

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Трансфузиология» (Высшая 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/>

Основными разделами современной трансфузиологии являются:

Общая, производственная и клиническая трансфузиология;

Изосерология и патогенинактивация;

Донорство и заготовка крови в выездных условиях;

Трансфузионно трансмиссивные инфекции;

Коагулология и гемостазиология.

Обязанностями врача кабинета трансфузионной терапии являются:

Переливание крови во время операций;

Проведение трансфузионной терапии;

Организация и методическое руководство трансфузионной терапией;

Заготовка крови и её компонентов;

Определение у больных группы крови и резус-фактора.

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

Выполнение аллогемотрансфузий;

Организационно-методическое руководство трансфузионной терапией;

Выполнение аутогемотрансфузий;

Определение антиэритроцитарных антител у больных;

Определение контаминации трансфузионно трансмиссивными инфекциями.

Кабинеты трансфузионной терапии должны быть организованы:

При хирургических отделениях больниц;
В районных поликлиниках;
При отсутствии ОПК в больнице;
При гематологических отделениях больниц;
В родильных домах.

Обязательной формой документации кабинета трансфузионной терапии больницы является:

Журнал учета проводимой стерилизации;
Журнал регистрации посттрансфузионных осложнений; и
Журнал макроскопической оценки крови и режима её хранения;
Журнал регистрации работы автоклава;
журнал регистрации доноров-родственников.

Кабинет трансфузионной терапии больницы выдает трансфузионные среды:

По распоряжению заведующего кабинетом;
По запросу лечащего врача
По запросу врача, ответственного за организацию трансфузионной терапии в отделении;
По запросу заведующего лечебным отделением;
По требованию установленного образца за подписью лечащего врача и врача ответственного за трансфузионную терапию в отделении.

Врач-трансфузиолог должен уметь проводить:

Вирусологические исследования компонентов донорской крови;
Биохимические исследования донорской крови;
Диагностику и лечение гемотрансфузионных осложнений и геморрагических гемостазиопатий;
Бактериологические исследования донорской крови;
Патогенинактивацию в компонентах донорской крови.

Когда и кем в России было выполнено первое переливание крови от человека к человеку с учетом групповой совместимости.

В.А.Юревичем, 1915г.
А.Н.Филатовым, 1932г.
А.А.Богдановым, 1926г.
В.Н.Шамовым, 1919г.
Н.Н.Еланским, 1922г.

Кто предложил биологическую пробу на совместимость:

Ландштейнер, 1902г.
Олекер, 1921г.
Бландел, 1909г.
В.Н.Шамов, 1920г.
Н.Н.Еланский, 1921г.

Группы, на которые подразделяются доноры:

Активные доноры и доноры резерва.

Активные доноры, доноры резерва, доноры-родственники и доноры-контракта.

Активные доноры и доноры-родственники.

Доноры резерва и доноры-родственники.

Доноры резерва и доноры контракта.

Через какой промежуток времени после родов женщине разрешается быть донором:

1 год.

3 мес.

6 мес.

1,5 года.

2 года.

Донор допускается для кроводачи после перенесения инфекционных заболеваний через:

1дн.

1 мес.

10дн.

20 дн.

1,5 мес.

Может ли быть донором гражданин РФ, вылеченный от сифилиса и снятый с учета в кожно-венерологическом диспансере:

Да.

Нет.

Какой % заготовленной цельной крови подвергается фракционированию для получения компонентов крови?

45%

50%

25%

100%

75%

Интервалы между повторными кроводачами должны быть не менее (дней):

60

50

70

80

90

Здоровый человек может быть донором крови в возрасте:

18-70 лет
20-60 лет
18-65 лет
18-60 лет
с 18 лет

Здоровый человек может быть донором плазмы в возрасте:

20-60 лет
18-65 лет
с 18 лет
18 – 60 лет
20-40 лет

Разовая доза кроводачи, без учета крови для анализов, не должна превышать:

350 мл
450 мл
300 мл
250 мл
200 мл

Разовая доза кроводачи донором с массой тела менее 50 кг не должна превышать:

17% массы тела
10% массы тела
12% массы тела
15% массы тела
20% массы тела

Для донора-мужчины в течение года допустимое число кроводач:

6
4
7
5
3

Для донора-женщины в течение года допустимое число кроводач:

6
5
7
4
3

Однократные прерывистые донорские плазмаферезы необходимо проводить с интервалом (дней):

21
28

14

7

35

При проведении афереза максимальная доза плазмоэкспфузии составляет (мл):

500

700

400

600

800

Консервированную кровь для получения эритроцитов максимально можно хранить (дни):

В. 5

А. 3

Д. 7

Б. 4

Г. 6

Кровь, отобранную для получения криопреципитата, максимально можно хранить (часы):

10

2

6

8

12

Кровь, отобранную для получения СЗП, максимально можно хранить (часы):

В. 12

Г. 24

Б. 6

А. 4

Д. 48

Какой температурный режим используется для получения эритроцитарной массы и плазмы:

Г. +16...+18°C

А. +4...+6°C

Б. +8...+10°C

В. +12...+14°C

Д. +20...+22°C

Максимальный срок хранения крови, заготовленной на гемоконсерванте «Глюгицир», составляет:

А. 7 дней.

- В. 21 день.
- Б. 14 дней.
- Г. 28 дней.
- Д. 35 дней.

Компонентами донорской крови гемостатического действия являются:

- Фибринолизин.
- Альбумин.
- Фибриноген.
- Криопреципитат.
- Отмытые эритроциты.

Препаратами крови гемостатического действия, применяемыми местно, являются:

- Тромбин
- Глюконат кальция.
- Биологический антисептический тампон.
- Гемостатическая губка.
- Фибринолизин.

Какие вещества подлежат элиминации диффузионными методами гемокоррекции:

- Крупномолекулярные
- Низкомолекулярные.
- Жирорастворимые
- Водорастворимые.
- Среднемолекулярные.

Препараты альбумина вводят при:

- Верно все перечисленное.
- Содержании общего белка 50-52г/л.
- Содержании альбумина менее 25г/л
- Нарушениях белковосинтетической функции печени.
- При выполнении плазмообмена.

К экстракорпоральным методам с фильтрационным действием относятся:

- Ультрафильтрация, каскадная плазмофильтрация, гемофильтрация, плазмофильтрация.
- Гемодиализ и плазмаферез.
- Ультрафильтрация, гемофильтрация и гемодиализ.
- Все методы заместительной почечной терапии.
- Каскадная плазмофильтрация и гемосорбция.

Кровезаменители подразделяются на следующие группы:

- Противошоковые и волемические.
- Гемодинамические, переносчики кислорода, регуляторы водно-солевого баланса,

препараты для парентерального питания,
Регуляторы водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия, комплексного действия и функции переноса кислорода.
Гемостатические и волевические.
Комплексного и реологического действия.

Какие препараты относятся к группе противошоковых:

Гипертонический раствор хлорида натрия
Перфторан
Гидроксиэтилкрахмалы. и
Декстраны. и
Производные желатины.

Растворы, оказывающие влияние на микроциркуляцию:

Растворы гидроксиэтилкрахмалов.
Полиглюкин.
Реополиглюкин. и
Реомакродекс.
Физиологический раствор.

Что является основой группы препаратов: инфукол, haes-стерил, рефортан, рефортан плюс, стабизол:

Декстран
Желатин
Крахмал.

Какой концентрации могут быть растворы инфукола ГЭК:

3%.
6%.
7%.
10%.

Возможно ли применение только кристаллоидных растворов для возмещения кровопотери в объеме 30% ОЦК?

Нет
Да

Что представляет собой перфторан?

Плазмозамещающий раствор.
Газотранспортную эмульсию.
Кристаллоидный раствор.
Препарат для парентерального питания.

Какие компоненты должно содержать сбалансированное полное парентеральное питание:

Микроэлементы.
Растворы аминокислот.
Все выше перечисленные.
Жировые эмульсии.
Поливитаминовые смеси

1г. азота соответствует:

4г. белка.
8г. белка.
2г. белка.
6,25г. белка.
16г. белка.

Перед началом парентерального питания следует устранить:

Нарушения водно-солевого и кислотно-основного состояния
Нарушения гемодинамики.
Гипоксию.

В состав аминокислотных смесей входят:

Незаменимые аминокислоты.
Заменимые аминокислоты.
Пептоны.
Низкомолекулярные пептиды.
Свободные кристаллические L-аминокислоты.

Основные критерии к определению показаний для переливания эритроцитарной массы при хронической анемии:

Состояние гемодинамики.
Количество эритроцитов.
Величина гемоглобина
Величина гематокрита.

Потребность пациента в белке может быть определена следующими методами:

А. По средней потребности в белке, исходя из фактической массы больного

Б. По соотношению небелковых калорий и азота.

В. По определению содержания азота в суточной моче.

Г. По степени алиментарного дефицита.

Д. По величине «тощей» массы тела.

По определению содержания азота в суточной моче.

По степени алиментарного дефицита.

По соотношению небелковых калорий и азота.

По средней потребности в белке, исходя из фактической массы больного

По величине «тощей» массы тела.

Для больных с патологическими нарушениями печени используют

аминокислотные растворы:

Общего типа: содержащие как заменимые, так и незаменимые аминокислоты.
Содержащих повышенное количество разветвленных аминокислот.
Содержащие повышенное количество ароматических аминокислот.48. Какие растворы аминокислот целесообразно использовать для проведения парентерального питания пациенту 10 лет с хронической почечной недостаточностью?

Какие растворы аминокислот целесообразно использовать для проведения парентерального питания пациенту 10 лет с хронической почечной недостаточностью?

Препараты с пометкой «юниор» или «инфант»
Препараты с пометкой «нефро».
Содержащие полный набор аминокислот.
Содержащие только незаменимые аминокислоты.

Каким тестом определяют возможность повторного введения жировой эмульсии?

Контроль сыворотки на содержание в ней не утилизированного жира.
Тест с D-ксилозой.
Определение содержания триглицеридов.

К органам кроветворной системы человека относятся:

Печень.
Селезенка. и
Тимус. и
Лимфатические узлы. и
Костный мозг.

Средняя продолжительность жизни эритроцита:

100-120 дней.
5-10 дней.
10-100 дней.
120-140 дней.
140-200 дней.

Основная функция эритроцита:

Поддержание гомеостаза.
Поддержание кислотно-основного равновесия.
Участие в создании иммунной защиты.
Транспорт кислорода.
Перенос антител.

Функция костного мозга-продукция клеток:

Тромбоцитов.
Эритроцитов.

Всех перечисленных.

Лейкоцитов.

Лимфоцитов.

Результатом химиотерапии при острых лейкозах может быть:

Неполная клинико-гематологическая ремиссия

Полная клинико-гематологическая ремиссия.

Полная резистентность к химиотерапии.

Миелотоксический агранулоцитоз.

Для хронического миелолейкоза характерны:

Анемия, потеря веса, эозинофильный лейкоцитоз.

Лейкоцитоз, спленомегалия, нейтрофилез, базофилия.

Спленомегалия, отеки, асцит.

Тромбоцитопения, геморрагический синдром.

Слабость, субфебрилитет, абсолютный лимфоцитоз в крови.

Действие методов экстракорпоральной гемокоррекции (цита- и плазмаферезА. при пролиферативных гематологических заболеваниях.

Нормализация гемореологии.

Нормализация микроциркуляции.

Дезинтоксикация.

Изменение параметров свертывающей системы крови.

коррекция анемии.

Какие методы экстракорпоральной гемокоррекции применяются для лечения макроглобулинемии Вальденстрема?

Каскадная плазмофильтрация.

гемодиализ.

Гемофильтрация.

Плазмаферез.

Ультрафиолетовое облучение крови.

Молекула гемоглобина состоит:

Из протопорфирина и железа.

Из гема и глобина.

Из порфирина и железа

Из глобина и железа.

Из углевода и железа.

Какой из перечисленных лабораторных показателей важен для диагностики анемий:

Снижение уровня гемоглобина.

Все перечисленное.

Снижение гематокрита.

Снижение количества эритроцитов в периферической крови.
Нарушение морфологии эритроцитов.

Анемия вследствие хронической кровопотери характеризуется:

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

Железодефицитные анемии вследствие нарушенного всасывания железа развиваются:

При диафрагмальной грыже.
При геморрое.
При дисбактериозе. и
При резекции тонкой кишки.
При атрофическом гастрите.

Внутренний фактор Кастла:

Связывается с закисным железом
Связывается с витамином В-6.
В 12-типерстной кишке.
Образуется в фундальной части и в области тела желудка.
Связывается с витамином В-12.

Для профилактики рецидивов В-12 дефицитной анемии следует:

Проводить гемотрансфузии.
Употреблять в пищу печень.
Проводить поддерживающую терапию витамином В-12.
Вводить аскорбиновую кислоту.
Принимать препараты железа.

Приобретенная гемолитическая анемия может вызвана:

Инфекционными агентами.
Реакцией антиген-антитело.
Химическими агентами или лекарственными веществами.
Все перечисленным.
Механическим повреждением эритроцитов.

До взятия крови у донора должны быть выполнены исследования:

В. число лейкоцитов;
Г. удельный вес крови;
Б. определение уровня гемоглобина;
А. определение группы крови и резус-принадлежности;
Д. число ретикулоцитов.

Фракционирование крови, заготовленной в полимерные контейнеры, производят:

- В. В производственных боксах;
- Г. В боксированных операционных
- Б. В настольных боксах;
- А. В специальном небоксированном помещении;
- Д. В небоксированных операционных

Производственные боксы должны быть оборудованы бактерицидными лампами из расчёта:

- Г. 2,0-2,5 Вт на 2,5 м²;
- Б. 2,0-2,5 Вт на 1,5 м²;
- А. 2,0-2,5 Вт на 1 м²;
- В. 2,0-2,5 Вт на 2 м²;
- Д. 2,0-2,5 Вт на 3 м².

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

- А. Контейнер полимерный однокамерный
- В. Контейнер полимерный трехкамерный
- Б. Контейнер полимерный двухкамерный
- Г. Гемоконтейнер «Компопласт»
- Д. Гемоконтейнер «Компопласт» 300/300

Стерильность изделий определяют не реже (раз в неделю):

- А. 1
- Б. 2
- В. 3
- Г. 4
- Д. 5

Максимальный срок хранения крови, отобранной для приготовления тромбоцитов и лейкоцитов (часы):

- 4
- 2
- 6
- 3
- 5

Максимальный срок хранения СЗП возможен при температуре минус:

- 260С
- 180С
- 300С
- 220С
- 340С

Срок хранения СЗП при карантинизации (дней):

- 100
- 140
- 60
- 180
- 220

Срок хранения отмытых эритроцитов (часы):

- 6
- 24
- 12
- 18
- 30

Продолжительность непрерывной работы операционной в организациях донорства крови и её компонентов не должна превышать (часы):

- А. 2
- В. 4
- Б. 3
- Г. 5
- Д. 6

В настоящее время эритроцитарных антигенных систем известно:

- 17
- 21
- 13
- 29
- 25

При подборе донорской крови и её компонентов учитывают антигены систем:

- Duffy
- ABO, Резус, Келл
- MNS
- Lewis
- Lutheran

Полные антитела являются иммуноглобулинами класса:

- IgG
- IgM
- IgA
- IgE
- IgD

Неполные антитела являются иммуноглобулинами класса:

IgA
IgE
IgM
IgG
IgD

Блокирующие антитела являются иммуноглобулинами класса G подкласса:

IgG2
IgG4
IgG1
IgG3
IgG5

По антигенной системе АВ0 известны три группы антител:

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

Экстраагглютинины отличаются от естественных антител анти-А тем, что являются:

Не активны при 25°С;
Полными;
Не активны при 37°С;
Холодовыми;
Агглютинирующими.

«ОПАСНЫЙ» донор имеет в сыворотке крови:

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

Число антигенов системы Резус:

40
1
80
20
60

Причинами отсутствия видимой глазом агглютинации при АВ0 типировании могут быть:

Высокий титр стандартных сывороток;
Наличие антиэритроцитарных антител;

Наличие панагглютининов;

Условия при титровании выше 25°С и неправильно подобрано соотношение образца и стандартной сыворотки;

Температура ниже 37°С.

В основе определения резус-принадлежности крови лежит реакция:

Агглютинации;

Преципитации;

Иммунодиффузии;

Агрегации;

Опсонизации.

Причиной ошибок при определении группы крови чаще бывает:

Беременность;

Коллагеноз;

Гиперглобулинемия

Гемобластоз;

Анемия.

В реакции Кумбса антиглобулиновые антитела склеивают эритроциты вследствие:

Прямой (активной) агглютинации;

Непрямой (пассивной) агглютинации;

Преципитации;

Конгломерации;

Конглютинации.

Необходимыми условиями для рождения ребенка с гемолитической болезнью по антигенной системе Резус являются:

Наследование от отца антигена Б;

Попадание в кровотоки матери лейкоцитов плода;

Наследование от отца антигена А;

иммунизация беременной резус антигенами эритроцитов плода и трансплацентарный перенос антирезусных антител в организм плода.

Попадание в кровотоки матери тромбоцитов плода;

Через плацентарный барьер способны проходить:

А. Полные антитела;

Б. Неполные антитела;

В. Блокирующие антитела;

Г. Неполные агглютинирующие антитела;

Д. Преципитирующие антитела.

Полные антитела;

Неполные антитела;

Блокирующие антитела;

Неполные агглютинирующие антитела;

Преципитирующие антитела.

Наиболее эффективным методом лечения желтушной формы гемолитической болезни у новорожденных является:

Фототерапия;
Обменные трансфузии;
Трансфузии совместимой эритроцитной массы;
Гормональная терапия;
Гемосорбция.

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.

При гемолитической болезни новорожденного при несовместимости по системе АВ0 аллоиммунные антитела выявляют:

Унитиоловой методикой;
Реакцией с антиглобулиновой сывороткой;
Реакцией конгломинации с желатином;
Реакцией агглютинации;
Реакцией конгломинации с полиглюкином.

Правильным является утверждение:

Гемостатический потенциал крови не зависит от эндотелия сосудов;
Самостоятельно предсуществуют система гемостаза и система фибринолиза;
В состав противосвертывающего звена входят факторы фибринолиза;
Гепарин является вторичным физиологическим антикоагулянтом;
Плазмин образуется при взаимодействии плазминогена с протромбиназой.

Международная номенклатура протромбин обозначает как фактор:

III
V
I
IIВ. IIIГ. VД. VIII
VIII

Итогом первой фазы свертывания крови в организме является образование:

Протромбиназы;
Теназы;
Тромбина;
Тромбопластина;

Тромбомодулина.

Итогом второй фазы свертывания крови ин витро является:

- А. Образование теназы;**
- Б. Образование протромбиназы;**
- В. Появление D-димеров;**
- Г. Образование тромбина;**
- Д. Активация фактора XII.**

Образование теназы;
Образование тромбина;
Образование протромбиназы;
Появление D-димеров;
Активация фактора XII.

Итогом третьей фазы свертывания крови ин витро является:

Образование кровяного сгустка;
Образование кровяного тромба;
Образование фибрин-мономера;
Образование нестабилизированного фибрина;
Естественный фибринолиз.

Итогом фазы распространения свертывания крови в организме является образование:

Тромбина;
Кровяного тромба;
Теназы;
Фибрин-мономера;
Тромбоцитарного тромба.

Итогом фазы инициации свертывания крови является:

Образование протромбиназы;
Образование микромолярного количества тромбина;
Активация проконвертина;
Появление теназы
Активация фактора VIII

Итогом фазы усиления свертывания крови является:

Активация факторов V, VIII, XI, IX;
Образование тромбина;
Образование протромбиназы;
Активация тромбоцитов;
Образование теназы.

Жидкое состояние крови в сосудистом русле обеспечивается:

Тромбоксанами;

Фибринолитической системой;
Противосвертывающими факторами и системами;
Калликреин-кининовой системой;
Оксидом азота.

Непосредственным пусковым фактором внутрисосудистого свертывания крови является:

Тромбинемия;
Дисфункция эндотелия;
Тромбопластинемия;
Повышение уровня в крови фактора VIII;
Гипертромбоцитоз.

Защитные первая и вторая противосвертывающие системы активируются:

Протромбином;
Фибриногеном;
Тромбином;
Фибрин-полимером;
Протромбиназой.

Гемофилия А и В проявляются следующим клиническим типом кровоточивости:

Смешанным;
Ангиоматозным;
Синячковым;
Гематомным;
Васкулитно-пурпурным.

Смешанный тип кровоточивости характерен для:

Тромбоцитопении;
Гемофилии А;
Синдрома ДВС;
Гемофилии В;
Геморрагического ангиоматоза.

Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для:

Гемофилии с;
Геморрагического ангиоматоза;
Геморрагического васкулита;
Ангиогемофилии;
Синдрома ДВС.

Болезненные напряженные кровоизлияния в мягкие ткани и суставы, вызывающие нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата соответствуют кровоточивости типа:

Гематомный;

Микроциркуляторный;
Смешанный;
Васкулитно-пурпурный;
Ангиоматозный.

При гемофилии отмечают тип кровоточивости:

Васкулитно-пурпурный;
Микроциркуляторный;
Гематомный;
Смешанный;
Ангиоматозный.

Определение активированного частичного тромбопластинового времени служит для оценки состояния:

Плазменных факторов свертывания;
Эндотелия сосудов;
Функциональной активности тромбоцитов;
Гемопоза;
Фибринолитической активности.

Определение времени длительности кровотечения необходимо для оценки:

Функциональной активности тромбоцитов;
Состояния эндотелия сосудов;
Плазменных факторов свертывания;
Гемопоза;
Фибринолитической активности.

Для ингибиторной формы гемофилии в отличие от других форм гемофилии характерно:

Наличие антител к антигемофильным факторам;
Увеличение ачтв;
Дефицит антигемофильных факторов;
Увеличение времени кровотечения;
Увеличение тромбинового времени.

При тяжелой форме гемофилии уровень антигемофильных факторов равен:

до 1%
до 3%
до 5%
до 10%
более 10%

При среднетяжелой форме гемофилии уровень антигемофильных факторов равен:

до 3%
до 10%

- до 1%
- до 5%
- более 10%

При лёгкой форме гемофилии уровень антигемофильных факторов равен:

- более 1%
- более 5%
- более 3%
- более 10%
- более 15%

При введении антигемофильных препаратов уровень фактора VIII в крови пациента повышается на 1,5-2,0%, если доза препарата (МЕ/кг м.т.):

- 1,0
- 0,5
- 1,5
- 2,0
- 2,5

При введении антигемофильных препаратов уровень фактора IX повышается в крови пациента на 0,8%, если доза препарата (МЕ/кг м.т.):

- 2,0
- 0,5
- 1,0
- 1,5
- 2,5

Минимальный гемостатический уровень антигемофильных факторов во время и после оперативного вмешательства у больного гемофилией должен быть:

- не менее 50%
- 40%
- 60%
- 70%
- 80%

Минимальный гемостатический уровень антигемофильных факторов у больного гемофилией с гемартрозом должен быть:

- 70%
- 50%
- 40%
- 60%
- 80%

Минимальный гемостатический уровень антигемофильных факторов у больного гемофилией с желудочно-кишечным кровотечением должен быть:

50%
70%
40%
60%
80%

При ингибиторной форме гемофилии оптимальным средством гемостатической терапии является препарат НовоСэвен в дозе (мкг/кг м.т.):

80
100
60
120
140

Различная чувствительность больных к антикоагулянтному действию гепарина зависит от:

Факторов протромбинового комплекса;
Содержания фибриногена в крови;
Количества тромбоцитов;
Уровня антитромбина в крови;
Активности фактора Виллибранда.

При кровотечении, вызванном гипергепаринемией эффективны гемостатики:

Криопреципитат;
Протамина сульфат;
СЗП;
Викасол;
Свежезаготовленная донорская консервированная кровь.

Для синдрома ДВС характерен клинический тип кровоточивости:

Синячковый;
Гематомный;
Пятнисто-петехиальный;
Смешанный;
Васкулитно-пурпурный.

При тромбоцитопении можно наблюдать следующие изменения:

Увеличение АЧТВ;
Увеличение времени ретракции кровяного сгустка;
Увеличение длительности кровотечения;
Нормальное время кровотечения;
Снижение количества фибриногена.

Регуляция гранулоцитопоза в основном осуществляется:

Лимфоцитами;

Моноцитами;
Простагландином E
Колониестимулирующими факторами;
Гипоксией.

Причиной наиболее тяжелой формы гемолитической болезни новорожденных являются антитела к:

Антигенам системы-резус
Антигенам системы ABO
Антигенам M, Даффи, Келл
Все перечисленное верно
Все перечисленное неверно

В основе определения групповой принадлежности крови лежит реакция:

Преципитации
Агглютинации
Иммунодиффузии
Агрегации
Все ответы правильные

При определении групповой принадлежности крови необходимо соблюдать все следующие условия, кроме:

Использование стандартных сывороток с низким титром
Температуры
Соотношения капель крови и стандартной сыворотки
Использования негемолизированной крови
Покачивания плоскости, на которой ведется исследование

Группу крови по стандартным эритроцитам нельзя определять:

Взрослому мужчине
Новорожденному
Юноше
Подростку
Беременной женщине

К ложной агглютинации при определении группы крови приводят все следующие факторы, кроме:

Температуры ниже 15°C
Агглютинация эритроцитов вокруг бактерий
Подсыхания капли
Низкой агглютинабельности эритроцитов
Наличия панагглютининов

Причиной отсутствия агглютинации могут быть следующие факторы, за исключением:

Наличия панагглютининов
Неправильного количественного соотношения исследуемой крови и стандартной сыворотки
Температуры выше 25°C
Высокого титра стандартных сывороток
Наличия антиэритроцитарных антител

В основе определения резус-принадлежности крови лежит реакция:

Иммунодиффузии
Агрегации
Преципитации
Агглютинации
Опсонизации

Для выявления эритроцитарных антител используются:

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

Для исследования групповой и резус-принадлежности можно брать кровь:

Сыворотку
Стабилизированную цитратом натрия
Все ответы правильные
Без стабилизатора
Взвесь эритроцитов

Неполные антитела к резус-фактору нельзя выявить методом:

Солевой агглютинации
Конглютинации с применением желатина в пробирках
Конглютинации в чашках Петри
Пробы Кумбса
Все ответы правильные

Принцип прямой пробы Кумбса заключается в выявлении:

В крови циркулирующих антител и антител, фиксированных на эритроцитах
Полных антител
Циркулирующих в крови антител
Фиксированных на эритроцитах антител
Все ответы неправильные

Положительная прямая проба Кумбса не отмечается при:

Аутоиммунной гемолитической анемии
Сифилисе

Системной красной волчанке
Микросфероцитарной гемолитической анемии
Хроническом лимфолейкозе

Непрямой пробой Кумбса можно выявить:

Циркулирующие неполные антиэритроцитарные антитела
Фиксированные на эритроцитах неполные антитела
Полные антиэритроцитарные антитела
агглютинины
гемолизины

К ложной агглютинации при определении группы крови могут привести:

Слабый титр сыворотки
Низкая агглютинабельность эритроцитов
Низкая температура
Все указанные причины
Высокий титр стандартной сыворотки

Отсутствие агглютинации при определении группы крови возможно из-за:

Гемолиза эритроцитов
Высокой температуры тела
Высокого титра стандартной сыворотки
Высокой агглютинабельности эритроцитов
Всех перечисленных факторов

Положительная прямая проба Кумбса возможна при:

Гемолитической болезни новорожденных
Пневмонии
Гастрите
Миелолоейкозе
Остеохондрозе

Положительная прямая проба Кумбса невозможна при:

Гемотрансфузиях
Холецистите
Аутоиммунной гемолитической анемии
Лимфосаркоме
Все перечисленное верно

При использовании стандартных эритроцитов для определения группы крови детей до 5 лет могут быть ошибки из-за:

В крови присутствуют аутоантитела
“Слабые” агглютиногены эритроцитов
Низкий титр агглютининов сыворотки
В крови присутствуют панагглютинины

Все перечисленное верно

. При обнаружении у больного резус принадлежности D (слабо выраженный антиген D) при решении вопроса о переливании крови необходимо:

Переливать резус-отрицательную кровь

Переливать плазму

Переливать резус-положительную кровь

Отправить кровь на индивидуальный подбор донора

Для пробы Кумбса необходима сыворотка:

Стандартная сыворотка антирезус

Цоликлон анти-D-супер

Стандартная сыворотка АВО

Антиглобулиновая антисыворотка

Антиэритроцитарные антитела необходимо определять:

У больных резус-отрицательных

У всех больных независимо от резус-принадлежности

У больных резус-положительных

Только у женщин

Только у беременных женщин

Гранулоциты образуются в:

Лимфатических узлах

Селезенке и лимфатических узлах

Селезенке

Костном мозге

Печени

Тромбоциты образуются в:

Все ответы правильные

Селезенке

Костном мозге

Лимфатических узлах

Правильного ответа нет

Для эритробластов характерно:

Все перечисленное

Изменение цвета цитоплазмы (базофильная, оксифильная) в зависимости от гемоглобинизации

Отсутствие нуклеол в ядре

Различный размер клетки, в зависимости от ее зрелости

Колесовидная структура хроматина ядра с последующей пикнотизацией

Термин «анизоцитоз» означает изменение:

Формы эритроцитов
Диаметра эритроцитов
Интенсивности окраски эритроцитов
Количества эритроцитов
Д. появление ядросодержащих эритроцитов в периферической крови

Перед переливанием крови необходимо:

Провести все перечисленные пробы
Определить группу крови больного
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 в крови донора и больного антирезус-антител необходимы:

Любые эритроциты O (I) группы
Собственные эритроциты больного и донора
Стандартные эритроциты, приготовленные на станции переливания крови
Смесь эритроцитов из нескольких образцов O (I) группы

При определении группы крови больного цоликлоны анти-А и анти-В, анти - Д агглютинируют его эритроциты. При контрольном исследовании эритроцитов в физиологическом растворе NaCl реакция положительная. Рекомендуется при срочном переливании крови:

Перелить цельную кровь группы O (I)
Перелить лейкомассу
Перелить цельную кровь группы АВ (IV)
Перелить эритромассу группы O (I), Резус - отрицательную
Все верно

Для определения группы крови в лаборатории необходимы:

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

Для выявления зернисто-сетчатой субстанции ретикулоцитов рекомендуется краситель:

азур 1
Бриллиант - крезильовый синий
Азур 2
Метиленовый синий
Все перечисленное верно

Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:

Гипопластической анемии
Метастазах рака в кость
Апластической анемии
Гемолитическом синдроме
Все перечисленное верно

Ретикулоцитоз не наблюдается при:

Талассемии
Микросфероцитарной гемолитической анемии
Апластической анемии
Параксизмальной ночной гемоглобинурии
всех перечисленных анемиях

Для фиксации мазков крови не используют:

Фиксатор-краситель Май-Грюнвальда
Этиловый спирт 96%
Метиловый спирт
Этиловый спирт 70%
Фиксатор-краситель Лейшмана

Для окраски мазков крови применяются методы:

По Романову
По Нохту
Все перечисленные методы
По Паппенгейму

Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

Уменьшение процентного содержания нейтрофилов
Увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
Увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве
Увеличение их абсолютного числа
Все ответы неправильные

Появление в периферической крови бластов на фоне нормальной лейкоформулы характерно для:

Состояния после переливания крови
Мегалобластной анемии
Острых лейкозов
Заболеваний печени и почек
Все перечисленное верно

Подсчет клеток в гематологических анализаторах основан на следующем принципе:

Кондуктометрическом

Цитохимическом
Светорассеивания лазерного луча
Действий клеточных лизатов
Все перечисленное верно

Методы предоперационной заготовки аутокомпонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов):

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

Предоперационная заготовка аутокрови или ее компонентов осуществляется при уровне гемоглобина:

Не ниже 100 г/л, гематокрита - не ниже 30%;
Не ниже 120 г/л, гематокрит – не ниже 40%;
Не ниже 90 г/л, гематокрита – 28%;
Не ниже 110 г/л, гематокрита - не ниже 33%;

Последняя аутодонация до начала оперативного вмешательства осуществляется не менее чем:

За 5 суток;
За 1 сутки;
За 3 суток;

В сыворотке крови в отличие от плазмы отсутствует:

Альбумин
Фибриноген
Комплемент
Калликреин
Антитромбин

Назовите основные гемотрансмиссивные инфекции:

Аденовирусы
Герпесвирусы
ВИЧ и
Гепатиты В и С
Вирус гриппа

Какие пути передачи гемотрансмиссивных инфекций:

Внутривенное введение наркотиков
Гемотрансфузии
Половой путь
Вертикальный (мать-дитя)
Фекально-оральный

Группы риска по гемотрансмиссивным инфекциям (ВИЧ, гепатиты):

Наркоманы и
Реципиенты гемотрансфузий крови и
Реципиенты пересадки органов и
Медицинские работники
Спортсмены

Какие методы могут уменьшить опасность передачи вирусных инфекций через кровь:

Лабораторные исследования и
Карантинизация и
Инактивация и
Лейкофльтрация
Прием антибиотиков

Как часто следует проводить обследование доноров на инфекционные маркеры:

1 раз в 6 месяцев
При подозрении на инфицирование донора
1 раз в месяц
При каждой кроводаче

определение альфа-фетопротеина имеет диагностическое значение при:

Б. Первичном раке печени и
Г. раке желудка
В. инфекционном гепатите
Д. осложненном инфаркте миокарда

Фибриноген снижается в крови при:

Хронических заболеваниях печени
Инфаркте миокарда
Ревматизме
Уремии
Остром воспалении

фибриноген увеличивается при:

Острых стафилококковых инфекциях
Диабете
Хроническом гепатите
Панкреатите
ДВС – синдроме

Причиной повышения общего белка в сыворотке не может быть:

Миеломная болезнь
Гипергидратация

Гиперальбуминемия
Дегидратация
Парапротеинемический гемобластоз

При подозрении на воспалительный процесс рекомендуется провести исследование:

Белковых фракций
С – реактивный белок
Лейкоцитарной формулы
Всего перечисленного
СОЭ

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

Б. Доноры крови
А. Доноры клеток крови
В. Доноры плазмы для фракционирования

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:

А. ВИЧ-инфекция
В. Гепатит В
Б. Гепатит В и С
Г. Гепатит С

Для определения количества ретикулоцитов рекомендуется методика окраски:

На окрашенном стекле во влажной камере
В пробирке и на окрашенном стекле во влажной камере
В пробирке
После фиксации метиловым спиртом
После фиксации формалином

Наиболее характерной жалобой, предъявляемой больным с заболеваниями системы крови является:

Кожный зуд
Потливость и
Лихорадка и
Слабость

Различия в размерах эритроцитов называют:

Макроцитозом
Анизоцитозом
Микроцитозом
Пойкилоцитозом

Появление более крупных эритроцитов называют:

Пойкилоцитозом
Микроцитозом
Макроцитозом
Анизоцитозом

Различия в форме эритроцитов называют:

Микроцитозом
Анизоцитозом
Макроцитозом
Пойкилоцитозом

Показания к трансфузионной терапии зависят от:

Нозологической формы заболевания
Имеющихся у больного нарушений гемостаза
Иммунологического статуса больного
Объема трансфузионного средства

Основные показания к трансфузионной терапии:

Гиповолемия и
Дегидратация и
Нарушения гемостаза и
Кровопотеря

Показаниями к трансфузионной терапии являются:

Нарушения оксигенации крови
Нарушения энтерального питания
Нарушения реологических свойств крови
Ацидоз

Укажите основное отличие системы крови АВО от других эритроцитарных систем

В плазме содержатся естественные антиромбоцитарные антитела
В плазме содержатся иммунные противэритроцитарные антитела
В плазме содержатся естественные антитела к отсутствующим антигенам
В плазме содержатся иммунные противолейкоцитарные антитела
В плазме содержатся естественные агглютинины к антигенам тромбоцитов

Продолжите правильный ответ: Прямая проба Кумбса (прямой антиглобулиновый

тест) – это агглютинация эритроцитов....

... кроличьей сывороткой против эритроцитов человека

... лектинами

... покрытых неполными антителами в среде с желатином

... полными аутоиммунными антителами

... покрытых неполными антителами, сывороткой, полученной иммунизацией животных иммуноглобулинами человека

Чтобы выявить антитела прямой реакцией Кумбса к антиглобулиновой сыворотке следует добавить:

Сыворотку крови

Эритроциты третьей фракции

Отмытые эритроциты

Цельную кровь

Эритроциты в растворе натрия цитрата

Для выявления антител непрямой реакцией Кумбса следует применять:

Одноруппные с испытуемой кровью по системе ABO

С учетом специфичности искомых антител

Резус положительные эритроциты

Эритроциты группы крови O

Резус отрицательные эритроциты

Определение группы крови следует проводить в следующем интервале положительной температуры окружающей среды:

От 26 до 29°c

От 8 до 12°c

От 15 до 25°c

От 30 до 36°c

От 10 до 14°c

Укажите продолжительность наблюдения за ходом реакции агглютинации эритроцитов при определении группы крови при использовании изогемагглютинирующих сывороток:

5 минут

1 минута

2 минуты

3 минуты

4 минут

Операция переливания эритроцитной массы преследует цель:

Усиления тромбогенности

Аллосенсибилизации

Бактериального инфицирования

Увеличить газотранспортную функцию крови

Вызывать развитие реакции «трансплантат против хозяина»

Операция переливания тромбоцитного концентрата направлена на

Развитие гемосидероза

Прекращение спонтанной тромбоцитопенической кровоточивости

Угнетение кроветворения

Увеличение газотранспортной функции крови

Развитие реакции «трансплантат против хозяина»

Дефицит антитромбина III развивается вследствие

Верно все перечисленное

Врожденных нарушений

Снижения синтеза

Назначения некоторых медикаментов

Повышенного протребления при ДВС-синдроме

При трансфузиях тромбоцитного концентрата основным лечебным эффектом является:

Гемостатический

Гемодинамический

Заместительный

Иммунологический

Стимулирующий

Какой метод является наиболее удобным для определения операционной кровопотери:

Оценка показателей артериального давления

Купросульфатный метод

Метод взвешивания салфеток

Определение «шокового индекса».

Определение ОЦК с синим Эванса