

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Трансфузиология» (II категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/transfuziolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Трансфузиология» (1500 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/transfuziologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Гематология» (2500 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/gematologiya/>

Дифференцировку эритрона обеспечивает фактор роста кроветворных клеток:

ЕРО

Г-КСФ

М-КСФ

ИФ-гамма

ТНФ

Чтобы восстановить кроветворение в костном мозге летально облученного человека, необходимо ввести ему внутривенно клетки костного мозга донора из расчета на 1 кг массы тела:

Д. 108 клеток

А. 104 клеток

Б. 105 клеток

В. 106 клеток

Г. 107 клеток

Следует отказаться от индивидуального подбора компонентов крови больным:

Женщинам, родившим детей с гемолитической болезнью новорожденного;

Имеющим аллоиммунные антитела к антигенам тромбоцитов;

Имеющим высокую концентрацию антител к условно патогенным бактериям;

Имеющим в анамнезе указание на посттрансфузионные осложнения;

Которым предстоят многократные трансфузии.

Абсолютно обязательным является проведение проб на индивидуальную совместимость и биологической пробы до начала переливания следующих эритроцитсодержащих компонентов крови:

Во всех без исключения случаях

ЭМ 0(I) реципиенту A(II)

ЭМ 0(I) реципиенту B(III)

ЭМ 0(I) реципиенту AB(IV)

ЭМ резус отрицательной одногруппной реципиенту резус положительному

Реципиенту с AB (IV) группой (независимо от его резус принадлежности) разрешено перелить по витальным показаниям эритроцитную массу (ЭМ):

ЭМ A(II), B(III); резус отрицательную

ЭМ 0(I); резус-отрицательную

B (III) резус отрицательную

ЭМ 0(I); резус-положительную

ЭМ A(II), B(III); резус положительную

Реципиенту при отсутствии одногруппной свежемороженой плазмы можно перелить донорскую СЗП группы крови:

AB (IV)

0(I)

B (III)

A(II)

резус отрицательную

Плановая, индивидуальная, целенаправленная заготовка компонентов крови для пациента должна отвечать требованию:

Донор и реципиент могут совпадать по системе ABO

Донор и реципиент должны совпадать по системам антигенов ABO и Rh0 (D)

Донор должен быть 0(1)группы и резус отрицательным

Реципиенту AB(IV) группы и резус положительному можно переливать без риска все компоненты крови

Реципиенту AB(IV) группы и резус положительному нельзя переливать компоненты крови B(III) группы

Организации донорства крови и её компонентов имеют право выдавать в ЛПУ:

Все виды плазмы от Kell+ донора

Kell + отмытые эритроциты

Kell + фильтрованные эритроциты

Kell+ облученные эритроциты

Все виды Kell+ эритроцитов, полученных методом двойного цитафереза

Во избежании развития пассивного иммунного гемолиза следует воздержаться от использования свежемороженой плазмы группы 0 (I) у следующих пациентов:

Детей с группой 0 (I)

Родильниц с группой O (I)
Новорожденных с группой O (I)
Новорожденных и детей не группы O (I)
Рожениц с группой O (I)

Для снижения риска гемолиза у реципиента плазмы целесообразно тестировать высокотитражные антитела в донорской СЗП к антигенам эритроцитов:

Gerbich
AB
MNS
Lewis
LW

Острое поражение легких, связанное с трансфузиями, в основном ассоциируют:

С примесью гранулоцитов
С примесью анти-HLA антител
С примесью гемагглютининов
С примесью активированных тромбоцитов
С примесью лимфоцитов

У взрослого здорового человека на ангиотрофическую функцию расходуется ежедневно:

36000 - 45000 тромбоцитов/ мл крови
46000 - 55000 тромбоцитов/ мл крови
20000 - 25000 тромбоцитов/ мл крови
26000 - 35000 тромбоцитов/ мл крови
56000 - 65000 тромбоцитов/ мл крови

Период полураспада перелитого фактора VIII в крови реципиента:

5-7 часов
13-15 часов
2-4 часа
8-12 часов
16-20 часов

Безопасность трансфузии можно гарантировать, если переливать реципиенту:

Свежезаготовленную кровь от 5 доноров
Компонент крови, заготовленный от одного донора
«теплую кровь» от 3 доноров
Компонент крови, заготовленный от 3-5 доноров
Иммунную плазму, заготовленную от 10 вакцинированных доноров

Свежезамороженная плазма, приготовленная из доз цельной крови или полученная методом афереза, должна быть терапевтически эквивалентна по показателю:

Дезинтоксикационного действия
Иммунобиологической активности
Гемостатического действия
Содержания питательных веществ
Газотранспортной функции

Достоверно более выраженный иммунокорригирующий эффект, из перечисленных методов экстракорпоральной гемокоррекции, вызывает метод:

Плазмаферез
Ультрафильтрация
Гемосорбция
Гемоксигенация
Гемофильтрация

Терапевтический эффект плазмафереза основан на механизме воздействия в экстракорпоральном контуре, связанным с:

Фильтрацией
Дренированием
Седиментацией
Элиминацией
Деплазмированием

Риск заражения пациента после обработки плазмы методом «растворитель-детергент» сохраняется следующими известными инфекциями:

ВИЧ 1/2
ВГА и парвовирусом В19
ВГС
ВГВ
Малярией

Назначению больным многократных трансфузий СЗП должно предшествовать:

Иммуноглобулинопрофилактика против цитомегаловируса
Определение дефицита иммуноглобулина А;
Вакцинация против вирусов гепатита А и В
Определение антител к белкам сыворотки крови человека;
Иммуноглобулинотерапия против парвовируса В19

У новорожденных, в силу физиологических причин, на низком уровне находится фактор свертывания крови:

V
II, VII, X
XIII
I
VIII

Детям в возрасте до 4 мес. с тяжелой сердечно-легочной патологией при оперативном лечении необходимо поддерживать уровень гематокрита выше:

- 20%
- 25%
- 15%
- 30%
- 40%

Детям в возрасте до 4 мес. с умеренно выраженной сердечно-легочной патологией необходимо поддерживать уровень гематокрита выше:

- 40%
- 15%
- 20%
- 25%
- 30%

Переливания переносчиков газов крови детям старше 4 месяцев показаны при предполагаемой интраоперационной кровопотере более 15% ОЦК и показателях уровня гемоглобина менее:

- 135 г/л
- 155 г/л
- 160 г/л
- 145 г/л
- 130 г/л

Переливания переносчиков газов крови показаны детям старше 4 месяцев при послеоперационной анемии, клинически выраженных признаках анемического синдрома и показателях гемоглобина ниже:

- 90 г/л
- 110 г/л
- 80 г/л
- 140 г/л
- 130 г/л

Переливание переносчиков газов крови показано детям старше 4 месяцев при сопутствующих заболеваниях легких, требующих ИВЛ, и показателях гемоглобина ниже:

- 160 г/л
- 130 г/л
- 155 г/л
- 145 г/л
- 135 г/л

Переливание переносчиков газов крови показано детям старше 4 месяцев и с сопутствующей хронической анемией, обусловленной каким-либо основным

заболеванием, при показателях гемоглобина ниже:

130 г/л

110 г/л

120 г/л

100 г/л

80 г/л

Эритроцитсодержащие трансфузионные среды должны быть перелиты детям с остро развившейся анемией и критическими показателями содержания эритроцитов(Э), гемоглобина (Hb), гематокрита(Ht):

Э. менее $2,3 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 60 г/л; Ht. менее 25%

Э. менее $2,0 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 75 г/л; Ht. менее 20%

Э. менее $2,5 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 80 г/л; Ht. менее 25%

Э. менее $3,0 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 100 г/л; Ht. менее 30%

Э. менее $2,5 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 70 г/л; Ht. менее 15%

Эритроцитсодержащие трансфузионные среды должны быть перелиты детям при тяжелом инфекционном заболевании, если показатели количества эритроцитов (Э), гемоглобина (Hb), гематокрита(Ht) составляют:

Э. менее $3,0 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 100 г/л; Ht. менее 30%

Э. менее $2,5 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 80 г/л; Ht. менее 25%

Э. менее $2,5 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 70 г/л; Ht. менее 15%

Э. менее $2,0 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 75 г/л; Ht. менее 20%

Э. менее $2,3 \times 10^{12}/л$; Hb. менее 60 г/л; Ht. менее 25%

Эритроцитсодержащие трансфузионные среды должны быть перелиты детям при хронической анемии, если она сопровождается тахикардией, тахипноэ и критическими показателями гемоглобина (Hb) и гематокрита(Ht):

Hb. менее 60 г/л; Ht. менее 25%

Hb. менее 80 г/л; Ht. менее 25%

Hb. менее 75 г/л; Ht. менее 20%

Hb. менее 100 г/л; Ht. менее 30%

Hb. менее 70 г/л; Ht. менее 15-18%

Свежезамороженную плазму назначают детям для лечения синдрома ДВС под контролем активности антитромбина III в суточной дозе:

15-20 мл/кг

3-5 мл/кг

10-12 мл/кг

6-9 мл/кг

21-25 мл/кг

В присутствии волчаночного антикоагулянта при проведении метода разбавленного яда гадюки Рассела добавление тромбоцитов или промышленного фосфолипидного реагента:

Увеличивает время свертывания ОБТП

Уменьшает время свертывания обедненной тромбоцитами исследуемой плазмы (ОБТП).

Арвин или рептилаза - ферменты змеиных ядов в присутствии гепарина в плазме:

Изменяют время свертывания

Не изменяют время свертывания

Добавление арвина или рептилазы - ферменты змеиных ядов в присутствии продуктов деградации фибрина, сниженном содержании фибриногена или его дефекте и гипоальбуминемии.

Увеличивают время свертывания.

Уменьшают время свертывания.

ПВ увеличено, АЧТВ нормальное, ТВ нормальное, активность фибриногена в норме, количество тромбоцитов нормальное:

Врожденный или вторичный дефицит VII фактора.

Верно все перечисленное.

Начало терапии пероральными антикоагулянтами.

Нечувствительность некоторых тромбопластинов к волчаночно-подобным антикоагулянтам.

Легкий дефицит II, V или X факторов.

ПВ нормальное, АЧТВ увеличено, ТВ в норме, активность фибриногена в пределах нормы, количество тромбоцитов нормальное

Верно все перечисленное.

Врожденный дефицит или дефект внутреннего пути-дефект VIII, IX, XI или XII факторов, дефицит прекалликреина и высокомолекулярного кининогена.

Легкий дефицит II, V или X факторов.

Болезнь Виллебранда при низком содержании VIII фактора.

Наличие циркулирующих антикоагулянтов (ингибиторов В..

ПВ увеличено, АЧТВ увеличено, ТВ нормальное, активность фибриногена в пределах нормы, количество тромбоцитов нормальное:

Б. Прием пероральных антикоагулянтов.

В. Заболевания печени.

А. Недостаточность витамина К, ПВ увеличено больше, чем АЧТВ.

Д. Верно все перечисленное.

Г. Врожденный или приобретенный дефицит II, V или X факторов, а также комбинация дефицита V и VIII факторов.

ПВ увеличено, АЧТВ увеличено, ТВ увеличено, активность фибриногена в пределах нормы или нарушена, количество тромбоцитов в норме:

Гипо-и дисфибриногенемия.

При некоторых заболеваниях печени.

Присутствие нефракционированного гепарина.

Верно все перечисленное.

Системный гиперфибринолиз с дифференциальной диагностикой с ДВС-синдромом (I фаза).-помогает рептилазное и анкрод-время.

ПВ нормальное, АЧТВ нормальное, ТВ нормальное, активность фибриногена в норме, количество тромбоцитов снижено.

Приобретенная тромбоцитопения (исключить амегакарио- цитарную). и Лекарственного генеза, в том числе гепаринового происхождения тромбоцитопения.

ПВ увеличено, АЧТВ увеличено, ТВ нормальное, активность фибриногена в пределах нормы или нарушена, количество тромбоцитов снижено.

ДВС-синдром, синдром потребления

Массивная гемотрансфузия долго хранившимися отмытыми эритроцитами со сниженным содержанием коагуляционных факторов.

Верно все перечисленное.

Цирроз печени.

ПВ увеличено, АЧТВ увеличено, ТВ увеличено, активность фибриногена снижена, количество тромбоцитов снижено.

Острый ДВС-синдром. и

Острый некроз печени с ДВС-синдромом .

Не сопровождается повышением количества ретикулоцитов в периферической Крови:

Постгеморрагическая анемия

Мегалобластные анемии на фоне лечения

Гемолитическая анемия

Анемия при лучевой болезни

Все ответы правильные

Основную массу ретикулоцитов в периферической крови здорового человека составляют:

Полносетчатые

Ядерные

Пылевидные

Клубкообразные

Неполносетчатые

Среди клеток костно - мозгового пунктата эритробласты составляют в среднем:

От 5 до 10%

От 25 до 30%

От 10 до 20%

От 30 до 40%

Более 40%

Лейко-эритробластический индекс это:

Отношение зрелых форм лейкоцитов ко всем клеткам эритроидного ряда

Отношение всех видов костного мозга ко всем клеткам эритроидного ряда

Отношение незрелых лейкоцитов ко всем клеткам эритроидного ряда

Отношение эритроцитов к лейкоцитам периферической крови

Все ответы правильны

В норме лейко-эритробластический индекс в среднем составляет:

1:1

3:1

1:2

10:1

отношение не нормируется

Увеличение бластов при клеточном или гиперклеточном костном мозге характерно для:

Острого лейкоза

Фолиеводефицитной анемии

Острой кровопотери

Инфекционного мононуклеоза

Всех перечисленных заболеваний

Абсолютное увеличение количества базофилов в периферической крови характерно для:

Лечения эстрогенами

Острых лейкозов

Хронических миелопролиферативных заболеваний

Аллергических состояний

Все перечисленное верно

49. Абсолютный нейтрофилез характерен для:

Хронических бактериальных инфекций

Апластической анемии

Сепсиса

Лечения цитостатиками

Все перечисленное верно

Относительный лимфоцитоз наблюдается при:

Вторичных иммунодефицитах

Хроническом миелолейкозе

Токсоплазмозе

Приеме кортикостероидов
Злокачественных новообразованиях

Абсолютный моноцитоз характерен для:

Заболеваний, вызванных простейшими
Коллагенозов
Бактериальных инфекций
Моноцитарного и миеломоноцитарного лейкозов
Все перечисленное верно

Тромбоцитопения характерна для:

Лучевой болезни
ДВС-синдрома
Краснухи новорожденных
Все перечисленное верно
ВИЧ-инфекции

Плазмциты (2-4%) в периферической крови обнаруживают при:

Вирусных инфекциях
Все перечисленное верно
Состоянии после облучения
Коллагенозах
Новообразованиях

**Клетки Березовского-Штернберга и Ходжкина в лимфоузлах- основные
Диагностические элементы:**

Острого лейкоза
Гистиоцитоза
Лимфогранулематоза
Саркоидоза
Все перечисленное верно

Какие патогенные для человека герпесвирусные инфекции Вы знаете:

CMV и
EBV и
HSV1/2 и
HHV6 и
HHV7 и
HHV8
вирус Коксаки

Чем характеризуются клинические проявления CMV-инфекции:

Гепатомегалия и
Спленомегалия и
Лимфоаденопатия и

Тромбоцитопения и
Сыпь и
Гепатит
Гипотермия

Какие декретированные методы используются для выявления маркеров вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С и возбудителя сифилиса:

Вирусологические
Иммунологические и
Молекулярно-биологические

Какой из перечисленных методов выявления вирусной инфекции наиболее чувствителен:

Иммуноблот
ИФА
ПЦР

Лейкоцитоз, обусловленный появлением бластов, выраженная нормохромная анемия, тромбоцитопения и гиперклеточный костный мозг с большим количеством бластов (60%) характерны для

острого лейкоза

хронического миелолейкоза

хронического лимфолейкоза

лимфогранулематоза

Гиперлейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, умеренная нормохромная анемия, в костном мозге до 70% лимфоцитов характерно для:

Острого лейкоза

Хронического лимфолейкоза

Лимфогранулематоза

Миеломной болезни

Хронического моноцитарного лейкоза

Низкий цветовой показатель характерен для:

Железодефицитной анемии

Свинцовой интоксикации

Всех перечисленных состояний

Для определения варианта острого лейкоза наибольшее значение имеет:

Пунктат костного мозга

Трепанобиопсия подвздошной кости

Мазок периферической крови

Цитохимический метод исследования

Все перечисленное

При исследовании в лаборатории у больного выявлены аллоиммунные антиэритроцитарные антитела. Ему нужно переливать:

Кровь от индивидуально подобранного донора
Резус-отрицательную кровь
Эритроцитную массу 0(I)

Лица с группой крови А2 или А2В:

Могут иметь естественные анти-А1 антитела
Никогда не имеют естественных анти-А1 антител
Всегда имеют естественные анти-А1 антитела Д

. Какой из перечисленных методов выявления вирусной инфекции наиболее специфичен:

ИФА
ПЦР
иммуноблот

При обследовании донора на широкий спектр антител-антигенов HBV обнаружены только анти-hbs-антитела. Интерпретация результатов:

Донор инфицирован вирусом гепатита В
Донор привит

При обследовании донора на широкий спектр антител-антигенов HBV обнаружены анти-hbcore-антитела. Интерпретация результатов:

Донор привит
Донор инфицирован вирусом гепатита В

При обследовании донора на широкий спектр антител-антигенов HBV обнаружены анти-hbe-антитела. Интерпретация результатов:

Донор инфицирован вирусом гепатита В
Донор привит

При обследовании донора на широкий спектр антител-антигенов HBV обнаружен hbe-антиген. Интерпретация результатов:

Б. Донор в активной фазе вирусного гепатита В
А. Донор инфицирован вирусом гепатита В

Какими факторами определяется развитие инфекции в организме пациента после гемотрансфузии:

Артериальным давлением
Температурой окружающей среды
Видом вируса и дозой вирусного агента и
Состояние иммунитета реципиента

Какие вирусы, помимо декретированных, являются опасными для передачи через

кровь:

Вирус гриппа
Вирус Коксаки
Вирус Западного Нила и
Вирус гепатита Е и
Парвовирус В19

Основные принципы донорства крови и ее компонентов:

Безопасность и
Добровольность и
Сохранение здоровья донора и
Соблюдение прав донора и
поощрение и поддержка безвозмездного донорства крови и (или) ее компонентов.
Максимально возможный объем заготавливаемой крови

Как часто возможна заготовка эритроцитарной массы от одного и того же донора:

1 раз в 6 месяцев
Каждые 2 недели
1 раз в 2 месяца
1 раз в месяц

Почему донор должен приходиться на кроводачу натошак:

Из-за невозможности проведения ПЦР-анализа
Из-за опасности посттрансфузионных осложнений
Из-за невозможности проведения серологических реакций

75. За сокрытие каких инфекций донор несет уголовную ответственность:

Брюшной тиф
ВИЧ-инфекция и
Сифилис
Герпесвирусные инфекции

76. Факторы отвода донора от кроводачи:

Плоскостопие
Близорукость
Низкое (высокое. Артериальное давление и
Эпилепсия и
Анемия

. Какие серологические реакции будут отсутствовать у лица, перенесшего сифилис (снятого с учета:

Специфические тесты
Реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (РМП)

Что должно насторожить врача при обследовании донора в плане передачи

гемотрансмиссивных инфекций:

Наличие татуировок и
Следы от внутривенных инъекций и
Пирсинг
Насморк
Высокое давление

В какие организации передаются сведения о выявлении ВИЧ-инфекции у донора:

По месту работы донора
В единый донорский центр
В СПИД-центр
В районный отдел санэпиднадзора
По месту жительства донора

При спиде наиболее пораженными являются следующие элементы крови:

Лимфоциты
Тромбоциты
Эритроциты

Какие ограничения существуют в применении метода ПЦР при диагностике вирусных инфекций:

Гиперлипидемия
Гемолиз и
Наличие гепарина в клиническом материале

Что должна содержать аптечка «АНТИ-СПИД»:

70% этанол и
Спиртовой раствор йода и
Ножницы, перчатки и
Бинт, лейкопластырь, вата
Термометр
Марганцевокислый калий

Какие правила следует соблюдать для доставки крови в лабораторию:

Хранение пробирок с кровью при +4С
Маркировка пробирок и
Использование пробирок в соответствии с проводимым анализом и
Перемешивание крови в пробирке после взятия крови
Хранение пробирок с кровью в морозильной камере

Какие меры необходимо соблюдать при невозможности быстрой доставки крови в лабораторию:

хранение крови при +37С
замораживание крови при -20С
хранение крови при +4С

Какой из методов обработки является максимально надежным для безопасности медицинских отходов:

- Применение хлорсодержащих веществ
- Автоклавирование
- Сжигание
- Захоронение

Что из предложенного ниже является наиболее безопасным в плане передачи вирусных инфекций:

- Концентрат нативной плазмы
- Криопреципитат
- Фактор свертывания VIII и
- Фактор свертывания IX

Основной фактор риска передачи сифилиса гемотрансмиссивным путем:

- Переливание тромбоцитов
- Переливание свежезамороженной плазмы (СЗП)
- Прямое переливание крови

Как следует обеззараживать контейнеры с кровью и ее компонентами:

- Вскрыть контейнер и вылить содержимое в 1% раствор амиксана на 1 час
- Вскрыть контейнер и вылить содержимое в хлорамин Б в соотношении 1:5
- Не вскрывая контейнера, отправить на автоклавирование

К какой группе медицинских отходов относится брак крови по ВИЧ-инфекции, гепатитам В и С:

- В – чрезвычайно эпидемиологически опасные мед.отходы
- Г – токсикологически опасные
- А – мед.отходы, по составу приближенные к твердым бытовым отходам (ТБО)
- Б – эпидемиологически опасные мед.отходы

Стерилизация – это уничтожение:

- Вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов
- Патогенных микроорганизмов
- Микробов на поверхностях

Дезинфекция – это уничтожение:

- Вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов
- Патогенных микроорганизмов
- Микробов на поверхностях

Какие методы необходимы для определения маркеров вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С:

- ПЦР и

ИФА и
Иммунохемилюминисценция
РПГА
Все перечисленные

Отбор образцов донорской крови для определения маркеров вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С и возбудителя сифилиса осуществляется:

Во время донации непосредственно из системы для взятия крови
До донации
После донации

Какие факторы заражения гемотрансмиссивными заболеваниями являются временными противопоказаниями для донорства:

Оперативные вмешательства
Пребывание в загранкомандировках более 2 месяцев
Трансфузии крови, ее компонентов
Все выше перечисленное
Контакт с больными гепатитами А, В и С

Срок отвода от донорства после выздоровления от ангины, гриппа, ОРВИ:

1 год
3 месяца
1 месяц

При исследовании в лаборатории у больного выявлены аллоиммунные антиэритроцитарные антитела. Ему можно переливать:

Кровь от индивидуально подобранного донора
Резус-отрицательную кровь
Эритроцитную массу группы О (I)
Плазму группы Oab

У больного группа крови A2B (IV)a. Правильная тактика врача при переливании крови ввести:

Эритроцитную массу группы АВ (IV)
Цельную кровь группы О (I)ab
Эритроцитную массу группы В (III)
Кровь АВ (IV)

У больного группа крови A2(II)ab, этому больному в экстренном случае можно переливать:

Цельную кровь A(II)b
Эритроцитную массу группы A(II)
Цельную кровь О (I)ab
Эритроцитную массу группы О (I)

Чем обрабатывают локтевые сгибы доноров:

Физиологический раствор
Кожный антисептик
70% спирт
Вода

Как осуществляется бактериологический контроль чистоты рук персонала методом отпечатков на питательных средах:

В перчатках
Без перчаток

103. В каком виде должны передаваться контейнеры с компонентами крови для посева на стерильность, если после их переливания у больного возникла трансфузиологическая реакция:

Все перечисленное
Соблюдение правил сохранения образца при доставке
Использованный мешок вторично стерильно упаковать
Пережать открытое отверстие
Контролировать целостность маркировки мешка

Санитарно-противоэпидемиологический режим означает проведение комплекса:

Профилактики экзогенных интоксикаций
По профилактике внутрибольничных инфекций
Мероприятий, направленных на пропаганду «Здорового образа жизни»

Желтуху гемолитическую от обтурационной на высоте болезни можно дифференцировать с помощью определения:

Фракции билирубина
Количества ретикулоцитов
Сывороточного железа
Аминотрансфераз
Всех перечисленных показателей

С - реактивный белок:

Наибольшее повышение наблюдается при бактериальном воспалении
Присутствует в норме, но при воспалении снижается
Наибольшее повышение наблюдается при вирусном воспалении
Появляется при хроническом воспалении
Исчезает при осложнениях в постоперационном периоде (раневой абсцесс, тромбофлебит, пневмония)

Причиной ДВС-синдрома может быть следующий экзогенный фактор:

Все перечисленное верно
Бактеремия, виремия

Трансфузионные жидкости
Змеиные яды
Сосудистые протезы

Для выявления тромбоцитопении необходимо исследовать:

Фибриноген
Тромбиновое время
Адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов
Количество тромбоцитов
Бета-тромбоглобулин

При гемофилии имеется дефицит факторов:

Плазмы
Тромбоцитов
Лейкоцитов
Эндотелия сосудов
Фибринолиза

Удлинение времени кровотечения характерно для:

Лечение дезагрегантами, аспирином, гепарином
Тромбоцитопении различного генеза
Все перечисленное верно
Тромбоцитопатии
ДВС синдром

Коагулограммой называется:

Исследование агрегационных свойств тромбоцитов
Направление на исследование системы гемостаза
Набор гемокоагулологических тестов, отвечающих на поставленную клиницистом задачу
Определение протромбинового времени
Проведение исследований гемостаза на коагулометре

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:

Образование сгустка
Наклонное положение капилляра в штативе
Неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Все перечисленное
Несоблюдение температурного режима

Для системы комплемента характерно следующее:

Классическая активация обеспечивается комплексом антиген-антитело
Комплемент состоит более чем из 20 иммунологически различных белков
Все перечисленное верно
Компоненты комплемента синтезируются в печени

Активный комплемент способен лизировать вирусы и бактерии

Компонент С4 комплемента повышается при следующих заболеваниях: А. Острый аутоиммунный гломерулонефрит

Д. Наследственный дефицит (возвратные инфекции новорожденных)

Б. Острая фаза воспаления

В. Болезнь иммунных комплексов

Г. Системная красная волчанка

Компонент С3 комплемента повышается в следующих случаях, кроме:

Поражения паренхимы печени

Острая фаза воспаления

Нефротический синдром

Обструкция желчных протоков

Кортикостероидная терапия

Трансфузия дренажной крови, собранная в стерильных условиях при послеоперационном дренировании полостей тела возможна:

После аппаратного отмывания выделенной эритроцитной массы;

После дискретного фракционирования;

Только при использовании специализированного оборудования для сбора крови и материалов;

при нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гемоглобина не должен быть ниже:

80 г/л;

90 г/л;

115 г/л;

120 г/л;

118. при нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гематокрита не должен быть менее:

34%;

39%;

30%;

28%;

119. при гипervолемической гемодилюции поддерживается уровень гематокрита в пределах:

(29 – 30)%;

(21 – 22)%;

(23-25)%;

(26 – 28)%;

Интраоперационная реинфузия излившейся крови, собранной во время операции

из операционной раны и полостей, и реинфузия дренажной крови не проводится:

При ее бактериальном загрязнении; и

При метастатическом раке; и

При сепсисе; и

Гемолизе любого генеза;

Перед трансфузией аутологичной крови и ее компонентов врачом, проводящим трансфузию:

Аутологичная кровь и ее компоненты переливают без проведения пробы на совместимость и биологической пробы

Выполняется только биологическая проба;

Выполняется проба на их совместимость с реципиентом и биологическая проба, как и в случае применения компонентов аллогенной крови.

Методы предоперационная заготовка аутокомпонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов.:

Из дозы, консервированной аутокрови; и

Методом аппаратного непрерывного афереза; и

Методом аппаратного прерывистого афереза;

Предоперационная гемодилюция, непосредственно до операции или начала анестезии предполагает заготовку крови с обязательным восполнением временной кровопотери солевыми и коллоидными растворами с поддержанием нормоволемии или гиперволемии в количестве:

До 3 доз крови

Не более 1 дозы крови;

До 2 доз крови;

1Что нужно, для заражения реципиента через кровь:

Переливание крови или ее компонентов. и

Циркуляция возбудителя в популяции. и

Наличие возбудителя в крови донора. и

Невозможность выявить инфекционный агент у донора имеющимися способами. и

Выживание инфекционного агента в активном состоянии в условиях получения крови и производства компонентов и препаратов. и

Восприимчивый организм.

Что является этапами диагностики инфекционных заболеваний у доноров:

Анкетирование и

Беседа с врачом и

Осмотр и

Лабораторное обследование донора или кандидата в доноры

. Что из ниже перечисленного является основой вирусной безопасности гемотрансфузий:

Селекция доноров и

Тестирование крови доноров на маркеры вирусных инфекций

Гемостатическим потенциалом обладают:

Тромбоциты

Плазма

Все перечисленное

Эритроциты

Эндотелий сосудов

Индуктором агрегации тромбоцитов является:

Аспирин

АДФ

АМФ

Мочевина

Протромбин

Эритроцитоз, вызванный повышенным образованием эритропоэтина, характерен для:

Болезни и синдрома Иценко-Кушинга

Анемий при печеночной недостаточности

Всего перечисленного

Полицитемии

Гипергидратации

Прививка живыми вакцинами является медицинским отводом от донорства сроком на:

10 дней

1 месяц

1 год.

Мужчина 35 лет, длительно страдающий хроническим гломерулонефритом с развитием конечной стадии почечной недостаточности, трижды в неделю получает процедуры гемодиализа. Находится в «листе ожидания» на трансплантацию трупной почки. Поступил в стационар для проведения данной операции. Обязательная трансфузия эритроцитов, обедненных лейкоцитами, показана больному при исходном уровне гемоглобина:

Менее 60г/л

Менее 45 г/л

Менее 80г/л

Менее 70 г/л

У больной острым лейкозом (масса тела 63кг, рост 172см) после окончания курса химиотерапии (4-й день) температура тела 38,2°C, Нв 87 г/л, лейкоциты 0,8x10⁹/л, тромбоциты 17x10⁹/л. Имеется кровоточивость дёсен, мелкоточечные кровоизлияния на коже груди и живота. При повторном переливании одноклеточного полидонорского концентрата тромбоцитов в количестве 280x10⁹ /л прироста количества тромбоцитов не получено, спонтанная кровоточивость не уменьшилась. Причина неэффективной трансфузии:

Развитие иммунологической рефрактерности и
Малое количество перелитых тромбоцитов
Наличие гипертермии
Развитие реакции трансплантат против хозяина

У женщины 40 лет (масса тела 58кг, рост 154см), поступившей в сопорозном состоянии, обнаружена анемия 76г/л, тромбоцитопения 52x10⁹/л, лихорадка 38,7°C, олигоурия, креатине плазмы 1,6мг%, азот мочевины 30мг%, в мазке периферической крови – шизоцитоз, ретикулоцитоз, в биохимическом анализе крови – повышение лактатдегидрогеназы (ЛДГ. и непрямого билирубина. Поставлен диагноз тромботической тромбоцитопенической пурпуры и начато экстренное проведение лечебного плазмафереза. Выберите оптимальную тактику проведения ЛПФ

Ежедневно удаляют плазму в объёме не более 500 мл с восполнением физиологическим раствором
Ежедневно удаляют один объём ОЦП с восполнением 10% раствором альбумина и физиологическим раствором
Через день удаляют плазму в объёме до 1000 мл с восполнением 20% раствором альбумина
Ежедневно удаляют 1 объём циркулирующей плазмы (ОЦП) с восполнением СЗП и криопреципитатом до увеличения количества тромбоцитов > 150x10⁹/л

У больного 68 лет в послеоперационном периоде (операция гастрэктомия по поводу рака желудка. во время переливания СЗП развилась реакция - тахипноэ до 36 в мин, тахикардия до 112 в мин, повышение температуры тела до 38,6°C, снижение АД до 90/50 мм рт.ст. На срочно проведенной R-графии органов грудной клетки – облаковидное затемнение обоих лёгких без признаков кардиомегалии. насыщение крови кислородом при дыхании воздухом (сатурация –SaO₂) 85%.

Диагноз:

Септический шок
Острая дыхательная недостаточность вследствие пневмонии
Острое трансфузионно обусловленное поражение лёгких
Циркуляторная перегрузка

Женщина (18 лет, масса тела 64кг. доставлена в приёмный покой бригадой скорой помощи. АД 80/50 мм рт. ст., пульс 120 в мин, резкая бледность кожных покровов,

была однократная рвота. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – наличие жидкости в брюшной полости. Hb 85г/л, лейкоциты 11x10⁹/л, тромбоциты 180x10⁹/л. Предварительный диагноз – нарушенная внематочная беременность – подтвердился на срочной лапаротомии – в брюшной полости до 1400мл крови без сгустков. Для восполнения кровопотери необходимо перелить: 1000 мл физиологического раствора и 1000 мл раствора гидрооксиэтилкрахмала Не менее 3000 мл физиологического раствора Провести аутогемотрансфузию излившейся в брюшную полость крови Перелить 500 мл одноклассовых эритроцитов, обедненных лейкоцитами и 1000 мл физиологического раствора

У пациента (81 год, масса тела 72кг. в первые сутки после эндопротезирования тазобедренного сустава (кровопотеря -1700мл) спустя 3 часа после переливания 2-х доз эритроцитарной массы появилась сильная головная боль, одышка, сухой кашель, стремление сесть в постели из-за нехватки воздуха. АД 180/90 мм рт. ст. Акроцианоз. На срочно выполненной R-графии грудной клетки – гипертрофия левого желудочка и кардиомегалия, проявления интерстициального и альвеолярного отёка. **Диагноз:**

Острое трансфузионно - обусловленное повреждение лёгких
Острая циркуляторная перегрузка
Острый гемолитический криз вследствие переливания несовместимых по АВ0 эритроцитов
Анафилактический шок

Беременной женщине 28 лет выполнено по витальным показаниям (угроза внутриутробной гибели плода в связи со слабой сократительной способностью матки) кесарево сечение. Кровопотеря 1200 мл. После операции Hb 80г/л, тромбоциты 120x10⁹/л, гемодинамика стабильна, диурез адекватный. Во время операции перелито 500 мл физиологического раствора, 500 мл свежезамороженной плазмы. В первые послеоперационные сутки родильнице необходимо перелить:

500мл СЗП и 500 мл одноклассовых эритроцитов, обедненных лейкоцитами.
250 мл одноклассовых эритроцитов, обедненных лейкоцитами и 500 мл физиологического раствора;
1000 мл раствора гидрооксиэтилкрахмала и 500 мл физиологического раствора;
500 мл одноклассовой крови консервированной, 1000 мл физиологического Раствора;

Больная 42 лет страдает апластической анемией и готовится к плановой спленэктомии. Hb 63г/л, эритроциты 2,2x10¹²/л, тромбоциты 38x10⁹/л. При подготовке к операции трансфузия эритроцитарной массы, подобранной по фенотипу, осложнилась негемолитической фебрильной реакцией. Необходимо: Переливать одноклассовые эритроциты, обедненные лейкоцитами Переливать отмые эритроциты Назначить препараты железа

Переливать одногруппные эритроциты, обедненные лейкоцитами во время операции под наркозом

Мужчина 19 лет после автокатастрофы доставлен в приёмное отделение с картиной травматического геморрагического шока. Экстренно оперирован по поводу разрыва селезёнки, травмы печени, перелома костей таза и бедра слева. После операции проводится продлённая ИВЛ, парэнтеральное питание. На третий день – двусторонняя пневмония, олигоурия. В крови – Hb 78г/л, лейкоциты 27×10^9 /л, сдвиг влево до промиелоцитов, альбумин 27г/л, тромбоциты 43×10^9 /л. В коагулограмме – гипокоагуляция (протромбин 45%, фибриноген 1г/л). Диагноз, назначения:

Невосполненная кровопотеря. Переливать ежедневно по 500 мл эритроцитной массы;

Септический ДВС синдром. Необходимо переливание СЗП не менее 1000 мл ежедневно, переливание эритроцитов 250 мл через 1-2 дня, переливание 10% р-ра альбумина-200 мл, адекватное парэнтеральное питание – не менее 3500 ккал/сутки;

Синдром полиорганной недостаточности, обусловленный генерализованной инфекцией. Продолжать ИВЛ и парэнтеральное питание, провести гемофильтрацию или гемосорбцию;

Синдром ДВС. Провести прямое переливание 500 мл крови, консервированной свежезаготовленной.

Больной 67 лет страдает хроническим миелолейкозом – число лейкоцитов 267×10^9 /л, из них 45% - бласты. План трансфузионной терапии:

Провести лейкоферез до снижения количества лейкоцитов менее 100×10^9 /л;

Проводить детоксикационную терапию на фоне химиотерапии бластного криза;

Перелить больному раствор гидрооксиэтилкрахмала и затем провести терапевтический лейкоферез до снижения числа лейкоцитов ниже 100×10^9 /л

Провести плазмаобмен 2-3 раза в неделю;

Экспузионист после заполнения контейнера кровью донора должен выполнить следующие действия:

А. 1, 2, 3

Б. 1 и 3

В. 2 и 4

Г. 4

Д. 1,2,3,4

Кровоостанавливающий зажим с донорской трубки; наполнить кровью пробирки-спутники;

Герметизировать контейнер с кровью и пережать кровоостанавливающим зажимом донорскую трубку рядом с участком герметизации со стороны иглы и пересечь трубку ножницами;

3. Извлечь иглу из вены донора, наложить на локтевой сгиб стерильную давящую повязку и герметизировать оставшуюся часть донорской трубки; и

4. Поместить маркированный контейнер с кровью в упаковочный пакет и расположить в термоконтейнере или в холодильнике и передать заполненную карту донора регистратору.

Снять жгут с руки донора и

В течение первых суток лабораторная апробация донорской крови должна предусматривать:

А. 1, 2, 3

Б. 1 и 3

В. 2 и 4

Г. 4

Д. 1,2,3,4

Исследование маркеров инфицирования вирусом Т-клеточного лейкоза человека; Исследование маркеров инфицирования ВИЧ 1,2; вирусами гепатита В и С; реакция на сифилис; и

Определение группы крови по системе А,В,О и по системе Резус;

Исследование маркеров инфицирования вирусом гепатита А и бактериологическое исследование

Для быстрого замораживания плазмы с целью получения компонента «Плазма свежемороженая» разрешено использовать оборудование:

1. Аппарат для лиофильной сушки плазмы при минус 45°С и ниже (спиртовая ванна, концентрация этилового спирта 90% и более.

2. Медицинский замораживатель вентилируемый, замораживающий при минус 65°С и ниже;

3. Медицинский быстрозамораживатель;

4. Испаритель медицинского холодильника

А. 1, 2, 3

Б. 1 и 3

В. 2 и 4

Г. 4

Д. 1,2,3,4

Аппарат для лиофильной сушки плазмы при минус 45°С и ниже (спиртовая ванна, концентрация этилового спирта 90% и более.

Медицинский замораживатель вентилируемый, замораживающий при минус 65°С и ниже;

Медицинский быстрозамораживатель;

Испаритель медицинского холодильника

Для приготовления компонента «Плазма свежемороженая» разрешено использовать следующие источники:

А. 1, 2, 3

Б. 1 и 3

В. 2 и 4

Г. 4

Д. 1,2,3,4

Обогащенная тромбоцитами плазма, хранившаяся не более 24 часов;

Консервированная кровь донора, хранившаяся не более 6 часов;

Зконсервированная кровь донора, охлажденная в течение 1 часа до +20°C и хранившаяся не более 24 часов;

Плазма, полученная при «жестком» дополнительном центрифугировании эритроцитарной массы, хранившаяся не более 4 часов.

Особенности профилактического переливания донорских тромбоцитов

Б. Тромбоциты

Соотнесите с показаниями

Гепатомегалия;

Хроническая почечная недостаточность;

Профилактика геморрагий у больных острыми лейкозами;

Сепсис у больных на фоне агранулоцитоза;

Сепсис у больных на фоне синдрома ДВС;

Механизмы свертывающей системы

А. Внутренний механизм свертывающей системы

Б. Внешний механизм свертывающей системы

Фактор VII и

Фактор X и

Протромбин и

Фактор Хагемана и

Высокомолекулярный кининоген

Тканевой тромбопластин

Фактор IX

Терапия нарушений гемостаза

А. Контроль диссеминированного внутрисосудистого свертывания

Б. Контроль лечения гепарином

Темп повышения АЧТВ

Уровень антитромбина III; и

Уровень физиологических антикоагулянтов при использовании гепарина и
Состояние системы фибринолиза и
Агрегация тромбоцитов
Концентрация продуктов паракоагуляции
8. Фактор VIII

Гемостаз

А. Антикоагулянты

Б. Фибринолитики

Плазминоген
Тканевой активатор плазминогена и
Урокиназа и
Ингибитор тканевого пути свертывания и
Плазменный антитромбин
Тромбомодулин

Гемостаз

А. Конечный этап свертывания крови

Б. Нормальный гемостаз

Определение уровня фибриногена
Этаноловый тест
АЧТВ
Протромбиновый индекс и
Тромбиновое время и
Агрегация тромбоцитов и
Определение уровня XIII фактора

Особенности переливания тромбоцитного концентрата при отсутствии гемостатического эффекта

А. Взрослые

Б. Новорожденные

Специальный подбор пары «донор-реципиент по антигенам системы Резус»; и

Специальный подбор пары “донор-реципиент” по тромбоцитарным антигенам и антигенам системы HLA; и
Поиск иммунных антител в сыворотке матери. и
Переливание тромбоцитов через лейкоцитарные фильтры.
Специальный подбор пары «донор-реципиент» по эритроцитарным антигенам системы ABO;
При гемолитической болезни, вызванной анти-D антителами, переливают только резус-отрицательную среду;
Проведение пробы на совместимость плазмы реципиента с тромбоцитами донора;

Особенности переливания эритроцитов

А. Взрослые

Б. Новорожденные

А. Высокое сродство к кислороду фетального гемоглобина;
Б. Высокий показатель гематокрита 45-60%; и
Г. Особенность показателя ОЦК и
Д. Высокая чувствительность к гиповолемии; и
Е. Повышенный риск развития тканевой аноксии; и
Ж. Исключить сочетание анемии с сердечной недостаточностью;
В. Причина анемии неизвестна;

Особенности переливания тромбоцитного концентрата взрослым

А. Экстренное переливание тромбоцитного концентрата

Б. Плановое переливание тромбоцитного концентрата

Локальные кровотечения в желудочно-кишечный тракт, мочевого пузыря и в полость матки;
Наличие глубокой тромбоцитопении амегакариоцитарной природы без признаков спонтанной кровоточивости;
Профилактика геморрагий у больных острыми лейкозами; и

Сепсис у больных на фоне синдрома ДВС; и
Сепсис у больных на фоне агранулоцитоза; и
Мелкоточечные геморрагии на верхней половине туловища; и
Кровоизлияния в конъюнктиву глаза и на глазном дне

Особенности профилактического переливания компонентов крови

А. Эритроциты

Б. Тромбоциты

Б. Сепсис у больных на фоне агранулоцитоза;
А. Хроническая почечная недостаточность;
В. Гепатомегалия; и
Г. Сепсис у больных на фоне синдрома ДВС; и
Д. Хроническая анемия; и
Е. Профилактика геморрагий у больных острыми лейкозами;

А. Анемии у больных с нормоволемией без продолжающегося кровотечения.

Б. Анемии у больных инфекционными заболеваниями Соотнесите с характерными клиническими признаками

Дисфункция левого желудочка; и
Повышенное разрушение эритроцитов; и
Депонирование (секвестрирование) эритроцитов при тяжелых циркуляторных расстройствах; и
Кровотечения в результате тромбоцитопении, поражениях печени; и
Хронические заболевания легких;
Депрессия кроветворения;
Ишемическая болезнь сердца;

Основными разделами современной трансфузиологии являются:

Изосерология и патогенинактивация;
Общая, производственная и клиническая трансфузиология;
Донорство и заготовка крови в выездных условиях;
Трансфузионно трансмиссивные инфекции;
Коагулология и гемостазиология.

В обязанности врача, ответственного за трансфузионную терапию в терапевтическом отделении стационара, входят:

Организационно-методическое руководство трансфузионной терапией;
Выполнение аллогемотрансфузий; и
Выполнение аутогемотрансфузий;
Определение антиэритроцитарных антител у больных;
Определение контаминации трансфузионно трансмиссивными инфекциями.

Анемия вследствие хронической кровопотери характеризуется:

Гипохромией и микроцитозом
Снижением гематокрита
Уменьшением числа ретикулоцитов.
Нормохромией и нормоцитозом.
Макроцитозом

Какой из перечисленных лабораторных показателей важен для диагностики анемий:

Снижение количества эритроцитов в периферической крови.
Снижение уровня гемоглобина.
Все перечисленное
Снижение гематокрита.
Нарушение морфологии эритроцитов.

Молекула гемоглобина состоит:

Из протопорфирина и железа.
Из гема и глобина
Из порфирина и железа
Из глобина и железа
Из углевода и железа

"ОПАСНЫЙ» донор имеет в сыворотке крови:

Иммунные антитела к антигенам А и В
Антиген А
Антиген В
Антигены АВ
Естественные антитела к антигенам А и В

Причиной ДВС-синдрома может быть следующий экзогенный фактор:

Все перечисленное верно
Бактеремия, вирусемия
Трансфузионные жидкости
Змеиные яды
Сосудистые протезы

Для выявления тромбоцитопении необходимо исследовать:

Тромбиновое время
Адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов
Количество тромбоцитов
Фибриноген
Бета-тромбоглобулин

Удлинение времени кровотечения характерно для:

Все перечисленное верно
Тромбоцитопении различного генеза
Тромбоцитопатии
Лечение дезагрегантами, аспирином, гепарином
ДВС синдром

Коагулограммой называется:

Определение протромбинового времени
Исследование агрегационных свойств тромбоцитов
Направление на исследование системы гемостаза
Набор гемокоагулологических тестов, отвечающих на поставленную клиницистом задачу
Проведение исследований гемостаза на коагулометре

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:

Неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Все перечисленное
Образование сгустка
Наклонное положение капилляра в штативе
Несоблюдение температурного режима

Для системы комплемента характерно следующее:

Компоненты комплемента синтезируются в печени
Классическая активация обеспечивается комплексом антиген-антитело
Комплемент состоит более чем из 20 иммунологически различных белков
Все перечисленное верно
Активный комплемент способен лизировать вирусы и бактерии

Компонент С4 комплемента повышается при следующих заболеваниях:

Болезнь иммунных комплексов
Системная красная волчанка
Острый аутоиммунный гломерулонефрит
Острая фаза воспаления
Наследственный дефицит (возвратные инфекции новорожденных)

Трансфузия дренажной крови, собранная в стерильных условиях при послеоперационном дренировании полостей тела возможна:

После аппаратного отмывания выделенной эритроцитной массы;
После дискретного фракционирования;
Только при использовании специализированного оборудования для сбора крови и материалов;

При нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гемоглобина не должен быть ниже:

90 г/л;

80 г/л;
115 г/л;
120 г/л;

При нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гематокрита не должен быть менее:

39%;
30%;
28%
34%;

Интраоперационная реинфузия излившейся крови, собранной во время операции из операционной раны и полостей, и реинфузия дренажной крови не проводится:

При ее бактериальном загрязнении; и
При метастатическом раке; и
При сепсисе; и
Гемолизе любого генеза;

Перед трансфузией аутологичной крови и ее компонентов врачом, проводящим трансфузию:

Выполняется только биологическая проба;
Выполняется проба на их совместимость с реципиентом и биологическая проба, как и в случае применения компонентов аллогенной крови.
Аутологичная кровь и ее компоненты переливают без проведения пробы на совместимость и биологической пробы

Методы предоперационная заготовка аутокомпонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов)

Из дозы, консервированной аутокрови; и
Методом аппаратного непрерывного афереза; и
Методом аппаратного прерывистого афереза;

Что нужно, для заражения реципиента через кровь:

Переливание крови или ее компонентов. и
Циркуляция возбудителя в популяции. и
Наличие возбудителя в крови донора и
Невозможность выявить инфекционный агент у донора имеющимися способами. и
Выживание инфекционного агента в активном состоянии в условиях получения крови и производства компонентов и препаратов. и
Восприимчивый организм

Гемостатическим потенциалом обладают:

Эритроциты
Тромбоциты
Плазма
Все перечисленное
Эндотелий сосудов

Индуктором агрегации тромбоцитов является:

АДФ
Аспирин
АМФ
Мочевина
Протромбин

Эритроцитоз, вызванный повышенным образованием эритропоэтина, характерен для:

Всего перечисленного
Анемий при печеночной недостаточности
Полицитемии
Болезни и синдрома Иценко-Кушинга
Гипергидратации

Основными разделами современной трансфузиологии являются:

Трансфузионно трансмиссивные инфекции;
Изосерология и патогенинактивация;
Общая, производственная и клиническая трансфузиология;
Донорство и заготовка крови в выездных условиях;
Коагулология и гемостазиология

Оптимальным вариантом заготовки консервированной крови для проведения тромбоцитафереза является взятие крови в:

Контейнер полимерный двухкамерный
Гемоконтейнер «Компопласт»
Контейнер полимерный однокамерный
Контейнер полимерный трехкамерный
Гемоконтейнер «Компопласт» 300/300

Полные антитела являются иммуноглобулинами класса:

IgE
IgG
IgM
IgA
IgD

Неполные антитела являются иммуноглобулинами класса:

IgA

IgE
IgM
IgG
IgD

По антигенной системе АВ0 известны три группы антител:

Полные, неполные, блокирующие
Естественные, экстраагглютинины, иммунные;
Естественные, холодовые, тепловые
Естественные, скрытые, блокирующие;
Естественные и экстраагглютинины

Наиболее эффективным способом профилактики иммунизации матери при резус-конфликтной беременности является:

Гормональная терапия;
Пересадка кожного лоскута мужа;
Курс плазмафереза;
Введение матери внутримышечно иммуноглобулина анти-резус;
Переливание лейкоцитов и тромбоцитов мужа.

Для выявления эритроцитарных антител используются:

Резус-положительные эритроциты
Эритроциты с Д, С, Е-антигенами
Резус отрицательные эритроциты
Стандартные эритроциты, изготовленные на станциях переливания крови
Собственные эритроциты исследуемой крови

Перед переливанием крови необходимо:

Определить группу крови больного
Провести все перечисленные пробы
Определить группу крови донора
Провести пробу на совместимость крови донора и больного на плоскости
Провести пробу на совместимость крови донора и больного на водяной бане

Для определения группы крови в лаборатории необходимы:

Цоликлоны анти-А и анти-В
Эритроциты больного
Все верно
Сыворотка больного
Стандартные эритроциты О(I), А(II), В(III) группы

Какая группа доноров в соответствии с законодательством подлежит обследованию методом ПЦР на вирусные инфекции:

Доноры клеток крови
Доноры плазмы для фракционирования

Доноры крови

При подозрении на воспалительный процесс рекомендуется провести исследование:

Белковых фракций

С – реактивный белок

Лейкоцитарной формулы

Всего перечисленного

СОЭ

С какой целью проводят бактериологический контроль образцов заготавливаемых компонентов крови:

Для выбраковки нестерильных серий

Все перечисленное

Для проверки качества работы медицинского персонала

Против каких гемотрансмиссивных инфекций существует в настоящее время защитные вакцины:

ВИЧ-инфекция

Гепатит В

Гепатит В и С

Гепатит С

Для определения количества ретикулоцитов рекомендуется методика окраски:

В пробирке

После фиксации метиловым спиртом

На окрашенном стекле во влажной камере

В пробирке и на окрашенном стекле во влажной камере

После фиксации формалином

Какое обследование на наличие гепатита С декретировано для доноров крови в России:

Анти-НВs

ДНК-НВВ

Анти-НСV

РНК-НСV

Перед началом парентерального питания следует устранить:

Нарушения гемодинамики. и

Нарушения водно-солевого и кислотно-основного состояния и

Гипоксию

Укажите основное отличие системы крови АВО от других эритроцитарных систем.

В плазме содержатся естественные антитела к отсутствующим антигенам А, В

В плазме содержатся иммунные противокрасные кровяные антитела
В плазме содержатся иммунные противолейкоцитарные антитела
В плазме содержатся естественные антитромбоцитарные антитела
В плазме содержатся естественные агглютинины к антигенам тромбоцитов

Что такое карантинизация компонентов крови:

Замораживание

Замораживание и выдача для дальнейшего клинического использования только после повторного обследования (через 6 месяцев)

Хранение при +4с

Обследования донора на гемотрансмиссивные инфекции

Выявление каких маркеров вируса гепатита В может служить поводом для отстранения от донорства:

HBsAg и

Анти-HBcore и

ДНК- HBV

Анти-HBs

Какие доноры представляют наименьшую опасность в плане передачи гемотрансфузионных инфекций:

Сдающие кровь 1-2 раза в год

Сдающие кровь 1 раз в неделю

Фибриноген снижается в крови при:

Ревматизме

Уремии

Инфаркте миокарда

Хронических заболеваний печени

Остром воспалении

Здоровый человек может быть донором плазмы в возрасте

18 – 60 лет

с 18 лет

20-60 лет

18-65 лет

20-40 лет

Здоровый человек может быть донором крови в возрасте:

18-65 лет

18-70 лет

18-60 лет

с 18 лет

20-60 лет

Для донора-мужчины в течение года допустимое число кроводач:

6

4

7

5

3