксусной кислотой
91. Концентрацию белка в моче определяют
А) всегда, при выполнении клинического анализа мочи
Б) только при положительной качественной пробе на белок
В) только при отрицательной качественной пробе на белок
Г) только при положительной качественной пробе на глюкозу
92. Концентрацию белка в моче определяют
А) глюкозооксидазным методом
Б) методом титриметрии
В) методом фотоэлектроколориметрии по реакции с 3 % сульфосалициловой кислотой
Г) микроскопическим методом
93. При количественном определении белка в моче нефелометрическим методом необходимо
А) точно отбирать необходимое количество мочи и реагентов
Б) инкубировать пробу в течение 10 мин при комнатной температуре
В) измерить оптическую плотность на спектрофотометре
Г) все перечисленное
94. Мочу для определения суточной потери белка организмом собирают
А) в течение трёх часов
Б) в течение суток, каждую порцию – в отдельную ёмкость

В) в течение суток, в одну ёмкость
Г) в течение двенадцати часов
95. Белок Бенс - Джонса обнаруживается в моче при
А) нефролитиазе
Б) гломерулонефрите
В) пиелонефрите
Г) миеломной болезни
96. При гемолитической желтухе цвет мочи:
А) темно-коричневый
Б) зеленовато-желтый
В) «мясных помоев» (красно-бурый)
Г) беловатый
97. Билирубинурия придает моче цвет
А) "мясных помоев"
Б) молочный
В) "крепкого чая" (оранжево-коричневый)
Г) "пива" (зеленовато-коричневый)
98. Обнаружение билирубина в моче проводится с
А) 20 % раствором сульфосалициловой кислоты
Б) реактивом Фуше
В) реактивом Селена
Г) реактивом Самсона
99. Отрицательная проба на уробилин в моче характерна для
А) гемолитической желтухи
Б) механической желтухи
В) цистита
Г) пиелонефрита
100. К элементам неорганического осадка мочи относятся
А) цилиндры
Б) эпителий
В) оксалаты
Г) эритроциты
101. К элементам органического осадка мочи относятся
А) ураты
Б) оксалаты
В) лейкоциты
Г) мочевая кислота
102. Большое содержание уратов придает осадку мочи цвет
А) розоватый с кирпичным оттенком
Б) желтоватый
В) белый
Г) зеленоватый
103. Растворить ураты в моче можно
А) реактивом Ларионовой
Б) реактивом Гайнеса
В) реактивом Селена
Г) 5% раствором уксусной кислоты
104. Аморфные фосфаты в моче растворяют путём
А) прибавления 10 % раствора хлороводородной кислоты
Б) прибавления 10 % раствора едкого натрия
В) нагревания с реактивом Селена

Г) прибавления диэтилового эфира

105. Кристаллы мочевой кислоты в моче растворяют путём

А) прибавления разбавленной соляной кислоты

Б) прибавления 30 % раствора уксусной кислоты

В) прибавления 10 % раствора гидроксида натрия

Г) нагревания

106. Местом образования цилиндров в нефроне является

А) капиллярный клубочек

Б) капсула Шумлянского-Боумена

В) проксимальный извитой каналец

Г) дистальный извитой каналец

107. Основой цилиндров является

А) почечный эпителий

Б) коагулировавший белок

В) лейкоциты

Г) эритроциты

108. Цилиндрурия характерна для

А) уретрита

Б) обтурационной желтухи

В) гемолитической желтухи

Г) хронической почечной недостаточности

109. Обнаружение восковидных цилиндров указывает на

А) неправильный сбор мочи

Б) цистит

В) простатит

Г) хронический нефрит

110. Цилиндроиды – это

А) белковые слепки канальцев почек

Б) белковые слепки мочеточников

В) слизистые образования

Г) нити гриба рода Candida

111. Локализацию воспалительного процесса в мочевыделительной системе позволяет уточнить обнаружение

А) лейкоцитов в повышенном количестве

Б) слизи

В) бактерий

Г) эпителия

112. При исследовании осадка мочи методом ориентировочной микроскопии в норме эритроциты можно обнаружить

А) до 10 в препарате

Б) 1-2 в препарате

В) 1-2 в поле зрения

Г) 5-6 в поле зрения

113. Для исследования осадка мочи по методу Нечипоренко мочу собирают

А) в течение двенадцати часов

Б) в течение суток

В) в течение трёх часов

Г) однократно (среднюю порцию утреннего мочеиспускания)

114. В норме количество эритроцитов в 1 мл мочи, при исследовании по методу Нечипоренко не должно превышать

А) 1000 /мл

Б) 2000 /мл
В) 4000 /мл
Г) 12 000 /мл

115. Камера Горяева имеет объем
А) 9 мкл
Б) 0,9 мкл
В) 0,9 мл
Г) 3,2 мкл

116. Жировые элементы в моче обнаруживаются при
А) нефротическом синдроме
Б) остром гломерулонефрите
В) мочекаменной болезни
Г) цистите

117. Укажите патологический показатель мочи:
А) количество в утренней порции 130 мл
Б) нейтральная pH
В) белок 0,2 г/л
Г) относительная плотность 1015

118. Выберите нормальный показатель мочи:
А) глюкоза 0,2 г/л
Б) относительная плотность 1032
В) реакция резко-кислая
Г) прозрачность полная

119. Выберите патологический показатель ориентировочной микроскопии осадка мочи
А) лейкоциты 3-4 в п/зр
Б) эритроциты 1-2 в п/зр
В) переходный эпителий единично в препарате
Г) все перечисленное

120. Диагностические полоски позволяют определить в моче
А) точную концентрацию того или иного вещества
Б) приблизительную концентрацию того или иного вещества
В) не позволяют судить о концентрации веществ в моче
Г) нет верного ответа

121. Для выявления бактериурии применяются диагностические полоски
А) "OSMOPHAN "
Б) "NITRIPHAN "
В) "HEMOPHAN "
Г) "BILIPHAN "

122. Полифункциональными являются диагностические полоски
А) "OSMOPHAN "
Б) "GLUKOPHAN "
В) "DEKAPHAN "
Г) "UBGPHAN "

123. Функциональным методом исследования деятельности почек является
А) проба Эрлиха
Б) проба Фуше
В) проба Зимницкого
Г) проба Нечипоренко

124. При проведении пробы Зимницкого необходимо определить
А) концентрацию глюкозы в исследуемой моче
Б) концентрацию креатинина в исследуемой моче

В) объём и прозрачность исследуемой мочи
Г) объём и относительную плотность исследуемой мочи

125. Расчетными величинами при проведении пробы по Зимницкому являются
А) плотность мочи
Б) pH мочи
В) количество порций мочи
Г) дневной, ночной и суточный диурез

126. Проба Зимницкого позволяет выявить
А) протеинурию
Б) изостенурию
В) микрогематурию
Г) бактериурию

127. О хорошей концентрационной способности почек при проведении пробы по Зимницкому свидетельствует
А) плотность более 1,030
Б) плотность хотя бы в одной порции в пределах 1,020-1,025
В) плотность в пределах 1,008-1,012
Г) одинаковая плотность во всех порциях

128. Изостенурия наиболее характерна для
А) хронической почечной недостаточности
Б) острой почечной недостаточности
В) гемолитической желтухи
Г) нефротического синдрома

129. О хронической почечной недостаточности свидетельствует следующий результат пробы Зимницкого
А) полиурия
Б) никтурия
В) изостенурия
Г) всё перечисленное верно

130. Гипоацидное состояние - это
А) уменьшение концентрации пепсина в секрете желудка
Б) уменьшение концентрации соляной кислоты в секрете желудка
В) увеличение концентрации молочной кислоты в секрете желудка
Г) увеличение концентрации кислотного остатка в секрете желудка

131. Гиперацидное состояние характерно для
А) гастрита с пониженной секрецией
Б) атрофического гастрита
В) гастрита с повышенной секрецией
Г) рака желудка

132. Кислотная продукция соляной кислоты снижена при
А) гиперацидном гастрите
Б) гипоацидном гастрите
В) рефлюкс-эзофагите
Г) язвенной болезни желудка, сопровождающейся повышенной секрецией соляной кислоты

133. Пепсин - это
А) фермент, расщепляющий углеводы
Б) фермент, расщепляющий белки
В) фермент, расщепляющий жиры
Г) витамин, присутствующий в мясной пище

134. Фермент поджелудочной железы, расщепляющий углеводы
А) трипсин
Б) липаза

В) амилаза
Г) все перечисленное
135. Креаторея – это присутствие в кале
А) жира
Б) крахмала
В) исчерченных мышечных волокон
Г) неперевaримой клетчатки
136. Амилорея – это присутствие в кале
А) жира
Б) крахмала
В) белка
Г) неперевaримой клетчатки
137. В клинический анализ кала входит
А) определение билирубина
Б) определение стеркобилина
В) определение макроскопических свойств
Г) определение скрытой крови
138. Хорошо переваренные мышечные волокна при микроскопии кала обнаруживаются в виде
А) прямоугольных образований с поперечной исчерченностью
Б) прямоугольных образований с продольной исчерченностью
В) округлых или овальных образований без исчерченности
Г) всё перечисленное верно
139. В норме при микроскопии кала встречаются элементы переваривания белков:
А) переваримая клетчатка в небольшом количестве
Б) переваренные мышечные волокна в небольшом количестве
В) непереваренные мышечные волокна в небольшом количестве
Г) большое количество соединительной ткани
140. При нарушении желудочного переваривания в микропрепаратах кала обнаруживают значительное количество
А) крахмала
Б) непереваренных мышечных волокон
В) переваримой клетчатки
Г) нейтрального жира
141. Для обнаружения нейтрального жира в кале используют
А) раствор хлорида железа (III)
Б) глицерин
В) раствор Люголя
Г) раствор метиленового синего
142. Стеаторея характерна для
А) нарушения переваривания в желудке
Б) хронического панкреатита
В) недостаточности переваривания в толстом кишечнике
Г) замедленной эвакуации из толстого кишечника
143. Для обнаружения крахмала в кале используют реактивы
А) раствор Люголя
Б) раствор судана III в уксусной кислоте
В) раствор ацетата цинка
Г) глицерин
144. Неперевaримая клетчатка обнаруживается в кале
А) только в норме

Б) только при патологии
В) в норме - в небольшом количестве, при патологии - в значительном
Г) в любом количестве, как в норме, так и при патологии

145. Элементами, встречающимися только при микроскопии патологического кала, являются
А) хорошо переваренные мышечные волокна
Б) непереваренные мышечные волокна
В) мыла
Г) неперевариваемая клетчатка

146. В норме при микроскопии кала могут встретиться
А) переваренные мышечные волокна
Б) неперевариваемая клетчатка
В) детрит
Г) всё перечисленное верно

147. Для обнаружения в кале стеркобилина проводят
А) амидопириновую пробу
Б) пробу Фуше
В) пробу с уксуснокислым цинком
Г) пробу Флоранса

148. Причиной отсутствия стеркобилина в кале является
А) недостаточность желудочного переваривания
Б) длительное пребывание кала в толстом кишечнике
В) нарушение поступления желчи в 12-перстную кишку
Г) усиленная перистальтика тонкого кишечника

149. Причиной появления билирубина в кале является
А) нарушение поступления желчи в 12-перстную кишку
Б) хронический панкреатит
В) гастрит с повышенной секрецией
Г) усиленная перистальтика тонкого кишечника

150. Обнаружение скрытой крови в кале свидетельствует о
А) хроническом панкреатите
Б) язвенных поражениях в ЖКТ
В) недостаточном желчеобразовании
Г) недостаточности желудочного переваривания

151. При кровотечении из верхнего отдела ЖКТ цвет кала
А) чёрный
Б) красный
В) жёлтый
Г) коричневый

152. При патологических процессах в ЖКТ в микропрепаратах кала появляется
А) йодофильная флора
Б) детрит
В) неперевариваемая клетчатка
Г) живая флора

153. В норме при микроскопии кала встречаются элементы переваривания жиров
А) капли нейтрального жира в небольшом количестве
Б) кристаллы трипельфосфатов в небольшом количестве
В) иголки жирных кислот в значительном количестве
Г) глыбки мыл в небольшом количестве

154. Для обогащения кала при гельминтологическом исследовании используется метод
А) Михаэлиса

Б) Калантарян
В) Тепфера
Г) Туголукова

155. Испражнения пациента для копрологического исследования хранят при
А) комнатной температуре
Б) -10^0С
В) +3 - +5 ^{0} С
Г) температурный режим не имеет значения

156. Для обнаружения простейших и их цист в кале исследуют
А) препарат с метиленовым синим
Б) препарат с раствором Люголя
В) препарат с нагреванием и уксусной кислотой
Г) все перечисленное

157. При окраске эмульсии кала раствором Люголя
А) нейтральные жиры окрашиваются в темно-фиолетовый цвет
Б) капли жирных кислот окрашиваются в синий цвет
В) нерасщепленный крахмал окрашивается в черно-фиолетовый цвет
Г) йодофильная флора окрашивается в красный цвет

158. Неокрашенные капли в препарате кала с метиленовым синим – это
А) жирные кислоты
Б) зерна крахмала
В) клетки переваримой клетчатки
Г) нейтральный жир

159. Для дифференцировки кристаллов жирных кислот и мыл при микроскопии используют препарат
А) нативный
Б) с нагреванием
В) с раствором Люголя
Г) с глицерином

160. Препарат с глицерином позволяет обнаружить
А) глыбки мыл
Б) расщепленный крахмал
В) яйца гельминтов
Г) нейтральный жир

161. При аллергических поражениях нижних отделов кишечника в кале обнаруживаются
А) кристаллы оксалатов
Б) кристаллы билирубина
В) кристаллы Шарко-Лейдена
Г) исчерченные мышечные волокна

162. Элементы в виде тяжей с поперечной исчерченностью в микроскопической картине кала – это
А) переваренные мышечные волокна
Б) непереваренные мышечные волокна
В) соединительная ткань
Г) неперевариваемая клетчатка

163. Причиной появления в кале непереваренных мышечных волокон может стать
А) недостаток амилазы слюны
Б) недостаток липазы желудочного сока
В) недостаток соляной кислоты
Г) атония толстого кишечника

164. Крахмал в кале можно увидеть

А) в норме
Б) при недостаточности липазы поджелудочной железы
В) при недостаточности сахараз поджелудочной железы
Г) при гниении белков в толстом кишечнике

165. Эритроциты появляются в кале при
А) кровотечениях в желудке и 12-перстной кишке
Б) кровотечениях в толстом кишечнике
В) гемолитических состояниях
Г) ускоренной перистальтике

166. Соединительная ткань в норме может обнаруживаться при употреблении в пищу большого количества
А) картофеля, фасоли
Б) молочных продуктов
В) крепкого чая, кофе
Г) твердых колбас

167. Причиной увеличения в кале количества неперевариваемой клетчатки может стать
А) употребление в пищу мясных продуктов
Б) употребление крепких спиртных напитков
В) большое количество растительной пищи в рационе
Г) голодание

168. Эозинофилы в кале характерны для
А) гемолитических состояний
Б) механической желтухи
В) гельминтозов
Г) нормы

169. Стволовые кроветворные клетки обладают способностью к
А) пролиферации
Б) самоподдержанию
В) дифференцировке
Г) всё перечисленное верно

170. Для кроветворных клеток III класса характерно свойство
А) олигопотентности
Б) полипотентности
В) монопотености
Г) бипотентности

171. В периферической крови в норме присутствуют
А) только зрелые клетки
Б) молодые, созревающие и зрелые клетки
В) зрелые клетки и небольшое количество созревающих клеток
Г) зрелые клетки и небольшое количество унипотентных клеток-предшественниц

172. В норме в крови присутствуют следующие представители V класса эритроцитарного ростка
А) проэритрокариоциты
Б) эритрокариоциты полихроматофильные
В) эритрокариоциты оксифильные
Г) ретикулоциты

173. В норме в крови присутствуют следующие представители V класса гранулоцитарного ростка
А) промиелоциты
Б) миелоциты нейтрофильные
В) палочкоядерные нейтрофилы

Г) метамиелоциты нейтрофильные

174. Кровь для проведения общеклинического анализа берут у пациента

А) до приема пищи

Б) после приема пищи

В) после физической нагрузки

Г) после приема лекарственных препаратов

175. На результаты общеклинического анализа крови влияет

А) время суток

Б) прием лекарственных препаратов

В) физическая нагрузка

Г) все перечисленное верно

176. В крови здорового взрослого человека преобладает

А) гемоглобин А (Нв А)

Б) гемоглобин F (Нв F)

В) гемоглобин S (Нв S)

Г) гемоглобин Р (Нв Р)

177. Молекула глобина в гемоглобине А состоит из

А) двух полипептидных цепей α и одной полипептидной цепи β

Б) двух полипептидных цепей α и одной полипептидной цепи γ

В) двух полипептидных цепей α и двух полипептидных цепей β

Г) двух полипептидных цепей α и двух полипептидных цепей δ

178. Гемиглобинцианидный метод даёт возможность определить

А) концентрацию гемоглобина А

Б) концентрацию гемоглобина F

В) концентрацию гемоглобина A_{1c}

Г) суммарную концентрацию всех фракций гемоглобина

179. В крови плода и новорождённого преобладает

А) гемоглобин А (Нв А)

Б) гемоглобин S (Нв S)

В) гемоглобин F (Нв F)

Г) гемоглобин G (Нв G)

180. Высокая концентрация гемоглобина F обнаруживается в крови пациентов с

А) железодефицитной анемией

Б) эритремией

В) гемофилией

Г) талассемией

Вопросы к зачету

1. Электрокардиографические нормативы. Нарушение проведения возбуждения (блокады сердца)
2. Аритмии. Эктопические нарушения ритма
3. Суправентрикулярные и желудочковые нарушения ритма.
4. Пароксизмальные желудочковые тахикардии и фибрилляция желудочков.
5. Гипертрофии и перегрузки миокарда.
6. Изменения ЭКГ при инфаркте миокарда с зубцом Q, стадии развития.
7. Суточное мониторирование АД, ЭКГ,ЭХОКГ.
8. Современные возможности холтеровского мониторирования ЭКГ. Показания. Интерпретация полученных результатов.
9. Эхокардиографическая оценка камер и структур сердца. Эхокардиография при заболеваниях сердца.
10. ЭхоКГ изменения при хронической ИБС инфаркте миокарда.
11. Современные методы функциональной диагностики внешнего дыхания.
12. Клинические и функциональные особенности различных типов нарушения дыхания. Бронхоскопия.
13. Зондирование желудка. Оценка секреторной и кислотообразующей функций желудка.
14. Беззондовое исследование желудочной секреции.
15. Рентгеноскопия желудка.
16. Дуоденальное зондирование.
17. Ультразвуковая эхографияю Клиническое значение методов. Современные возможности. Показания. Противопоказания.
18. Получение биоматериала и подготовка препаратов для цитологического, иммунологического, гематологического, биохимического, генетического исследований.
19. Исследования при заболеваниях легких. Цитологические исследования мокроты, смывов трахеи и бронхов.
20. Лабораторные методы исследования функции ЖКТ.
21. Исследование желудочного и дуоденального содержимого.
22. Лабораторные исследования функции печени.
23. Исследования при заболеваниях мочевыделительной системы.
24. Исследования при заболеваниях половых органов.
25. Исследования заболеваний ЦНС.
26. Исследования экссудатов и транссудатов.
27. Основные методы исследования состава биологических жидкостей.
28. Методы исследования белков и аминокислот, углеводов, липидов, гормонов, минеральных веществ, некоторых показателей обмена желчных пигментов и порфинов, определения pH крови.
29. Методы исследования показателей газового состава и кислотно–основного состояния.
30. Методы исследования системы гемостаза.
31. Свертывающая система крови: сосудисто–тромбоцитарный гемостаз и коагуляционный гемостаз, методы оценки.
32. Диагностика онкозаболеваний.
33. Лабораторные методы иммунологических исследований.
34. Методы аллергодиагностики (определение IgE, общего и специфического, реакция лейколиза, тест альтерации нейтрофилов, тест дегрануляции базофилов и т.п.).
35. Лабораторная диагностика заболеваний урогенитального тракта: гонорея, трихомониаза.
36. Лабораторная диагностика дерматомикозов (эпидермофития, трихофития, микроспория, фавус).