

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Ученым советом ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России
« 23 » мая 2022 г. Протокол №-11

Председатель ученого совета,
ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России

_____ Д.О. Иванов

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.29 – «ГЕМАТОЛОГИЯ»**

уровень подготовки кадров высшей квалификации
Нормативный срок обучения – 2 года

Форма обучения
очная

Санкт-Петербург
2022 г.

Разработчики рабочей программы:

Д.М.Н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Пшеничная К.И.

(расшифровка)

ассистент

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Бусарина О.Н.

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

госпитальной хирургии

название кафедры

« »

202_ г., протокол заседания №

Заведующий кафедрой

Детских болезней имени проф. И.М.Воронцова

название кафедры

Д.М.Н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Новик Г.А.

(расшифровка)

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценочные средства
		Знать	Уметь	Владеть	
Универсальные компетенции					
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	- теоретический материал по специальности - особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях. - методы обработки информации - методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации - основы законодательства РФ - методы поиска и анализа информации в сети Интернет	- собирать и анализировать информацию объекте исследования - работать с литературой, сетью Интернет, пользоваться профессиональными источниками информации - в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи.	- методикой сбора информации, обследования больного гематологического профиля - методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для применения их в профессиональном контексте. - методикой обработки и анализа информации	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
УК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	-основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения -современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; - законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	- Контролировать соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда - Проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	- Контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом - Проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну - Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда методикой оценки типовых медико-статистических показателей	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего	- основные принципы медицинской этики и деонтологии; - функциональные обязанности медицинского	- соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии; - решать практические задачи по формированию	- навыком применения принципов медицинской этики и деонтологии в практической работе; - навыком работы в профессиональной	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

	медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.	персонала разного уровня; - принципы работы в мультидисциплинарной команде; - информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности	профессионального взаимодействия врача с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, руководством; - организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; - участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды - осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала - презентовать результаты работы команды	мультидисциплинарной команде; - навыками эффективного взаимодействия с младшим и средним медицинским персоналом, контроля их деятельности; - навыком организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; - навыком применения информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности; - навыками руководства работой работниками подразделения медицинской организации, контроля выполнения должностных обязанностей подчиненными	
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	- структуру, виды, формы, механизмы общения как процесса коммуникации - стили делового общения в устной и письменной формах; - источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов - технологии поиска необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач;	- планировать и корректировать свою деятельность в команде; - применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности - находить пути решения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи - выбирать коммуникативно приемлемые стили делового общения и невербальные средства взаимодействия с коллегами и больными; - использовать информационно-коммуникационные	- способами взаимодействия в конфликтных ситуациях с целью повышения эффективности профессиональной деятельности; - навыками саморегуляции поведения в процессе межличностного общения - навыками устных и письменных деловых переговоров на государственном и иностранном (-ых) языках; - навыками публичных выступлений; - навыками разработки эффективных презентаций	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

			технологии в процессе решения различных коммуникативных задач; - вести деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции на государственном и иностранном (-ых) языках;		
УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	- Способы и методы работы с профессиональной информации; - Варианты формирования индивидуальной образовательной траектории, - Ресурсы порталов НМО и профессиональных сообществ и организаций - Основные характеристики, методы и способы собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	- формировать индивидуальную образовательную траекторию; - работать с порталом НМО; - намечать ближние и стратегические цели собственного профессионального и личностного развития. - осознанно выбирать направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории.	- Навыками работы в сети Интернет; - навыками работы с порталом НМО; - Навыками работы с порталами профессиональных сообществ; - методами объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории. - приемами самореализации в профессиональной и других сферах деятельности.	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
Общепрофессиональные компетенции					
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	- особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях. - методы обработки информации - методы поиска и анализа информации в сети Интернет	- работать с литературой, сетью Интернет	- методикой сбора информации, обследования больного гематологического профиля - методикой обработки и анализа информации	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья	- основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - методику оценки качества оказания медицинской помощи с использованием	- оценивать качество оказываемой медицинской помощи; - реализовывать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан,	- методами анализа и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

	граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	основных медико-статистических показателей. - методику прогнозирования состояния популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - программное обеспечение для оценки качества медицинской помощи.	направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни.	показателей, в том числе с помощью специального программного обеспечения.	
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность	-Основные разделы специальности -составные части гуманизационного образования, компетентностного подхода в образовании, профильного обучения	-внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы.	-современными педагогическими методами и технологиями - навыками публичных выступлений - навыками анализа и синтеза материала	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	- Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях системы крови - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Методика сбора информации у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови и их законных представителей - Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови	- Осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови, интерпретировать и анализировать полученную информацию - Оценивать анатомо-функциональное состояние системы крови в целях выявления экстренных и неотложных состояний. - Использовать методики обследования и оценки состояния жизненно важных систем и органов организма человека с учетом возрастных, половых, расовых анатомо-функциональных особенностей	- Сбор анамнеза, жалоб и проведение осмотра пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Направление пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови на инструментальное обследование и лабораторное исследование, на консультацию к врачам-специалистам - Постановка и обоснование диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) - Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами, лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) патологическими	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль практических навыков

		- Этиология и патогенез заболеваний и (или) патологических состояний системы крови - Современные классификации, включая МКБ, симптомы и синдромы заболеваний системы крови		состояниями системы крови	
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	-этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний в соответствующей области применения методов онкогематологии -особенности организации хирургической помощи больным с заболеваниями крови в специализированных стационарах. - Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях системы крови - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	- Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Использовать актуальные шкалы прогнозирования рисков осложнений и летальных исходов различных методов хирургического лечения пациентов	- Разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценка результатов медицинских вмешательств у пациентов с гематологическими заболеваниями и (или) патологическими состояниями - Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - оценка эффективности и безопасности их применения. -навыками для выполнения оперативных вмешательств в гематологии; -методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с врожденными и приобретенными болезнями крови	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль практических навыков
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность	- основы реабилитации и курортологии; -основы общей патологии человека, иммунобиологии и	- Определить показания и противопоказания, составить план использования	- основами психологии; -последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

	мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации пациентов	реактивности организма. - последствия хирургических вмешательств на сосудах, органах бр. Полости и других локализаций - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	- навыками планирования индивидуальных программ реабилитации для пациентов с заболеваниями системы крови.	
ОПК-7	Способен оказывать паллиативную помощь	- Порядок оказания паллиативной помощи онко-гематологическим больным по показаниям	Составить план и порядок использования паллиативных, симптоматических средств План работы с психологом для формирования психо-эмоциональной адаптации	Навыками назначения симптоматических средств и мероприятий - навыками психологической реабилитации	Вопросы, ситуационные задачи
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	- Порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях системы крови - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови - основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы.	- составить план профилактических мероприятий - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике осложненного течения заболеваний и (или) патологических состояний системы, крови, в том числе после хирургического лечения и методов лучевой терапии	- навыками работы с группами риска - Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний и (или) состояний системы крови	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести	- основные виды медицинской документации - современные представления о качестве и дефекте	-определить правильность выбора медицинской технологии; - заполнять необходимую	-методикой оценки типовых медико-статистических показателей. - навыками ведения медицинской	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

	медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	оказания медицинской помощи; -законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки. - современные электронные медико-информацион-ные системы - программное обеспечение для работы с медицинской статистикой - функциональные обязанности врачебного, среднего и младшего медицинского персонала	медицинскую документацию в поликлинике и стационаре, в том числе в электронной форме - работать с современными медико-информационными системами (электронная история болезни) - организовать работу подчиненного медицинского персонала - работать в текстовых редакторах, электронных таблицах, базах данных	документации в поликлинике и стационаре, в том числе в электронной форме - работы с современными программами статистического анализа, обработки информации - навыками управленческой деятельности	
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	- Медицинские показания для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Терминальные состояния - Правила выполнения базовой и расширенной СЛР	- Оценивать анатомо-функциональное состояние системы крови в целях выявления экстренных и неотложных состояний у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови. - Определить терминальные состояния - Определить показания к выполнению СЛР -Выявлять у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови клинические проявления заболеваний и (или) патологических состояний других органов и систем организма человека, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) угрожающие жизни состояния при проведении хирургического лечения патологии системы крови, разрабатывать тактику лечения пациентов с целью их предотвращения	- Методикой выявления неотложных состояний у гематологических больных, протоколами оказания первой врачебной помощи при них - Методикой проведения базовой и расширенной СЛР	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль практических навыков
Профессиональные 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 системы крови, 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	-Порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Методику сбора информации у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови и их законных представителей - Анатомо-функциональное состояние системы крови у взрослых и детей в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях - Этиология и патогенез заболеваний и (или) патологических состояний системы крови - Современные классификации, симптомы и синдромы заболеваний системы крови - Клиническая картина, особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови - Медицинские показания, ограничения и медицинские противопоказания к использованию современных методов инструментальной и лабораторной диагностики у взрослых и детей с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови	Проводить интерпретацию и клиническую оценку результатов лабораторных исследований и инструментальных обследований, в числе которых УЗИ исследования, МРТ, КТ; рентгенография грудной клетки в прямой и боковых проекциях; исследование функции тромбоцитов, коагулограммы; общий анализ крови; общий анализ мочи; газовый и электролитный состав капиллярной, артериальной и венозной крови;; биохимический анализ крови; анализ показателей свертывания крови - Применять медицинские изделия: прибор для измерения артериального давления (тонометр); стетоскоп;; прибор для неинвазивного измерения уровня сатурации кислородом капиллярной крови (пульсоксиметр) - Обосновывать и планировать объем инструментального обследования и лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать	- Навыками обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) - Интерпретацией результатов осмотров врачами-специалистами, лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль практических навыков
------	--	---	--	---	---

			результаты инструментального обследования и лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови, формулировать основной диагноз, сопутствующие заболевания и осложнения пациентов и (или) патологическими состояниями, с учетом МКБ		
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	-Основные вопросы патологии кроветворной системы у детей различных возрастных групп – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях системы крови - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями кроветворной системы, - Цели, задачи и методика проведения профилактических осмотров пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями кроветворной системы, в том числе в клинических случаях с развитием осложнений основного заболевания и (или) сочетанной патологии, а также для первичной профилактики, раннего выявления	- Разрабатывать план профилактических осмотров пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обосновывать профилактическое применение лекарственных препаратов, диагностических или лечебных манипуляций, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить	- Определение медицинских показаний к оказанию профилактической медицинской помощи в условиях дневного стационара,	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль практических навыков

		гематологической патологии сопутствующей патологии других жизненно важных органов и систем организма человека	мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови		
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты детского населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- основы эпидемиологии; особенности эпидемического процесса; основы организации радиобиологической защиты детского населения; основы организации медицинской службы при чрезвычайных ситуациях	организовать противоэпидемические мероприятия; режимно-ограничительные мероприятия; ветеринарно-санитарные и дератизации	- понятием о качестве и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий; системой регистрации инфекционных больных	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков (ПК-4)	- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков (ПК-4)	проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья детей различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья	методиками, социально-гигиенического мониторинга; методами статистической оценки данных	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ПК-5	готовность к определению у детей патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний крови, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	- основы ультразвукового исследования внутренних органов с учетом современных представлений о патологии; основы международной классификации болезней.	- рассчитывать основные параметры и их производные в оптимальном режиме исследования	- навыками обследования больного ребёнка	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов - детей, с заболеваниями системы крови, нуждающихся в оказании медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику гематологических заболеваний в соответствующей области применения методов исследования различных систем организма особенности организации помощи больным детям в специализированных	определять показания и целесообразность к проведению ультразвукового и других методов лучевых исследований; выбирать адекватные методы исследования	навыками для выполнения отдельных диагностических процедур, методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с различными врожденными и приобретенными заболеваниями системы крови	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

		гематологических стационарах и центрах			
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	особенности организация экстренной помощи больным детям с острыми заболеваниями и травмами сердца и сосудов, патологией гемостаза	эффективно организовать работу отделений и служб медицинского подразделени	навыками диагностики и лечения острой патологии внутренних органов	Тесты, вопросы, ситуационн ые задачи
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, с заболеваниями крови, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма, способности кроветворной системы реагировать на условия окружающей среды	учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	Основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации	Тесты, вопросы, ситуационн ые задачи
ПК-9	готовность к формированию у детей, родителей и других членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основы первичной профилактики заболеваний и санаторно-просветительной работы	проводить систематическое обучение, включающее ознакомление с теоретическими основами общей патологии	основами педагогики; навыками работы с пациентами и членами их семей	Тесты, вопросы, ситуационн ые задачи
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских ьорганизациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания детей, их родителей, и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей	Тесты, вопросы, ситуационн ые задачи
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи гематологическим больным с использованием основных медико-статистических	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей	Тесты, вопросы, ситуационн ые задачи

	показателей				
ПК-12	готовность к оказанию медицинской помощи детям при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	готовность к оказанию медицинской помощи детям при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	организовать эффективную медицинскую сортировку больных детей и раненых пациентов	навыками по оказанию плановой и неотложной помощи	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.29 «Гематология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1.Б.1.1 Патология эритронов	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8 ОПК-4,5,6,7,8	- вопросы - тесты - задачи - практические навыки	- устно - тестирование - устно - контроль навыков
2.	Б.1.Б.1.2 Патология лейкоцитов и миелоидной ткани	УК-1, УК-2, УК-3, , ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8 ОПК-4,5,6,7,8, 10	- вопросы - тесты- - задачи - практические навыки	- устно - тестирование
3.	Б.1.Б.1.3 Система гемостаза и гемостазиопатии	УК-1, УК-2, УК-3, , ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,ПК-10, ПК-11,ПК-12 ОПК-4,5,6,7,8, 10	- вопросы - тесты -- задачи - практические навыки	- устно - тестирование
4	Б.1.Б.1.4 Новые концепции в детской гематологии и здравоохранении	УК-1, УК-2, УК-3, , ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,ПК-9, ПК-10,ПК-11 ОПК-1,2,6,9	- вопросы - тесты -- задачи - практические навыки	- устно - тестирование
5.	Б.1Б.2 Общественное здоровье и здравоохранение	УК-1,2 ПК-1,4,9,10,11 ОПК-1,2,8,9	- тесты	- тестирование
6	Б.1.О.3 «Педагогика»	УК-1,2,3 ПК-9 ОПК-3	- вопросы - тесты - задачи - практические навыки	- устно - тестирование - устно - контроль навыков
7	Б.1.Б.4 Патологическая анатомия	УК-1	- вопросы	- устно

		ПК-5 ОПК-4	- тесты	- тестирование
8.	Б.1.Б.5 Патологическая физиология	УК-1 ПК-5 ОПК-4	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
9	Б.1.В.ОД.1 «Иммунология»	УК-1 ПК-1,2,5,6,8,9 ОПК-4,5,6	вопросы - тесты	- устно - тестирование
10	Б.1.В.ДВ.1.1 «Медицинская психология и деонтология»	УК-1,2 ПК-9 ОПК-6,8	вопросы - тесты	- устно - тестирование
11	Б.1.В.ДВ.1.2 «Детская эндокринология»	УК-1 ПК-4,10,11 ОПК-4,5	вопросы - тесты	- устно - тестирование
12	Б.1.Б.6 Медицина чрезвычайных ситуаций	УК-1 ПК-3,7,12 ОПК-10	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
13.	Б.2.1 Производственная клиническая практика	УК-1 ПК-1,2,5,6,8,9 ОПК-4,5,6,7,8,9,10	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
14.	Б.2.2 Производственная практика «Научно-исследовательская работа»	УК - 1,2,4; ОПК- 1,4,5,8; ПК- 4	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Гематология»

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1,	1-100	16-61 57-58 81	1-2	1-35
	ОПК-1	186-192	1-14 30-36 56-65	1-2	1-35
2.	ОПК-2	1-8, 299-400, 423	12-13 66-69	18-38	16-14, 21-23, 31-32
4.	ОПК-3	556-600	-	46-47	17, 21, 25-26,
5.	ОПК-4	9-75, 86-133, 141-173, 191-289, 348-386, 600-807, 810-905, 947-1000	14-32 39-54 58-77 81-84	3-12, 15-18, 39-41	1-35
6.	ОПК-5	47-55, 65-95, 123-140, 172-183, 260-293, 303-320, 332-	15-32, 42-55 66-73 78-79 88-100	42-47	1-35

		338, 364-399, 412-459, 808- 920, 934-938			
7.	ОПК-6	11, 160-174, 448-556, 922- 927	15-18 37-38 42-55 69-70 75-80 88-97	10-12	5-12, 15-20, 25-31, 33- 34
8.	ОПК-7	91-93, 378- 380, 942-945,	19-20 66-73	40-47	6-8, 11-12, 16-19, 27- 29, 33-34
	ОПК-8	154, 168-169, 197-198, 906- 914	15-19 72-79 85	1-47	1-35
9.	ОПК-10	241-242, 331- 347, 376-387, 409-410, 470- 484, 525-540	19-20 72-73 78-79	42-47	1-35
10.	ПК-1	21-35, 289- 299, 348-386, 600-807, 810- 905, 947-1000	3-11 16-19 53-64 81-84	1-10, 18-35	1-35
11.	ПК-2	3-4, 6-8,16-18	12-13 79-80	1-12	3-4, 6-8, 16-17, 21-27, 31-32, 35
	ПК-3	121, 134, 416- 424	55 19	-	1-35
12.	ПК-4	11, 160-174, 154, 168-169, 197-198, 448- 556, 922-927,, 906-914	3-6 33-34	1-2	23-26, 31-32
13.	ПК-5	9-75, 86-133, 141-173, 191- 289, 348-386, 600-807, 810- 905, 947-1000	1-19 33-37 40-54 81-87	3-9, 13-14, 19-38	1-35
14	ПК-6	47-55, 65-95, 123-140, 172- 183, 260-293, 303-320, 332- 338, 364-399, 412-459, 808- 920, 934-938	41-54 58-70 88-100	40-45	1-35
15	ПК-7	47-55, 65-95, 123-140, 172- 183, 260-293, 303-320, 332- 338, 364-399, 412-459, 808- 920, 934-938	20 73 78-80 99-100	42-47	1-35
	ПК-8	47-55, 65-95, 123-140, 172- 183, 260-293, 303-320, 332-	15-20, 42-52 88-98	42-46	1-35

		338, 364-399, 412-459, 808- 920, 934-938			
	ПК-9	6-8, 11-12, 15-18, 21-22, 27-30, 33-35	9-10, 13	1-2, 11	6-8, 11-12, 15-18, 21- 22, 27-30, 33-35
	ПК-10	1,3,1013	5-7,	1-3, 10-13	1-35
	ПК-11	-	3-8		1-35
16	ПК-12	-	15-26 72-73 99-100	39-41, 42-47	1-35

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности

31.08.29 «Гематология»

Перечень вопросов для проведения устного собеседования

1. Этапы становления эритропоэза плода.
2. Типы гемоглобина и морфология эритроцитов на разных этапах развития эритропоэза. Принципы диагностики.
3. Морфологические и функциональные особенности эритроцитов недоношенного ребенка. Динамика показателей
4. Морфологические и функциональные особенности эритроцитов доношенного ребенка первого года жизни..
5. Анемии недоношенных: ранняя, промежуточная и поздняя.
6. Анемии новорожденных. Показания к различным видам терапии
7. Функциональные особенности эритронов у детей различных возрастных групп.
8. Роль селезенки в эритрокинетике здоровых детей.
9. Физиологический минимум эритроцитов и гемоглобина
10. Обмен железа у ребенка первого года жизни
11. . Показатели эритроцитов, гемоглобина, обмен железа у детей старшего возраста. Особенности в пубертатном периоде.
12. Пренатальные факторы дефицита железа. Профилактика.
13. Постнатальные факторы дефицита железа у детей различного возраста
14. Диагностика патологии эритронов. Современные методы обследования
15. Обследование и лечение железодефицитных состояний у детей раннего возраста.
16. Обследование и лечение ЖДА у детей старшего возраста.
17. Дефицит витамина В-12 и анемия у детей
18. Фолиеводефицитные анемии детского возраста
19. . Анемии хронических больных/ Транзиторная эритробластопения
20. Острые постгеморрагические анемии, неотложная помощь.

21. . Гемолитические анемии: врожденные нарушения мембраны эритроцитов
22. Ферментопатии эритроцитов, методы диагностики
23. Приобретенные гемолитические анемии: иммунные
24. Микроангиопатические анемии, осложнения
- 25.. Гемолитическая болезнь новорожденных
26. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия
27. Синдром Фишера-Эванса
- 28.. Гемоглобинопатии. Талассемии. Серповидноклеточная болезнь
29. Дифференциальная диагностика анемических синдромов различного генеза
30. Миелодиспластический синдром
31. Апластические анемии, современные методы лечения
32. Анемический синдром при орфанных заболеваниях.
33. Особенности показателей лейкоцитов и лейкоцитарной формулы здорового ребенка в периоде новорожденности и в последующие периоды детства
34. История изучения гемопоэза и основы современной теории кроветворения
35. Функции различных видов лейкоцитов.
36. Эпидемиология и этиология пролиферативных заболеваний кроветворной ткани
37. Нейтропении врожденные и приобретенные. Дифференциальная диагностика
38. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
39. Методы диагностики миело- и лимфопролиферативных заболеваний
40. Эпидемиология и этиология злокачественных опухолей у детей.
41. Гемобластозы. Классификация. Современные методы диагностики
42. Острый лимфобластный лейкоз. Протоколы лечения
43. Острый и хронический миелолейкоз. Современная тактика лечения.
44. Методы лучевой терапии в онкогематологии
45. Лимфома Ходжкина
46. Неходжкинские лимфомы
47. Гистиоцитозы. Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз.
48. Лимфоаденопатии и спленомегалии. Лимфатизм как вариант конституции
49. Иммунодефицитные состояния; тяжелая комбинированная иммунная недостаточность.
50. . Синдром Вискотта-Олдрича
51. Инфекционные аспекты лимфоаденопатий.
52. X-сцепленный лимфопролиферативный синдром .
53. Диагностика в детской онкологии - методы визуализации
54. Верификация злокачественных процессов на основе современных методов обследования.
55. Осложнения полихимиотерапии, пути профилактики и лечения.
- 56.. История гемостазиологии. Номенклатура и функции факторов коагуляции
57. Физиология гемостаза, эволюция знаний и диагностических возможностей
58. Методы диагностики в гемостазиологии.
59. Геморрагические синдромы у детей.
60. Тромбоцитарное звено гемостаза. Функции тромбоцитов.
61. Первичные механизмы остановки кровотечения. Методы диагностики.
62. Сосудистое звено. Участие сосудов в гемостазе
63. Коагуляционное звено. Механизмы гемокоагуляции и фибринолиза

64. Диагностика коагуляционного звена гемостаза: свертывания крови, фибринолиза и антикоагулянтной активности.
65. Классификация гемостазиопатий. Геморрагические синдромы.
66. Тромбоцитопатии приобретенные и врожденные: методы диагностики, лечение, неотложная помощь при кровотечениях.
67. Нарушения свертывания крови – коагулопатии приобретенные.
68. Геморрагическая болезнь новорожденных.
69. Врожденные коагулопатии. Гемофилия. Современные методы ранней диагностики, лечения и профилактики кровотечений.
70. Болезнь и синдром Виллебранда.
71. Тромбоцитопенические пурпury у новорожденных и детей старшего возраста.
72. Неотложная помощь при кровотечениях различного генеза и профилактика кровоточивости
73. ДВС-синдром в педиатрии.
74. Тромботические гемостазиопатии у детей: классификация, клинические проявления.
75. Приобретенные тромбофилии у детей различного возраста.
76. . Врожденная тромбофилия.
77. Диагностика тромбофилии, молекулярно-генетическое обследование; степень тромботического риска.
78. Лечение тромбоза в остром периоде и в периоды выздоровления.
79. Профилактика тромботических осложнений. Управляемые и не управляемые факторы риска.
80. Механизмы и клинические проявления кровоточивости у детей соединительнотканнми дисплазиями.
81. Молекулярно-генетические исследования в гематологической практике. Значение для диагностики и прогноза.
82. Генетические исследования у пациентов с патологией эритронов
83. . Методы генетического обследования в гемостазиологии.
84. Оценка результатов молекулярно-генетических исследований в трактовке степени тромботического риска.
85. Дифференцированный подход к рекомендациям по лечению и профилактике тромботических осложнений
86. Генетические основы патологических процессов в миелоидной и лимфоидной ткани.
87. Методы генетического обследования при диагностике орфанных заболеваний, протекающих с гематологическими нарушениями
88. Болезнь Гоше, современные методы лечения, прогноз.
89. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса
90. Опухоли центральной нервной системы
91. Нейробластома
92. Остеогенная саркома
93. Саркома Юинга.
94. Нефробластома.
95. Герминогенные опухоли.
96. Гемангиомы. Синдром Казабаха-Меритта.
97. Инфантильные ангиомы, современные методы лечения, прогноз.

98.Эритроцитозы первичные и вторичные.

99.Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура – болезнь Мошковиц.

100.Гемолитико-уремический синдром.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Задачи для проведения собеседования

ЗАДАЧА № 1

Ребёнок 5 лет. Поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружения, бледность, желтушность кожи, вялость, повышение температуры до 38,5., тошноту, возникшими в периоде выздоровления от ОРЗ. Какая форма патологии требует исключения?

ЗАДАЧА № 2 Мальчик 11 лет. Обратился к врачу в связи с появлением геморрагической сыпи на конечностях. В анамнезе частые ангины. После очередной ангины через 10 дней стал жаловаться на боль в коленном суставе, в животе. На следующий день появилась папулёзно-пятнистая геморрагическая сыпь на ногах.

Что Вы порекомендуете этому пациенту по началу лечения?

ЗАДАЧА № 3

Мальчик 7 лет госпитализирован с жалобами на продолжающееся носовое кровотечение. Носовые кровотечения прежде не отмечались, возникли в данное время впервые, через 10 дней после перенесенного ОРЗ. В семье геморрагическими проявлениями никто не страдает. Какие исследования необходимо выполнить прежде всего?

ЗАДАЧА № 4

Больной – 2 года. Анамнез болезни: в периоде новорождённости затяжная желтуха, по поводу которой не обследовался. В годовалом возрасте родители заметили стойкую желтушность склер и кожи. Отец и дедушка по отцовской линии страдают желчекаменной болезнью с молодого возраста. Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 5

Больной 15 лет. Заболевание проявилось в годовалом возрасте, когда после падения с дивана возникла обширная гематома левой височной области. В дальнейшем отмечались повторные кровоизлияния в суставы, в том числе трижды в правый коленный. Накануне обращения отмечался ушиб правой нижней конечности при падении. Какое лечение ему показано?

ЗАДАЧА №6 Девочка 4 лет поступила в стационар с жалобами на периодические боли в животе, появление геморрагической сыпи на ногах за 6 дней до госпитализации. При осмотре на коже ягодиц, нижних конечностей, предплечий папулёзная сыпь красно-багрового цвета с диаметром элементов 3-5мм, местами сливаясь с элементами некроза. Слизистые чистые, периферические лимфоузлы мелкие безболезненные. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, моча светлая. Какие виды патологии требуют исключения?

ЗАДАЧА №7

Больной 2г.10 мес. В анамнезе – в течение недели жалобы на боли в правой ноге, хромота при ходьбе, субфебрилитет. При поступлении в стационар состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. На коже туловища и конечностей не обильная геморрагическая сыпь в виде петехий и экхимозов. Лимфоузлы во всех группах множественные мелкие, плотные. Правый коленный сустав несколько увеличен без признаков воспаления. Тоны сердца отчетливые, систолический шум на верхушке, дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень + 3 см из-под реберной дуги, селезенка + 2 см – плотные. Яички не увеличены, неврологический статус без особенностей. Каков первичный диагноз? Какие необходимы дополнительные исследования прежде всего?

ЗАДАЧА №8

Больная 2г.9 месяцев. Через 2 недели после перенесенного ОРЗ состояние остро ухудшилось. При поступлении в местный стационар состояние тяжелое, вялость, сонливость, слабость, фебрилитет. Выраженная бледность кожи, слизистых оболочек. Множественные экхимозы и петехии на коже, единичные на слизистой рта. Лимфоузлы шейные до 1,5 см в диаметре, подмышечные до 1 см, паховые до 0,8 см. Дыхание везикулярное 30 в мин., тоны сердца отчетливые ЧСС 120 в мин. Живот немного вздут, печень + 6 см, селезенка + 10 см – плотные. В неврологическом статусе: менингеальные симптомы отрицательные, мышечная гипотония, сухожильные рефлексы симметричные, асимметрия носогубных складок, некоторое ограничение движения глазных яблок. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте тактику ведения.

ЗАДАЧА №9.

Больной 8 лет. Утром без видимой внешней причины появился жидкий стул чёрного цвета, слабость, обморочное состояние. За два дня до этого была нетяжёлая травма живота – ушиб при падении. Ранее отмечалась кровоточивость при смене молочных зубов. При поступлении в стационар жалобы на выраженную слабость. Состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые умеренно бледные. ЧСС 90 в мин. Тоны сердца отчетливые, дыхание везикулярное 28 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. В левой подвздошной области отцветающий экхимоз. АД 100/60. Каков предварительный диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №10

Больная 7 лет Поступила в стационар без субъективных жалоб в состоянии средней тяжести. На коже обильная геморрагическая сыпь в виде багрово-синюшных папул

больше на разгибательных поверхностях конечностей и на ягодицах. Слизистые чистые обычного цвета. Проба шипка отрицательная. Лимфоузлы шейные и паховые единичные до 0,5 см в диаметре, эластичные. Тоны сердца отчетливые, ЧСС 90 в мин, дыхание везикулярное 28 в мин. Живот мягкий умеренно болезненный при пальпации. Стул и мочеиспускания не нарушены. Моча светлая. Что необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №11

Больной, 4 года. В анамнезе – полгода назад после травмы отмечался обширный экхимоз. Клинический анализ крови в тот период был нормальным. В последующем сохранялась упорно рецидивирующая синячковость, без видимых травм, усилившаяся в течение последней недели перед госпитализацией. В клиническом анализе крови амбулаторно – тромбоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, остальные показатели не изменены. При поступлении в стационар состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь в виде экхимозов и петехий. Единичные петехии на слизистой ротовой полости и на конъюнктивах. Лимфоузлы мелкие, единичные, типично расположены. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в мин, дыхание везикулярное 28 в мин. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускания и стул не нарушены. О какой патологии следует прежде всего думать? Какие методы исследования нужно провести?

ЗАДАЧА №12

Больная 17 лет. В анамнезе – в течение недели была фебрильная лихорадка, затем присоединились боли в левом подреберье, иррадиирующие в подвздошную область слева, развилась выраженная слабость. При осмотре в поликлинике выявлена гепатоспленомегалия.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные, сухие. На ногах единичные экхимозы. Лимфоузлы во всех пальпируемых группах мелкие, плотные, множественные. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные. Живот мягкий, печень +2 см, селезенка + 2 см, плотные. Стул и мочеиспускания не нарушены. Какая патология имеет место? Какими методами исследования нужно это подтвердить?

ЗАДАЧА №13

Девочка 12 лет самостоятельно обнаружила у себя увеличение шейных лимфоузлов и обратилась в поликлинику. Предъявляла также жалобы на слабость, повышенную утомляемость, боли в костях и суставах ног. В амбулаторном анализе крови выявлены лейкоцитоз и анемия. При поступлении в стационар состояние тяжелое, температура 37,2. Кожные покровы бледные, единичные экхимозы на ногах. Слизистая полости рта слегка гиперемирована. Периферические лимфоузлы множественные во всех группах до 2 см в диаметре, в виде пакетов, безболезненные, не спаянные с кожей. Дыхание жестковатое, ЧСС 24 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень +3 см, селезенка +6 см, плотные. Физиологические отправления не нарушены. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА №14 Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на

лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте рабочий диагноз. Какие дополнительные данные необходимы для верификации диагноза?

ЗАДАЧА №15 Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте. Каков диагноз ребенка? Окажите неотложную помощь. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №16. Девочка Л., 13 лет, поступила в стационар с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,5°C, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0x7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Поставьте диагноз. Какими дополнительными исследованиями надо его подтвердить?

ЗАДАЧА №17. Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик ; стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C,

увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Поставьте первичный диагноз. Какова тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? После верификации диагноза?

ЗАДАЧА №18. Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры - до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на слизистой рта единичные элементы некротического стоматита. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых оболочках полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Поставьте диагноз, назначьте обследование для его подтверждения.

ЗАДАЧА №19. Больной Н., 4 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочеиспускания.

Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у мальчика поднялась температура до 38°C , появился кашель. Получал ампициллин внутрь. 2 дня назад мать заметила, что ребенок стал вялым, побледнел, отмечалась многократная рвота, стал реже мочиться.

При поступлении состояние очень тяжелое. Вялый, в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные, небольшое количество мелких свежих синяков на конечностях и туловище. Склеры иктеричны. Периферические лимфатические узлы мелкие. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, пальпируется край селезенки. Мочится редко, при осмотре выделил 30 мл красноватой мочи. Стул темной окраски, оформленный. АД 120/80 мм рт.ст. Поставьте и обоснуйте диагноз.

ЗАДАЧА №20. Девочка М., 3,5 лет, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок болен около 2 недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура 38,5°C. Получала анальгин, бисептол. 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная моча. Участковым педиатром заподозрен инфекционный гепатит. Анамнез жизни без особенностей.

При поступлении состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, истеричность склер. Со стороны сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, селезенка - на 3 см, пальпация их слегка болезненна. Мочится хорошо, моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный. Какие дополнительные исследования необходимы для верификации диагноза? Назначьте лечение на момент поступления в стационар.

ЗАДАЧА №21. Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов.

Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются неинтенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12,5 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако, при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые оболочки полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются. Поставьте диагноз. Какова тактика ведения пациентки?

ЗАДАЧА №22. Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось знаменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°C, ребенок пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия - гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены. О каком заболевании следует думать в данном случае в первую очередь? Какие методы лечения показаны в подобных случаях?

ЗАДАЧА №23. Больной 1 год. Во время профилактического осмотра врач-педиатр обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. В анамнезе: ребенок быстро утомляется, раздражителен, стал менее активен, мама отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю; отмечались высокие прибавки в весе.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии средней тяжести, роды срочные, вскармливание искусственное с 2 мес. мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев. В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРЗ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост 78 см, масса 12 кг.

Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный. Поставьте диагноз, сформулируйте факторы риска по данной патологии, назначьте лечение

ЗАДАЧА №24. Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса при рождении – 2950 г, длина – 51 см. оценка по Апгар <http://pediatrino.ru/poliklinicheskaya-pediatrica/shkala-apgar/> – 6/7 баллов. К груди приложен в первые сутки. На 3 день жизни отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем был введён 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена аминокaproновая кислота. Несмотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не пальпируется, стул – мелена. Поставьте диагноз, назначьте обследование для его подтверждения, лечение и диспансерное наблюдение.

ЗАДАЧА №25. Мальчик А. 8 лет поступил в отделение больницы с жалобами, со слов матери, на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов. На первом году жизни у ребенка появились кровоподтеки и уплотнением на теле

после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы нижней губы. В возрасте 6 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии. При осмотре состояние тяжёлое. Жалуется на боль в левом коленном

суставе, движения болезненны, на ногу ступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нём ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым. Сформулируйте диагноз, окажите первую помощь. Какова тактика дальнейшего лечения и наблюдения ребенка, методы реабилитации?

ЗАДАЧА №26. Мальчик Р. 1 год 2 месяца поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (лизает стены, ест мел).

Из анамнеза известно: ребёнок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине без лечения. Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина 51 см, 8/9 баллов по Апгар. С 2 месяцев искусственное вскармливание. Прикормы с 5 месяцев: манная каша, творог, овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). С 1 года находился в деревне, питался коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город в анализе крови обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, ребёнок госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. Дыхание пузрильное, 30 в мин, тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, ЧСС 110, Живот мягкий, безболезненный, печень + 2,5 см., селезёнка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова. Поставьте диагноз, оцените факторы риска данной патологии у ребёнка, назначьте лечение и профилактику в подобных случаях.

ЗАДАЧА №27. Девочка И. 15 лет поступила в стационар с жалобами матери на увеличение шейных лимфатических узлов, навязчивый непродуктивный кашель.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребёнка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Врачом-педиатром участковым поставлен диагноз: «шейный лимфаденит». Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие значительно ухудшилось. Периодически отмечаются подъёмы температуры до 38,5 °С, сопровождающиеся ознобом, беспокоят проливные ночные поты, кожный зуд, появился кашель, боли за грудиной, снижение веса более чем на 10% за последние 3 месяца. При осмотре: состояние тяжёлое, самочувствие страдает: снижен аппетит, беспокойный сон. Обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0х7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0–1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, плотные, безболезненные при пальпации, без признаков воспаления. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Сформулируйте диагноз, обозначьте стадию течения процесса, назначьте дополнительное обследование для подтверждения диагноза.

ЗАДАЧА №28. Мать с ребенком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у сына.

Анамнез заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невропатолога эффекта не дало. Последние 3-4 дня беспокоит головная боль с утра, рвота. При объективном осмотре: состояние тяжёлое, вялый. Кожные покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка? Какие методы обследования необходимы для диагностики? Поставьте предположительный диагноз.

ЗАДАЧА №29. Девочка М. 13 лет поступила в стационар с жалобами матери на слабость, вялость, головные боли, «синячки» на коже.

Из анамнеза заболевания: заболела неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синячки». По месту жительства проводилась местная гемостатическая терапия, кровотечение было остановлено, назначен аскорутин.

Геморрагическая сыпь нарастала. Доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Appetit снижен. Кожные покровы бледные, на туловище и нижних конечностях петехии и экхимозы различной степени давности. Слизистые оболочки бледные. Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. С какими видами патологии следует проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить?

ЗАДАЧА №30. Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении 3800 г, рост 53 см. Вскармливание грудное, прикормы по возрасту. Прививки выполнены по графику. Старший брат здоров.

Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности.

Анамнез заболевания: мама заметила появление большого количества синяков на

животе у ребёнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у

мальчика появилось увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Общее состояние ребёнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок 1х1,5 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отёчный, увеличен в объёме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный. Поставьте предварительный диагноз. Какое лечение следует назначить пациенту? Какова дальнейшая тактика и профилактика геморрагий?

ЗАДАЧА №31. Родители девочки 14 лет обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на снижение успеваемости в школе, частую головную боль по утрам, избирательный аппетит, утомляемость усилившиеся в последние полгода. В течение последних двух лет активно, быстро прибавляла показатели физического развития, с 13 лет – месячные средней интенсивности, регулярные, до 7 дней.

При осмотре девочки обращает на себя внимание астеничность больной, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Отмечается истончение и

ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. На верхушке сердца выслушивается лёгкий систолический шум. ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 88 г/л, цветовой показатель – 0,73, ретикулоциты, MCV – 75 fL, MCH – 24 пг, MCHC – 300 г/л. В мазках эритроциты бледной окраски, микроанизоцитоз (++) . Поставьте диагноз. Какова профилактика данной патологии у подростков?

ЗАДАЧА №32. Больной 10 лет. Жалобы при обращении к врачу на общую слабость и утомляемость в течение последнего года, усилившиеся в последнее время, перед летними школьными каникулами. В анамнезе периодически носовые кровотечения с 4 лет, кровоточивость десен при чистке зубов, склонность к легкому возникновению синяков. Анемия легкой степени в течение последних месяцев. При осмотре состояние средней тяжести. Кожа, слизистые оболочки умеренно бледные. На коже конечностей несколько мелких экхимозов разной степени давности. В носовых ходах кровяные корочки. Положительный симптом «щипка». Лимфатические узлы шейные и паховые единичные, мелкие, эластичные. Дыхание везикулярное 24 в мин. Тоны сердца отчетливые, функциональный систолический шум на верхушке, ЧСС 90 в мин. Живот мягкий, печень, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускания не нарушены. Какова Ваша тактика? Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА №33. Больной 6 лет. Жалобы при поступлении в стационар на выраженную слабость, нарушения самочувствия, утомляемость в течение последнего месяца, повышение температуры последние 2 дня до 38. . До недавнего времени – рост и развитие по возрасту, посещал детский сад. Последнее острое респираторное заболевание два месяца назад. Состояние тяжелое, Резкая слабость. Сухой кашель. Из носа слизистогнойное отделяемое. Кожа бледная, на коже голеней обильная петехиальная сыпь, на туловище – единичные экхимозы. Слизистые оболочки бледные, единичные афты на слизистой рта. Дыхание жестковатое, хрипов нет, 26 в мин. , тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 100 в мин. Живот мягкий, пальпируется край печени – эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускания не нарушены. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. Какой вид патологии следует предположить?

ЗАДАЧА №34. Больной 8 лет. Обратился с жалобами на боль, ограничение подвижности левого коленного сустава. Накануне упал на улице. В анамнезе – в возрасте 6 месяцев после внутримышечной инъекции появилась обширная напряженная гематома на левой ягодице с распространением на бедро и мошонку. В возрасте 11 месяцев после незначительной травмы указательного пальца правой кисти развилось кровотечение, продолжавшееся до 3 часов, остановленное гемостатической губкой. С этого времени наблюдается гематологом. Периодически спонтанно или после незначительных травм возникают гемартрозы левого коленного сустава, однократно – гемартроз правого локтевого сустава. Дядя по материнской линии наблюдается гематологом по поводу повышенной кровоточивости. При поступлении в стационар состояние средней тяжести, ограничение подвижности и боль в левом

коленном суставе. Кожа смуглая. На голеньях, бёдрах, спине экхимозы различной степени давности, угасающие, размером до 3 см в диаметре. Левый коленный сустав значительно увеличен, резко болезненный, определяется флюктуация надколенника. Слизистые оболочки чистые, розовые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, 24 в мин. Тоны сердца отчетливые, ЧСС 90 в мин. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются. Стул, моча – обычной окраски. Окажите помощь, назначьте неотложные мероприятия. Составьте план реабилитации и профилактических мероприятий.

ЗАДАЧА №35. Больная 3 лет. Обратилась к врачу по поводу бледности, снижения аппетита. Самочувствие не нарушено. В анамнезе в периоде новорожденности затяжная желтуха, купировавшаяся в 1 месяц. Рост и развитие по возрасту, в анализах крови отмечалась анемия, по поводу которой в годовалом возрасте получала мальтофер в течение месяца – без отчетливой динамики, в дальнейшем не лечилась. В анализе крови, выполненном для оформления в детский сад – анемия легкой степени. Отец девочки уроженец Кавказа. Гематологической патологии в семейном анамнезе нет, бабушка по линии отца страдает желчекаменной болезнью. При осмотре – состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Девочка активная, развита по возрасту. Кожа, слизистые оболочки бледные. Склеры субиктеричны. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, 28 в мин. Тоны сердца отчетливы, ЧСС 100 в мин. Живот слегка вздут, печень + край, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускания не нарушены. Поставьте диагноз. Обоснуйте тактику ведения и рекомендации по образу жизни.

Ответы (диагнозы) к задачам:

1. Гемолитическая анемия.
2. Геморрагический васкулит
3. Острая тромбоцитопеническая пурпура
4. Гемолитическая анемия врожденная.
5. Гемофилия
6. Геморрагический васкулит
7. Острый лимфобластный лейкоз.
8. Острый лимфобластный лейкоз
9. Гемофилия А
10. Геморрагический васкулит, кожная форма.
11. Острая тромбоцитопеническая пурпура
12. Острый нелимфобластный лейкоз.

13. Острый лимфобластный лейкоз.
14. Острая тромбоцитопеническая пурпура
15. Геморрагический васкулит, смешанная форма.
16. Болезнь Ходжкина.
17. Острый лимфобластный лейкоз.
18. Приобретенная апластическая анемия.
19. Гемолитико-уремический синдром.
20. Приобретенная гемолитическая анемия, иммунная?
21. Тромбоцитопатия.
22. Гемолитическая анемия врожденная (микросфероцитоз?).
23. Железодефицитная анемия.
24. Геморрагическая болезнь новорожденных, желудочно-кишечное кровотечение.
25. Гемофилия.
26. Железодефицитная анемия.
27. Болезнь Ходжкина. Стадия 2В.
28. Острый лимфобластный лейкоз.
29. Приобретенная апластическая анемия.
30. Гемофилия. Гемартроз.
31. Железодефицитная анемия пубертатного возраста.
32. Тромбоцитопатия.
33. Приобретенная апластическая анемия
34. Гемофилия. Гемартроз. Артропатия левого коленного сустава..
35. Малая талассемия.

Критерии оценки:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» -правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Тесты

31.08.29 «Гематология»

Тестовый контроль по специальности «гематология»

Выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

1. В основе врачебной этики и деонтологии лежат все перечисленные ниже критерии, кроме:
 - а) гуманизма;
 - б) рационализма;
 - в) профессионализма;
 - г) индивидуализма
 - д) оптимизма

2. Первый специализированный центр по переливанию крови был организован в России в:
 - а) 1902 году;
 - б) 1914 году;
 - в) 1923 году;
 - г) 1926 году;
 - д) 1929 году.

3. Международная классификация болезней – это:
 - а) перечень наименований болезней в определенном порядке
 - б) перечень диагнозов в определенном порядке
 - в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, рас положенных по определенному принципу
 - г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
 - д) перечень наименования болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

4. Врач гематологического отделения, исходя из состояния больного, имеет право назначать и отменять любые лечебно-диагностические процедуры:
 - а) самостоятельно;
 - б) по согласованию с зав.отделением;

- в) по согласованию с администрацией больницы;
- г) по согласованию со страховой компанией
- д) имеет право самостоятельно принимать решения только во время дежурства.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- б) - если правильны ответы 1 и 3,
- в) - если правильны ответы 2 и 4,
- г) - если правильный ответ 4,
- д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

5. Врач-гематолог обязан осуществлять следующие манипуляции:

- 1. стерильную пункцию;
- 2. трепанобиопсию;
- 3. люмбальную пункцию;
- 4. биопсию лимфоузла,
- 5. бронхоскопию

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

6. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1. защиты внутреннего мира человека,
- 2. защиты экономических интересов больного,
- 3. создание основы доверительности и откровенности «врач-пациент»
- 4. поддержание престижа профессии
- 5. защиты экономических интересов врача

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

7. Предметом врачебной тайны является:

- 1. информация о факте обращения за медицинской помощью,
- 2. информация о состоянии пациента в период его заболевания,
- 3. информация о состоянии здоровья пациента,
- 4. информация о прогнозе заболевания
- 5. информация о диагнозе заболевания после выписки из стационара

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

8. В случае нарушения своих прав пациент может обратиться:

1. к руководителю лечебно-профилактического учреждения,
2. в органы управления здравоохранения,
3. в страховую компанию,
4. в суд,
5. в общество по защите прав потребителей

А. 1, 2, 3

Б. 1, 3

В. 2, 4

Г. 4

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

9. Стволовые кроветворные клетки в нормальном костном мозге содержатся в концентрации:

А $1:10^7$ миелокариоцитов

Б. $1:10^6$ миелокариоцитов

В. $1:10^5$ миелокариоцитов

Г. $1:10^4$ миелокариоцитов

Д. $1:10^8$ миелокариоцитов

10. Полипотентные клетки - предшественницы костного мозга человека можно исследовать методом:

А. микроскопии мазка костного мозга

Б. микроскопии мазка лейкоконцентрата

В. фенотипирования

Г. культивирования в агаре

Д. цитохимического определения

11. В нормальном лимфоузле присутствуют:

А. клетки миелоидного ряда

Б. только В-лимфоциты

В. только Т-лимфоциты

Г. В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а так же клетки циркулирующей крови

Д. эпителиоидные клетки

12. Количество классов иммуноглобулинов у человека составляет:

А. 2

Б. 3

В. 5

Г. 6

Д. 10

- 13.** В молекуле иммуноглобулинов легкими цепями называют:
- А. g- полипептиды
 - Б. а- полипептиды
 - В. m- и e- полипептиды
 - Г. d- полипептиды
 - Д. с- и l- полипептиды
- 14.** Антительную специфичность молекулы иммуноглобулина определяет:
- А. j фрагмент Fab
 - Б. j фрагмент Fc
 - В. константный район - C
 - Г. переменный район - V
 - Д. шарнирный район
- 15.** Клональная дифференцировка Т-лимфоцитов происходит в:
- А. лимфоцитах;
 - Б. костном мозге;
 - В. селезенке;
 - Г. тимусе;
 - Д. Пейеровых бляшках.
- 16.** Нормальный иммунный ответ всегда является:
- А. поликлональным,
 - Б. моноклональным,
 - В. поли- и моноклональным,
 - Г. диклональным,
 - Д. моно- и диклональным
- 17.** Обнаружение гемосидерина в моче характерно для:
- А. внутриклеточного гемолиза;
 - Б. внутрисосудистого гемолиза;
 - В. наследственного микросфероцитоза;
 - Г. окантоцитоза
 - Д. свинцового отравления
- 18.** Цитологическая диагностика лимфогранулематоза основывается на:
- А. обнаружении эпителиоидных клеток;
 - Б. обнаружении клеток Гоше;
 - В. обнаружении клеток Березовского-Штернберга,
 - Г. обнаружении больших скоплений бластов
 - Д. обнаружении клеток Ходжкина
- 19.** Наличие филадельфийской хромосомы патогномонично для:
- А. острого промиелоцитарного лейкоза;
 - Б. сублейкемического миелоза;

- В. хронического миелолейкоза, пре-В и common форм острого лейкоза,
- Г. хронического волосатоклеточного лейкоза
- Д. эритремии

20. Для сублейкемического миелоза характерно наличие в трепанобиоптате:

- А. диффузной лимфоидной инфильтрации;
- Б. большого числа мегакариоцитов наряду с фиброзом;
- В. выраженной пролиферации клеток эритропоэза;
- Г. преобладания жира над форменными элементами.
- Д. гипоплазии кроветворения

21. Основным цитохимическим маркером острого миелобластного лейкоза является положительная реакция на:

- А. миелопероксидазу;
- Б. б-глюкуронидазу;
- В. АТФазу;
- Г. кислую фосфатазу
- Д. гликоген

22. Гемолитическую анемию может вызвать дефицит в эритроцитах:

- А. глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;
- Б. а-нафтилэстеразы;
- В. ДНК-полимеразы;
- Г. рестриктазы
- Д. РНК-полимеразы;

23. Наиболее точным критерием, отражающим запасы железа в организме, является:

- А. ферритин;
- Б. общая железосвязывающая способность сыворотки;
- В. железо сыворотки крови;
- Г. процент насыщения трансферрина
- Д. морфология эритроцитов

24. Наличие свободного гемоглобина плазмы характерно для:

- А. внутриклеточного гемолиза;
- Б. гломерулопатий;
- В. амилоидоза почек;
- Г. внутрисосудистого гемолиза,
- Д. дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

25. Прямая Кумбса проба положительна при:

- А. аутоиммунном гемолизе,
- Б. болезни Маркиафавы-Микели;
- В. наследственном микросфероцитозе;

Г. дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы,
Д. свинцовом отравлении

26. Резус-отрицательный донор - это донор:

А. не имеющий ни одного из больших резус-антигенов,
Б. имеющий сDe-фенотип,
В. имеющий DCE-фенотип,
Г. имеющий dсЕ- фенотип,
Д. имеющий d Сe- фенотип,

27. Определение массы циркулирующих эритроцитов имеет решающее диагностическое значение при:

А. эритремии;
Б. анемии;
В. тромбофилии;
Г. всем перечисленным
Д. пневмосклерозе

28. Для острого промиелоцитарного лейкоза характерно наличие:

А. транслокации 15, 17 хромосом
Б. транслокации 8; 21;
В. инверсии 16;
Г. филадельфийской хромосомы
Д. транслокации 4,5 хромосом

29. Хронический моноцитарный лейкоз обычно диагностируется:

А. у лиц 20-35 лет;
Б. у новорожденных и детей раннего возраста;
В. у подростков;
Г. в любом возрасте;
Д. у пожилых.

30. Талассемия чаще встречается у:

А. северо-американских индейцев;
Б. восточно-европейских жителей;
В. жителей экватории Африки;
Г. жителей Средиземноморья

31. Морфологическим плацдармом клеточного иммунитета являются:

А. Т-лимфоциты;
Б. В-лимфоциты;
В. плазмоциты;
Г. макрофаги
Д. все перечисленные клетки

32. Шум плеска и болезненность при пальпации кишечника характерны для:

- А. лимфогранулематоза;
- Б. эритремии;
- В. некротической энтеропатии;
- Г. амилоидоза (при множественной миеломе),
- Д. сублейкемического миелоза

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

33. Следующие клетки красного ряда способны делиться:

- 1. только эритробласты
- 2. эритробласт и пронормоциты
- 3. ретикулоциты
- 4. клетка-предшественница, эритробласт и пронормоциты
- 5. все клетки эритрона

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

34. Функции селезенки состоят в:

- 1. антителогенезе,
- 2. секвестрации клеток крови,
- 3. торможении костномозгового кроветворения,
- 4. развитии викарного кроветворения,
- 5. макрофагальных реакциях

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

35. Клональная дифференцировка В-лимфоцитов у человека происходит в:

- 1. печени
- 2. лимфатических узлах;
- 3. костном мозге;
- 4. селезенке;
- 5. тимусе

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3

- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

36. Цитогенетическое исследование при гемобластозах позволяет:

- 1. доказать их клональную природу;
- 2. выявить признаки клональной прогрессии;
- 3. контролировать "остаточную болезнь";
- 4. определять роль ионизирующей радиации в возникновении гемобластоза;
- 5. все вышеперечисленное верно.

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

37. Внутривенная урография противопоказана при:

- 1. острых лейкозах,
- 2. глубокой тромбоцитопении,
- 3. выраженной анемии,
- 4. парапротеинемиях,
- 5. гемофилии

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

38. При обследовании больного с расширением средостения целесообразно использовать:

- 1. рентгенографию легких в 2-х проекциях
- 2. рентгеновскую томографию;
- 3. компьютерную томографию;
- 4. бронхоскопию с биопсией;
- 5. сканирование с Ga60 (галлий);

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

39. Гемофилия наследуется:

- 1. аутосомно-доминантно;
- 2. сцеплено с X-хромосомой;
- 3. аутосомно-рецессивно;

4. аутосомно-доминантно с неполной пенетрантностью гена;
5. правильно все
А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

- 40.** Принципиальное отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:
А. в темпе увеличения массы опухоли,
Б. секреции аномальных белков,
В. наличие метастазов,
Г. наличии опухолевой прогрессии,
Д. выраженности интоксикации

- 41.** Классификация лейкозов основана на:
А. клинической картине заболевания
Б. анамнестических данных
2. анализе лимфатических узлов;
3. анализе костного мозга;
4. состоянии селезенки;
5. исследовании тимуса
А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

- 42.** Цитогенетическое исследование при гемобластозах позволяет:
1. доказать их клональную природу;
2. выявить признаки клональной прогрессии;
3. контролировать "остаточную болезнь";
4. определять роль ионизирующей радиации в возникновении гемобластоза;
5. все вышеперечисленное верно.
А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

- 43.** Внутривенная урография противопоказана при:

1. острых лейкозах,
 2. глубокой тромбоцитопении,
 3. выраженной анемии,
 4. парапротеинемиях,
 5. гемофилии
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

44. При обследовании больного с расширением средостения целесообразно использовать:

1. рентгенографию легких в 2-х проекциях
 2. рентгеновскую томографию;
 3. компьютерную томографию;
 4. бронхоскопию с биопсией;
 5. сканирование с Ga60 (галий);
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

45. Гемофилия наследуется:

1. аутосомно-доминантно;
 2. сцеплено с X-хромосомой;
 3. аутосомно-рецессивно;
 4. аутосомно-доминантно с неполной пенетрантностью гена;
 5. правильно все
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

46. Принципиальное отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:

- А. в темпе увеличения массы опухоли,
Б. секреции аномальных белков,
В. наличие метастазов,
Г. наличии опухолевой прогрессии,
Д. выраженности интоксикации

- 47.** Классификация лейкозов основана на:
А. клинической картине заболевания
Б. анамнестических данных
В. степени зрелости клеточного В. степень угнетения нормальных ростков кроветворения
Г. степень анаплазии элементов кроветворной ткани
Д. гепатоспленомегалия
- 48.** Для диагностики хронического моноцитарного лейкоза по картине периферической крови имеет значение:
А. лейкоцитоз
Б. абсолютный моноцитоз
В. левый сдвиг в формуле крови
Г. соотношение зрелых и незрелых гранулоцитов
Д. ускорение СОЭ
- 49.** Следующая картина крови: лейкоцитоз -80 тыс. в 1 мкл с лимфоцитозом (80%), умеренная нормохромная анемия, нормальное количество тромбоцитов, в костном мозге - лимфоидные элементы до 70% - характерна для:
А. острого лейкоза
Б. хронического лимфолейкоза
В. лимфогранулематоза
Г. множественной миеломы
Д. хронического моноцитарного лейкоза
- 50.** Больным эритремией в возрасте до 50 лет в развернутой стадии следует назначать:
А. гидроксимочевину
Б. цитозар
В. циклофосфан
Г. интерферон
Д. алксран
- 51.** В терапии опухолевой формы хронического лимфолейкоза предпочтительна следующая цитостатическая схема:
А. СОР
Б. СНОР
В. преднизолон + большие дозы хлорбутина
Г. М-2
Д. 7+3
- 52.** Диагностическим тестом, подтверждающим диагноз волосато клеточного лейкоза, является:
А. диффузная реакция на кислую фосфатазу в лимфоцитах, не подавляемую тартратом натрия
Б. феномен «волосатости» лимфоцитов в периферической крови, отпечатках селезенки
В. способность лимфоцитов к фагоцитозу частиц латекса

- Г. наличие в костном мозге большого количества пролимфоцитов,
- Д. повышение уровня щелочной фосфатазы нейтрофилов

53. При подтверждении диагноза волосатоклеточного лейкоза наиболее предпочтительно лечение:

- А. кортикостероидные гормоны
- Б. спленэктомия
- В. реаферон,
- Г. пентостатин или 2-СДА (лейостатин)
- Д. мабтера

54. Показаниями к спленэктомии у больных с лимфоцитомой селезенки служит:

- А. значительное ее увеличение
- Б. возникновение и нарастание цитопении в периферической крови
- В. генерализация процесса
- Г. ундулирующая лихорадка,
- Д. гиперлейкоцитоз

55. Гиперпластический гингивит характерен для следующего варианта острого лейкоза:

- А. миеломонобластного
- Б. промиелоцитарного
- В. малопроцентного
- Г. плазмобластного
- Д. эритромиелоза

56. Поражение средостения чаще наблюдается при следующем варианте лимфогранулематоза:

- А. лимфоидного преобладания
- Б. склеронодулярном
- В. смешанно-клеточном
- Г. лимфоидного истощения
- Д. классической болезни Ходжкина

57. Лечебная тактика при туберкулезе легких, возникшем во время лечения лимфогранулематоза, заключается в следующем:

- А. прекращение полихимиотерапии
- Б. продолжение полихимиотерапии
- В. продолжение полихимиотерапии после лечения туберкулостатиками
- Г. продолжение полихимиотерапии на фоне назначения туберкулостатических препаратов 1 и 2 ряда
- Д. отмена полихимиотерапии до полного излечения туберкулеза

58. Характерным цитологическим признаком макрофагальной опухоли является:

- А. неправильная форма клетки
- Б. складчатое ядро

- В. феномен «волосатоклеточности»
- Г. обильная вакуолизация цитоплазмы
- Д. палочки Ауэра

59. Парапротейны представляют собой:

- А. нормальные иммуноглобулины - антитела
- Б. моноклональные иммуноглобулины, а также белки Бенс-Джонса
- В. фрагменты альбумина
- Г. мономеры фибриногена
- Д. компоненты комплемента

60. Количество парапротеинов при парапротеинемических гемобластозах зависит от:

- А. антигенного стимула,
- Б. локализации опухоли,
- В. величины опухолевой массы и скорости секреции иммуноглобулинов клетками опухоли,
- Г. количества иммунных комплексов,
- Д. общего белка

61. При электрофорезе сыворотки больных парапротеинемическими гемобластозами чаще всего выявляется:

- А. гипоальбуминемия
- Б. агаммаглобулинемия
- В. гипер-альфа -2-глобулинемия
- Г. гипогаммаглобулинемия и М-градиент в зоне миграции иммуноглобулинов
- Д. гипергаммаглобулинемия

62. Парапротеинами при миеломе могут быть иммуноглобулины:

- А. G и A
- Б. E
- В. A
- Г. M и D
- Д. Каждый из 5 классов иммуноглобулинов

63. При миеломе опухолевыми плазмócитами в 80 % случаев секретируется фрагмент моноклонального иммуноглобулина:

- А. Fab
- Б. Fc
- В. тяжелые цепи
- Г. легкие цепи
- Д. вариабельный участок иммуноглобулина

64. Эффект цитостатической химиотерапии при множественной миеломе оценивается не ранее, чем через:

- А. 3 недели
- Б. 1 месяц
- В. 3 месяца
- Г. полгода
- Д. год

65. Показаниями к проведению лечения высокими дозами алкерана при множественной миеломе внутривенно служит:

- А. 3 стадия заболевания
- Б. патологические переломы костей
- В. резистентность к стандартным программам лечения
- Г. исходная панцитопения
- Д. почечная недостаточность

66. Показаниями для плазмафереза при множественной миеломе является все перечисленное, за исключением:

- А. гиперпротеинемии, протеинурии Бенс-Джонса
- Б. почечной недостаточности
- В. гиперкальциемии
- Г. синдрома повышенной вязкости,
- Д. повышение уровня общего белка

67. Морфологический субстрат макроглобулинемии Вальденстрема представлен:

- А. плазмócитами
- Б. лимфоцитами и плазмócитами
- В. «волосатыми» клетками
- Г. лимфоцитами и тучными клетками
- Д. макрофагами

68. Из висцеральных поражений при макроглобулинемии Вальденстрема с наибольшей частотой встречается увеличение:

- А. гепатоспленомегалия
- Б. увеличение медиастинальных лимфоузлов
- В. увеличение забрюшинных лимфоузлов
- Г. увеличение подчелюстных лимфоузлов
- Д. увеличение надключичных лимфоузлов

69. В лечении макроглобулинемии Вальденстрема используются следующие программы полихимиотерапии:

- А. цитозар + рубомицин
- Б. винкристин + преднизолон
- В. хлорбутин + преднизолон
- Г. циклофосфан + преднизолон
- Д. М-2 протокол

70. Болезни тяжелых цепей (БТЦ) представляют собой:

- А. наследственный иммунодефицит
- Б. варианты миелодисплазии
- В. лимфолиферативные заболевания
- Г. макрофагальные опухоли
- Д. гистиоцитозы

71. Среди иммунофенотипических вариантов острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) как у взрослых так и у детей наиболее часто встречается:

- А. common-ОЛЛ
- Б. Т-ОЛЛ
- В. зрелый В-ОЛЛ
- Г. ни-Т, ни В-ОЛЛ (недифференцируемый ОЛЛ)
- Д. зрелый Т-ОЛЛ

72. Диагностика вариантов острых лейкозов основана на:

- А. цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластов
- Б. клинических данных
- В. характерных морфологических особенностях бластов при микроскопии
- Г. ответе на проводимую терапию
- Д. степени угнетения нормального кроветворения

73. Основным критерий диагноза эритромиелоза (М6) это:

- А. признаки внутриклеточного гемолиза
- Б. черты дефицита витамина В₂ в клетках эритроидного ряда
- В. фиброз костного мозга
- Г. наличие 20% и более миелобластов на фоне увеличенного количества (>50%) клеток красного ряда,
- Д. ретикулоцитоз до 20%

74. Острый промиелоцитарный (М3) лейкоз характеризуется:

- А. гиперплоидностью
- Б. делецией 6q
- В. транслокацией 9;22
- Г. транслокацией 15; 17
- Д. отсутствием митозов

75. Клинически энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми признаками, кроме:

- А. высокой лихорадки
- Б. диареи
- В. шума плеска и урчания при пальпации в илиоцекальной области
- Г. тенезмов
- Д. развития симптомов на фоне агранулоцитоза

76. Лечение энтеропатии включает в себя все, кроме:

- А. перевода больного на полный голод
- Б. деконтаминации кишечника
- В. парентерального питания
- Г. неотложного оперативного вмешательства
- Д. постельного режима

77. Терапией выбора острых лимфобластных лейкозов у детей является программа:

- А. Ауэра
- Б. BFM-90
- В. Хельцера
- Г. "7+3",
- Д. малые дозы цитозара

78. Наиболее рациональным сочетанием цитостатиков для интралимфатического введения является:

- А. метотрексат + преднизолон
- Б. цитозар + метотрексат
- В. преднизолон+метотрексат
- Г. метотрексат+ цитозар+ преднизолон
- Д. вепезид + преднизолон

79. Морфологическое определение волосатоклеточного лейкоза:

- А. В-клеточная форма хронического лимфолейкоза с "моложавым" ядром лимфоцитов с фестончатым краем цитоплазмы, которая может иметь отростки,
- Б. Т-клеточная форма хронического лимфолейкоза с "моложавым" ядром лимфоцитов с фестончатым краем цитоплазмы, которая может иметь отростки,
- В. ни В-, ни Т- хронический лимфолейкоз с бластозом в костном мозге,
- Г. лимфопролиферативное заболевание, представленное зрелыми В- лимфоцитами, не содержащими зернистости,
- Д. Т-клеточная форма хронического лимфолейкоза с большим количеством широкоплазменных лимфоцитов с фестончатым краем цитоплазмы

80. Наиболее характерными клиническими проявлениями волосатоклеточного лейкоза являются:

- А. спленомегалия,
- Б. гепатомегалия,
- В. периферическая лимфаденопатия,
- Г. геморрагический синдром,
- Д. аутоиммунный гемолиз

81. Для опухолевых лимфоцитов при волосатоклеточном лейкозе характерны все перечисленные цитологические маркеры, исключая:

- А. рецепторы к интерлейкину-2
- Б. антиген CD11
- В. цитоплазматический IgM и поверхностные Т-клеточные маркеры

Г. В-клеточные поверхностные маркеры
В. прямой зависимости нет

82. Большую частоту клинических ответов в лечении волосатоклеточного лейкоза при неэффективной спленэктомии или в рецидиве заболевания дает:

- А. а-интерферон (α2a-TFN, α2b-TFN)
- Б. 2'-deoxycoformycin (пентостатин)
- В. 2'-chlordeoxyadenosine (2'-CDA),
- Г. малые дозы цитозара,
- Д. мазера

83. В терапии хронического мегакариоцитарного лейкоза предпочтение следует отдать:

- А. гидроксимочевине;
- Б. циклофосфану;
- В. интерферону,
- Г. цитозару,
- Д. преднизолону

84. Терапия хронического моноцитарного лейкоза в доброкачественной стадии включает в себя:

- А. никакого лечения не требуется;
- Б. при наличии показаний требуются заместительные трансфузии тромбоцитарной массы;
- В. монотерапию преднизолоном;
- Г, поддерживающую полихимиотерапию
- Д. профилактику нейтропении

85. При хроническом мегакариоцитарном лейкозе в трепанате костного мозга имеется:

- А. тотальная 3-х ростковая гиперплазия с полным вытеснением жира;
- Б. полиморфный костный мозг нормальным соотношением между жиром и клетками;
- В. гиперплазия мегакариоцитарного ростка,
- Г. гипоплазия кроветворения,
- Д. очаговая гиперплазия

86. В сомнительных случаях хронического миелолейкоза необходимо дополнительно исследовать:

- А. щелочную фосфатазу нейтрофилов;
- Б. лактатдегидрогеназу;
- В. мочевую кислоту;
- Г. миелопероксидазу,
- Д. пируваткиназу

87. В диагностике В-ХЛЛ имеют значение следующие цитологические маркеры:

- А. В-клеточные маркеры с низкой концентрацией поверхностных иммуноглобулинов, CD5 антиген;

- Б. Т-супрессоры;
- В. цитоплазмальный иммуноглобулин М, PAS позитивный материал;
- Г. В-клеточные маркеры с высокой концентрацией поверхностных иммуноглобулинов;
- Д. В-клеточные маркеры, рецепторы к интерлейкину- II, антиген CD 11.

88. Лечение лейкемического орхита заключается в:

- А. облучении яичек в СД 10 Гр. за 10 сеансов;
- Б. проведении курса полихимиотерапии аналогичного индукционному;
- В. сочетании местной лучевой терапии и эндолюмбального введения метотрексата и цитозара 1 раз в неделю в течение месяца;
- Г. любого из перечисленных методов,
- Д. усиление полихимиотерапии

89. Из перечисленных цитостатиков наиболее удобным в управлении за опухолевой массой в развернутой стадии ХМЛ является:

- А. цитозин-арабинозид
- Б. гидроксимочевина;
- В. миелобромол;
- Г. 6-меркаптопурин,
- Д. вепезид

90. Наиболее эффективно в терминальной стадии ХМЛ назначить:

- А. монотерапию интерфероном-альфа
- Б. монотерапию преднизолоном;
- В. сеансы лейкоцитафереза;
- Г. облучение селезенки;
- Д. интрон-А, цитозинарабинозид, гливек

91. Наиболее характерным клинико-гематологическим проявлением терминальной стадии ХМЛ является все перечисленное, кроме:

- А. возникновения лейкемидов на коже;
- Б. увеличение% миелоцитов и промиелоцитов;
- В. панцитопении разной степени выраженности;
- Г. рефрактерности к терапии гидроксимочевиной,
- Д. лихорадки

92. Среди цитогенетических особенностей терминальной стадии ХМЛ наиболее часто встречается:

- А. анеуплоидия с преобладанием гипердиплоидных клонов;
- Б. анеуплоидия с преобладанием гиподиплоидности;
- В. и то, и другое;
- Г. ни то, ни другое,
- Д. транслокация 5,17

93. При лимфосаркоме кожи оптимальным является:

- А. жесткая полихимиотерапия;
- Б. мягкая (сдерживающая) полихимиотерапия;
- В. монотерапия преднизолоном;
- Г. близкофокусное рентгеновское облучение;
- Д. облучение электронным пучком в дозе 40 Гр. на очаг

94. Лечение лимфосарком, если нет возможности провести иммунофенотипирование, следует начинать со следующей программы полихимиотерапии:

- А. 5-дневный СНОР;
- Б. 14-дневный СНОР;
- В. СОР;
- Г. МОРР;
- Д. ProMACE-CytaBOM.

95. Необходимыми исследованиями для диагностики лимфогранулематоза являются:

- А. лабораторные методы (гемограмма, биохимические исследования);
- Б. цитология и гистология лимфоузла;
- В. радиосцинтиграфия;
- Г. лимфография;
- Д. компьютерная и МР-томография.

96. При лимфогранулематозе применяют лучевое воздействие:

- А. на все лимфоузлы, в том числе и на неизмененные макроскопически;
- Б. только на увеличенные лимфоузлы;
- В. только на зоны биопсии лимфоузлов,
- Г. только на средостение,
- Д. только на печень и селезенку

97. Количество необходимых курсов полихимиотерапии при лимфогранулематозе определяется:

- А. стадией диссеминации процесса;
- Б. возрастом и полом больного;
- В. уровнем лейкоцитов крови;
- Г. уровнем лимфоцитов крови,
- Д. гистологическим вариантом

98. Острая сердечная недостаточность как следствие цитостатической кардиомиопатии может развиваться в результате:

- А. присоединившегося миокардита,
- Б. сепсиса,
- В. пневмонии,
- Г. острой почечной недостаточности,
- Д. гепатаргии,

99. Наиболее часто при лечении цитостатиками наблюдаются следующие нарушения

ритма:

- А. синусовая брадикардия,
- Б. синусовая тахикардия,
- В. атрио-вентрикулярная блокада,
- Г. желудочковая экстрасистолия,
- Д. предсердная экстрасистолия,

100. В этиологии волосатоклеточного лейкоза наибольшая роль отводится:

- А. ионизирующей радиации
- Б. химическим мутагенам
- В. наследственности
- Г. вирусам
- Д. этиология остается неясной

101. Исходом анемической стадии эритремии могут быть все перечисленные заболевания, исключая:

- А. острый лейкоз
- Б. хронический миелолейкоз
- В. лимфопролиферативные заболевания
- Г. апластическую анемию
- Д. сублейкемический миелоз

102. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:

- А. спленомегалия
- Б. анемический синдром
- В. портальная гипертензия
- Г. тромботические осложнения
- Д. прогрессивное похудание

103. Показаниями к назначению цитостатической терапии при сублейкемическом миелозе являются все перечисленные, кроме:

- А. тромбоцитемии,
- Б. спленомегалии с компрессионным синдромом,
- В. умеренного лейкоцитоза,
- Г. гиперспленизма,
- Д. тромбоцитопении

104. Повышенная чувствительность к инфекционным осложнениям у больных с хроническим лимфолейкозом связана с:

- А. гипергаммаглобулинемией
- Б. гиперлейкоцитозом
- В. дефектами иммунного ответа
- Г. увеличение количества естественных киллеров
- Д. нарушениями в системе клеточного иммунитета

105. К наиболее частой форме множественной миеломы относится:

- А. множественно-очаговая
- Б. диффузно-очаговая
- В. диффузная
- Г. остеосклеротическая
- Д. нодулярная

106. При «агрессивной» множественной миеломе используются все перечисленные цитостатические средства, кроме:

- А. алкерана
- Б. доксорубицина
- В. хлорбутина
- Г. циклофосфана
- Д. BCNU

107. Остеодеструкции при макроглобулинемии Вальденстрема:

- А. отсутствуют во всех случаях заболевания
- Б. являются характерным симптомом
- В. встречаются редко
- Г. определяются только в терминальной стадии
- Д. являются причиной патологических переломов

108. При «агрессивной» множественной миеломе используются все перечисленные цитостатические средства, кроме:

- А. алкерана
- Б. доксорубицина
- В. хлорбутина
- Г. циклофосфана
- Д. BCNU

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

109. Основным цитологическим признаком лейкозного бласта является:

- 1. неправильная форма клетки,
 - 2. большое количество нуклеол неодинакового размера,
 - 3. многоядерность,
 - 4. нежно-сетчатая структура ядра,
 - 5. зернистость цитоплазмы
- А. 1, 2, 3
 - Б. 1, 3
 - В. 2, 4
 - Г. 4
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

110. Профилактика нейрорлейкемии проводится при:

1. остром лейкозе
 2. лимфогранулематозе
 3. лимфосаркоме
 4. гистиоцитозе Х
 5. правильно А и Б
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

111. При хроническом миелолейкозе в развернутой стадии характерными изменениями в анализе периферической крови являются:

1. увеличение числа лейкоцитов
 2. сдвиг влево до метамиелоцитов
 3. базофильно-эозинофильная ассоциация
 4. появление клеток типа плазмобластов
 5. увеличение числа лимфоцитов
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

112. Эритремию характеризуют следующие признаки:

1. лейкопения
 2. панцитоз в периферической крови
 3. гипоплазия костного мозга
 4. гиперплазия костного мозга
 5. очаговая пролиферация миелоидными клетками
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

113. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен:

1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов
 2. тромбоцитозом
 3. нарушениями функциональных свойств тромбоцитов
 4. всеми перечисленными факторами
 5. нарушениями в системе плазменного гемостаза
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3

- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

114. Характерными находками при сублейкемическом миелозе являются:

- 1. миелопролиферация типа панмиелоза
- 2. трехростковое кроветворение в печени и селезенке
- 3. миелофиброз
- 4. остеомиелосклероз
- 5. гипоплазия кроветворения

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

115. Для развернутой стадии истинной полицитемии характерны следующие признаки:

- 1. нормальный уровень лейкоцитов
- 2. нередко спленомегалия
- 3. отсутствие сосудистых осложнений
- 4. трехростковая тотальная гиперплазия в костном мозге с выраженным мегакариоцитозом
- 5. геморрагический синдром

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

116. Основными методами диагностики парапротеинов являются все перечисленные, за исключением:

- 1. радиальной иммунодиффузии
- 2. электрофореза
- 3. теплового теста Бенс-Джонса,
- 4. пробы С и А,
- 5. иммуноэлектрофореза

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

117. Морфологический субстрат множественной миеломы представлен:

- 1. Лимфоцитами и макрофагами
- 2. Плазматическими клетками
- 3. Плазмócитами и лимфоцитами

- 4. Плазмócитами и остеокластами
- 5. Плазмобластами и лейкоцитами
- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

118. Белок Бенс-Джонса в моче определяется с помощью:

- 1. тепловой пробы на термолабильность
- 2. электрофореза
- 3. высаливания
- 4. иммуноэлектрофореза
- 5. иммунофенотипирования
- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

119. Ускоренной СОЭ не следует ожидать при следующих формах миеломной болезни:

- 1. миеломе G
- 2. миеломе BJ
- 3. миеломе A
- 4. несекретирующей миеломе
- 5. миеломе D
- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

120. Высокая частота инфекционных осложнений при множественной миеломе обусловлена:

- 1. развитием нейтропении,
- 2. общей интоксикацией,
- 3. анемией и гиперкальциемией,
- 4. снижением уровня нормальных иммуноглобулинов,
- 5. амилоидозом
- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3
- В. 2, 4
- Г. 4
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

121. Для диагноза множественной миеломы необходимы и достаточны следующие

признаки:

1. рентгенологически выявляемые остеодеструкции
2. плазмоцитоз костного мозга выше 15%
3. анемия, патологические переломы костей
4. парапротеинемия и/или протеинурия Бенс-Джонса
5. ускорение СОЭ

- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

122. Показанием к началу цитостатической терапии при множественной миеломе являются:

1. 1 стадия миеломы
2. наличие симптомов прогрессирования опухоли
3. острая почечная недостаточность
4. 3 стадия миеломы
5. ускорение СОЭ

- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

123. Локальная лучевая терапия при множественной миеломе преследует цели:

1. локального обезболивания
2. предупреждения переломов в опорных частях скелета
3. радикального излечения болезни
4. паллиативной помощи в терминальных стадиях заболевания
5. снижение уровня кальция

- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3
В. 2, 4
Г. 4
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

124. Объективными критериями эффективности цитостатической терапии при множественной миеломе являются:

1. повышение уровня гемоглобина
2. снижение уровня парапротеинемии/урии более чем на 50%
3. уменьшение размеров остеолитических дефектов
4. повышение уровня лейкоцитов и тромбоцитов
5. улучшение общего состояния больных

- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

125. При лечении патологических переломов длинных трубчатых костей при множественной миеломе используют:

- А. репозицию и фиксацию отломков
 - Б. эндопротезирование
 - В. резекцию пораженного участка с протезированием
 - Г. монотерапию терапию кальцийсодержащими препаратами
 - Д. лучевую терапию
- А. 1, 2, 3
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

126. Основными диагностическими критериями при макроглобулинемии Вальденстрема являются:

- 1. высокая СОЭ и повышенная вязкость крови
 - 2. иммунохимическое доказательство моноклональной продукции
 - 3. М-компонент при электрофорезе сывороточных белков
 - 4. лимфоцитарно-плазмочитарная инфильтрация костного мозга
 - 5. наличие холодовых антител
- А. 1, 2, 3
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

127. Необходимость проведения плазмаферезов при макроглобулинемии Вальденстрема обусловлена наличием симптомов:

- 1. гиперпротеинемией
 - 2. повышенной вязкостью
 - 3. ускоренной СОЭ
 - 4. кровоточивостью
 - 5. повышением уровня иммуноглобулинов
- А. 1, 2, 3
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

128. Болезнь тяжелых цепей характеризуется:

- 1. наличием протеинурии Бенс-Джонса и М-компонентом на электрофореграмме сывороточных белков

2. синдромом недостаточного всасывания
 3. синдромом гипервязкости
 4. лимфатической инфильтрацией подслизистого слоя тонкой кишки и лимфоузлов брыжейки
 5. ускорением СОЭ
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

129. Основными методами диагностики болезней тяжелых цепей являются:

1. электрофорез сыворотки
 2. иммуноэлектрофорез сыворотки
 3. электрофорез и иммуноэлектрофорез мочи
 4. радиальная иммунодиффузия сыворотки
 5. выявление холодовых антител
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

130. Выбор схемы противоопухолевой терапии болезней тяжелых цепей определяется:

1. качеством секретируемого парапротеина
 2. морфологическим составом опухоли
 3. локализацией опухоли
 4. количеством опухолевых клеток в крови
 5. ускорением СОЭ
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

131. Наиболее частыми клиническими проявлениями хронического мегакариоцитарного лейкоза являются:

1. кровоточивость из носа, десен,
 2. лимфаденопатия;
 3. сухие некрозы концевых фаланг пальцев стоп;
 4. увеличение селезенки
 5. петехии на туловище
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

132. В основе клоновой теории патогенеза лейкозов лежит:

- 1. соматическая мутация
- 2. нарушение распознавания антигенов лейкемического к иммунокомпетентными клетками
- 3. срыв регулирующего воздействия стромального микроокружения на гемопоэтические клетки
- 4. повышенная склонность лейкемического клона к мутациям
- 5. появление клона клеток, не подверженного апоптозу

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

133. Тактика трансфузионной терапии в лечении острых лейкозов сводится к:

- 1. трансфузии цельной крови для профилактики инфекционных осложнений и анемической комы
- 2. трансфузии эритромаcсы при глубокой анемии
- 3. переливанию лейкоцитарной массы для профилактики инфекционных осложнений
- 4. трансфузии компонентов крови, что позволяет проводить интенсивную химиотерапию острых лейкозов в условиях стерильного бокса в полном объеме
- 5. переливание коллоидных растворов.

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

134. Наиболее характерной локализацией экстрамедуллярных поражений при остром лимфобластном лейкозе у детей является:

- 1. центральная нервная система
- 2. поджелудочная железа и почки
- 3. яички
- 4. кожа
- 5. надпочечники

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

135. При первом рецидиве острого лимфобластного лейкоза необходимо назначить:

1. курс ПХТ на котором была достигнута первая ремиссия,
 2. малые дозы цитозара,
 3. интенсивную "жесткую" терапию,
 4. симптоматические средства,
 5. монотерапию вепезидом
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

136. Трансплантацию костного мозга при острых лейкозах предпочтительнее проводить:

1. в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов,
 2. в ремиссии после первого рецидива острого лимфобластного лейкоза,
 3. сразу после установления диагноза,
 4. в первой и второй ремиссии острого миелоидного лейкоза,
 5. в фазе консолидации
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

137. Наиболее важными прогностическими критериями для благоприятного ответа на терапию острых миелобластных лейкозов являются:

1. исходный уровень лейкоцитов менее 50тыс/мкл.
 2. вариант МЗ (острый промиелоцитарный лейкоз) в возрасте до 60 лет
 3. высокий индекс метки, наличие вблестах палочек Ауэра
 4. хромосомные аномалии: T(8;21); 16q22; t(15;!7)
 5. вариант МЗ (острый промиелоцитарный лейкоз) в возрасте до 12 лет
- А. 1, 2, 3
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

138. Цитохимически острый промиелоцитарный лейкоз характеризуется:

1. ПАС-позитивный материал (++) в диффузном виде
2. миелопероксидаза (+++)
3. судан черный Б(+++)
4. альфа-нафтил-АБ-О-хлорацетатэстераза (—)
5. пируваткиназа (+++)

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

139. К факторам риска при остром лимфобластном лейкозе у детей относятся:

- 1. бластоз периферической крови до начала лечения
- 2. увеличенная печень и селезенка
- 3. бластоз в крови на 28-й день терапии
- 4. транслокация (9;22)
- 5. реаранжировка генов Bcг/aBI в геноме бластных клеток

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

140. Критерием диагноза острого недифференцированного лейкоза (МО) служит:

- 1. отсутствие палочек Ауэра в цитоплазме бластов
- 2. отрицательная реакция на миелопероксидазу
- 3. положительная реакция на гликоген в диффузном виде
- 4. фенотип DR+; CD20+; CD33-
- 5. отрицательная реакция на гликоген

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

141. Последовательность терапии острых лейкозов выглядит следующим образом:

- 1. индукция ремиссии
- 2. консолидация достигнутой ремиссии
- 3. реиндукционные курсы
- 4. непрерывная поддерживающая терапия
- 5. трансплантация костного мозга после установления диагноза

- А. 1, 2, 3
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

142. Аллогенная трансплантация костного мозга больным острым лимфобластным лейкозом показана при:

- 1. Rh-позитивном варианте
- 2. null-варианте (недифференцируемом варианте)

- 3. большой опухолевой массе в средостении
- 4. возрасте больного до 30 лет
- 5. гиперлейкоцитоз
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

143. При развитии двустороннего тестикулярного рецидива острого лейкоза больному необходимо назначить:

- 1. другую схему полихимиотерапии,
- 2. проведение двусторонней орхэктомии,
- 3. облучение обоих яичек в дозе 24 Гр,
- 4. паллиативную терапию,
- 5. трансплантацию костного мозга
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

144. Цитопения при волосатоклеточном лейкозе обусловлена:

- 1. лимфоаденопатией
- 2. инфильтрацией костного мозга "волосатоклеточными" лимфоцитами,
- 3. грибковой инфекцией,
- 4. гиперспленизмом,
- 5. ни одним из перечисленных факторов,
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

145. При хроническом мегакариоцитарном лейкозе следует начинать терапию:

- 1. сразу же после установления диагноза,
- 2. при уровне тромбоцитов более 1 млн. в 1 мкл.,
- 3. при гиперплазии кроветворения,
- 4. в случае упорной миалгии и склонности к тромбозам,
- 5. при уровне тромбоцитов 600 тыс. в 1 мкл.,
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

146. В развернутой фазе хронического моноцитарного лейкоза наиболее характерными изменениями в анализах крови являются:

1. моноцитоз;
2. умеренная тромбоцитопения;
3. ускорение СОЭ;
4. лейкопения
5. лимфоцитоз

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

147. Повышенная кровоточивость при хроническом мегакариоцитарном лейкозе может быть обусловлена:

1. повышенной агрегацией тромбоцитов;
2. повышенным местным фибринолизом;
3. хроническим ДВС- синдромом;
4. повышением протромбинового индекса,
5. повышением уровня фибронектина,

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

148. Проводить профилактику нейрорлейкемии необходимо при:

1. остром лимфобластном лейкозе;
2. остром промиелоцитарном лейкозе
3. остром миелом он бластном лейкозе;
4. остром плазмобластном лейкозе;
5. остром миелобластном лейкозе (M1 и M2);

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

149. Наиболее характерным для Rh-негативного варианта хронического миелолейкоза считается:

1. большая частота встречаемости у детей,
2. меньшая продолжительность жизни,
3. неблагоприятное течение,
4. нередко тенденция к тромбозу,
5. большая степень увеличения селезенки

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

150. Диагноз сублейкемического миелоза можно заподозрить при наличии всех перечисленных признаков, за исключением:

- 1. миелоидной метаплазии селезенки,
- 2. низкого содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах периферической крови,
- 3. панмиелоза, миелофиброза в гистологических препаратах костного мозга в сочетании с мегакариоцитозом,

Г. наличия Рh- хромосомы,

Д. умеренного лейкоцитоза, сдвига в формуле крови до единичных миелоцитов,

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

151. Парапротейнемические гемобластозы:

- 1. происходят из В-лимфоцитов
- 2. происходят из Т-лимфоцитов
- 3. секретируют моноклональный иммуноглобулин
- 4. сопровождаются высокой эозинофилией
- 5. секретируют поликлональный иммуноглобулин

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

152. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны:

- 1. повышение температуры
- 2. костные боли и полинейропатия
- 3. похудание
- 4. снижение концентрационной способности почек
- 5. гиперкальциемия

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

153. Режим больных с множественной миеломой предполагает:

- 1. ограничение движений,

2. лечебную физкультуру,
3. максимальную физическую активность,
4. ношение корсета,
5. соблюдение строгого постельного режима

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

154. Иммунохимическая диагностика болезней тяжелых цепей (БТЦ) основана на выявлении моноклональных фрагментов иммуноглобулинов:

1. μ -цепей,
2. α - цепей,
3. γ - цепей
4. κ -цепей
5. λ -цепей

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

155. Противоопухолевая терапия болезней тяжелых цепей определяется:

- А. качеством секретируемого парапротеина,
- Б. морфологическим составом опухоли,
- В. локализацией опухоли,
- Г. выраженностью интоксикации
- Д. количеством опухолевых клеток в крови,

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

156. Патогенез развития цитопении при хронических имфопролиеративных заболеваниях обусловлен всем перечисленным, за исключением:

- А. нарушения стромального микроокружения,
2. лимфоидной инфильтрации костного мозга с подавлением нормального гемопоэза
3. угнетения синтеза колониестимулирующих факторов
4. нарушением функций гуморального иммунитета
5. развития гиперспленизма

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

157. Для идентификации варианта острого лейкоза используют:

1. цитохимический метод
2. иммунофенотипирование,
3. цитогенетический метод
4. иммуногистохимию,
5. компьютерную томографию

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

158. Дифференциальный диагноз острого плазмобластного лейкоза основывается на выявлении:

1. моноклонального иммуноглобулина в сыворотке и/или моче
2. выраженной миелодепрессии
3. М-градиента при электрофорезе белков
4. внекостномозговых очагов лейкемического роста
5. выраженной гепатоспленомегалии

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

159. За сутки может всосаться железа не более:

А. 0,5-1,0 мг;

Б. 2,0-2,5 мг;

В. 4,0-4,5 мг;

Г. 8-10 мг,

Д. 10-12,5 мг

160. Железо депонируется, в основном, в форме:

А. ферритина;

Б. трансферрина;

В. протопорфирина;

Г. гема,

Д. гемосидерина.

161. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, кроме:

- А. кровопотерь при месячных
- Б. хронического гастрита с пониженной секреторной функцией
- В. геморроя;
- Г. опухоли желудочно-кишечного тракта;
- Д. болезни Рандю-Ослера;

162. Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является:

- А. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- Б. глиомические опухоли;
- В. алкогольный гепатит;
- Г. гематурическая форма гломерулонефрита;
- Д. кровохарканье.

163. Лабораторным признакам железодефицитной анемии относятся:

- А. макроцитоз в периферической крови;
- Б. микросфероцитоз;
- В. анизо-пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу;
- Г. смещение пика в кривой Прайс-Джонса вправо;
- Д. отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах.

164. Лабораторные находки при железодефицитной анемии включают в себя все перечисленное, кроме:

- А. возрастает выделение железа с мочой в десфераловом тесте;
- Б. снижено количество сидеробластов в костном мозге;
- В. повышена общая железосвязывающая способность сыворотки;
- Г. отмечается снижение уровня ферритина,
- Д. гипохромия эритроцитов

165. Для таласемии и железодефицитной анемии общим является:

- А. гипербилирубинемия;
- Б. гипохромия эритроцитов;
- В. ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза;
- Г. мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов;
- Д. повышение уровня фетального гемоглобина.

166. Железодефицитную анемию и анемию, обусловленную инфекцией, отличает друг от друга:

- А. гипохромия эритроцитов;
- Б. снижение содержания железа в сыворотке;
- В. снижение уровня ферритина;
- Г. снижение цветового показателя,
- Д. повышение уровня общей железосвязывающей способности

167. При выборе диетического режима больным с железодефицитной анемией следует прежде всего рекомендовать:

- А. сырую печень;

- Б. мясные продукты.
- В. яблоки;
- Г. зелень;
- Д. гречневую крупу;

168. Определение содержания железа или ферритина в сыворотке крови у женщин производят:

- А. в период приема препаратов железа;
- Б. спустя неделю после отмены препаратов железа;
- В. спустя день после отмены препаратов железа;
- Г. перед месячными,
- Д. после месячных

169. Лабораторным доказательством урокопропорфирии является:

- А. гиперхромия эритроцитов;
- Б. ретикулоцитоз;
- В. базофильная пунктация эритроцитов;
- Г. повышение содержания уро- и копропорфиринов в моче,
- Д. наличие полисегментированных нейтрофилов

170. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия — это:

- А. редкое заболевание;
- Б. частое заболевание, причину которого врач всегда обязан вскрыть;
- В. результат гинекологических кровопотерь;
- Г. эссенциальное заболевание, генез которого неизвестен;
- Д. наследственное заболевание

171. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует:

- А. улучшить питание при помощи орехов, икры, фаната, моркови;
- Б. в течение полугода есть по 1 кг яблок ежедневно;
- В. перелить тщательно подобранную эритроцитную массу;
- Г. длительно принимать препараты железа перорально,
- Д. назначить парентеральное введение препаратов железа

172. При обнаружении низкого уровня железа у девочки-подростка перед началом месячных терапия должна быть начата с:

- А. трансфузии отмытых размороженных эритроцитов;
- Б. внутривенного введения препаратов железа типа Феррум-Лек;
- В. внутривенного капельного введения свежемороженой плазмы;
- Г. назначения препаратов железа перорально,
- Д. назначения сырой печени, гранат и моркови

173. Железодефицитная анемия у беременных возникает в результате:

- А. имевшегося ранее латентного дефицита железа;
- Б. хронической кровопотери у беременной;

- В. несовместимости с плодом по системе АВО;
- Г. несовместимости с мужем по системе АВО,
- Д. несовместимости с плодом по резус-фактору

174. Железодефицитная анемия при кровопотерях в замкнутые полости (эндометриоз, изолированный легочный сидероз) характеризуется всеми нижеперечисленными признаками, за исключением:

- А. низкого цветового показателя ;
- Б. низкого содержания железа и ферритина в сыворотке крови;
- В. неспособности организма реутилизировать железо из очагов кровоизлияний;
- Г. желтушного прокрашивания склер,
- Д. гипохромии эритроцитов

175. При железодефицитной анемии довольно часто встречаются все нижеперечисленные симптомы за исключением:

- А. извращение вкуса и обоняния;
- Б. колоникий;
- В. ломкости и сухости волос;
- Г. гиперфихоза,
- Д. раздражительности
- Д. I год

176. Железодефицитную анемию отличает от анемии, связанной с инфекцией и воспалением:

- А. показатель гемоглобина;
- Б. уровень ферритина в сыворотке крови;
- В. количество лейкоцитов;
- Г. цветовой показатель,
- Д. морфология эритроцитов

177. При нарушении кишечного всасывания дефицит железа целесообразно восполнить:

- А. внутривенным введением Ferrum Lek;
- Б. диетой с богатым содержанием белков и витаминов;
- В. диетой с большим количеством мясных продуктов;
- Г. переливанием цельной крови,
- Д. переливанием эритромассы

178. В качестве рекомендации донору эритроцитной массы по профилактическому восполнению запасов железа следует:

- А. включать в пищевой рацион витамины;
- Б. принимать тардиферон по 1 таб. в день в течение недели после кроводачи;
- В. включать в диету больше яблок.
- Г. включать в диету больше мяса,
- Д. вводить внутримышечно Ferrum Lek.

- 179.** Беременным женщинам с хронической железодефицитной анемией следует:
- А. принимать препарат железа внутрь до родов и весь период кормления ребенка грудью;
 - Б. включить в пищевой рацион гречневую кашу
 - В. включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
 - Г. перелить эритроцитную массу перед родами;
 - Д. сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek.
- 180.** Избыток железа при анемии инфекционно-воспалительного генеза формируется в:
- А эритроцитах;
 - Б. сыворотке крови;
 - В. макрофагах костного мозга;
 - Г. костной ткани
 - Д. печени
- 181.** Основным методом лечения инфекционно-воспалительной анемии — это:
- А. трансфузии эритромассы;
 - Б. сбалансированная диета;
 - В. лечение основного заболевания,
 - Г. введение железа внутривенно,
 - Д.назначение эритропоэтина
- 183.** Биосинтез порфиринов происходит в:
- А. эритрокариоцитах костного мозга;
 - Б. макрофагах легких;
 - В. лимфоцитах селезенки;
 - Г. волосяных луковицах
 - Д.сидеробластах костного мозга
- 184.** Нарушения биосинтеза порфиринов исследуются:
- А. определением содержания уро- и копропорфиринов в моче;
 - Б. исследованием глазного дна;
 - В. изучением эмали зубов:
 - Г. определением ферритина в эритроцитах
 - Д.исследованием сывороточного железа
- 185.** Гипохромная анемия, связанная с наследственным нарушением синтеза порфиринов, лечится:
- А. витамином В6;
 - Б. препаратами железа;
 - В. десфералем;
 - Г. витамином В12
 - Д. приемом фолиевой кислоты
- 186.** Клиническая картина острой перемежающейся порфирии возникает вследствие:
- А. злоупотребления алкоголем;
 - Б. нарушения миелинизации;

- В. отравления угарным газом,
- Г. развития ацидоза,
- Д. падения давления

187. Основным синдромом острой перемежающейся порфирии:

- А. демиелинизация нервных волокон;
- Б. портальная гипертензия;
- В. остеопороз;
- Г. альбинизм
- Д. кетоацидоз

188. Частый симптом острой перемежающейся порфирии, заставляющий больного обратиться к врачу:

- А. фимоз;
- Б. розовое окрашивание мочи;
- В. заикание;
- Г. потливость;
- Д. кожный зуд,

189. Основным клиническим признаком, отличающим кожно-печеночную порфирию от наследственного гемохроматоза:

- А. увеличение содержания уро - и копропорфиринов в моче;
- Б. высокое содержание сывороточного железа;
- В. увеличение показателей печеночных проб;
- Г. высокое содержание сывороточного ферритина
- Д. повышение уровня ферритина

190. Характерным клиническим симптомом свинцовой интоксикации является:

- А. желтуха;
- Б. серая кайма на деснах;
- В. кровь в кале;
- Г. почечная колика
- Д. диарея

191. Характерной лабораторной находкой при анемии обусловленной свинцовой интоксикацией, служит:

- А. гиперхромия эритроцитов;
- Б. высокий ретикулоцитоз;
- В. базофильная пунктация эритроцитов;
- Г. шизоцитоз эритроцитов
- Д. выявление телец Жолли

192. Причиной бытового свинцового отравления может быть использование:

- А. свинцовых белил;
- Б. охотничьей дробы;
- В. глазированной посуды;

- Г. употребление в пищу продуктов, зараженных радионуклидами,
- Д. передозировка витаминов,

193. Для диагностики свинцового отравления необходимо знать:

- А. уровень дел ьта-аминолевулиновой кислоты в моче;
- Б. количество сахара в моче;
- В. данных ЭКГ;
- Г. картину глазного дна,
- Д. рентгенологическое исследование легких

194. Назовите фамилию лауреата Нобелевской премии, открывшего один из вариантов патогенеза пернициозной анемии:

- А. Кох;
- Б. Кастл,
- В. Вирхов;
- Г. Уотсон,
- Д. Ландштейнер

195. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

- А. гиперхромия эритроцитов;
- Б. микроцитоз эритроцитов;
- В. глюкозурия;
- Г. гиперурикемия,
- Д. гипохромия эритроцитов

196. Наиболее вероятной причиной развития В12- дефицитной анемии из нижеперечисленных является:

- А. инвазия широким лентецом;
- Б. инвазия острицами;
- В. язвенная болезнь желудка;
- Г. аппендицит,
- Д. спастический колит

197. Для усвоения пищевого витамина В12 требуется:

- А. внутренний фактор фундальной части желудка;
- Б. здоровая селезенка;
- В. нормальное содержание сахара в крови;
- Г. нормальная кишечная флора,
- Д. повышенная секреция желудочного сока

198. В12-дефицитная анемия разовьется после гастрэктомии через:

- А. месяц;
- Б. неделю.
- В. 2 года;
- Г. 6 месяцев
- Д. 5 лет;

- 199.** Кроме мегалобластной анемии при синдроме Иммерслунд-Гресбека выявляется:
- А. протеинурия;
 - Б. гипергликемия;
 - В. гематурия;
 - Г. гиперпротеинемия.
 - Д. гемосидеринурия
- 200.** Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:
- А. хромота
 - Б. боли за грудиной
 - В. жжение в языке
 - Г. ухудшение зрения,
 - Д. ломкость ногтей
- 201.** При В12 -дефицитной анемии отмечается:
- А. лейкоцитоз;
 - Б. лимфоцитоз;
 - В. полисегментация нейтрофилов;
 - Г. аномалия Пельгера,
 - Д. гипохромия эритроцитов
- 202.** Больного В12 -дефицитной анемией следует лечить:
- А. всю его жизнь;
 - Б. до нормализации уровня гемоглобина;
 - В. 1 год;
 - Г. 3 месяца,
 - Д. 6 месяцев
- 203.** Эффективность терапии В12- дефицитной анемии оценивается по:
- А. приросту ретикулоцитов на 3-5 день лечения;
 - Б. приросту гемоглобина;
 - В. улучшению аппетита;
 - Г. прибавке в массе тела,
 - Д. уменьшению сывороточного железа
- 204.** Анемии, связанные с изолированным первичным дефицитом фолиевой кислоты, встречаются:
- А. очень часто;
 - Б. очень редко;
 - В. составляют 10 % от общего числа анемий.
 - Г. составляют более 25% от общего числа анемий,
 - Д. составляют 50 % от общего числа анемий
- 205.** Лабораторные тесты при периферическом гемолизе выявляют все изменения кроме:

- А. редукции красного ростка в анализах периферической крови;
- Б. ретикулоцитопении;
- В. повышения уровня непрямого билирубина;
- Г. раздражения красного ростка костного мозга,
- Д. лейкоцитоза

206. К наследственным гемолитическим анемиям, обусловленным дефектом мембраны эритроцитов, относят:

- А. болезнь Минковского-Шоффара;
- Б. апластическую анемию;
- В. талассемию;
- Г. болезнь Маркиафавы-Микели,
- Д. гемоглобинопатию

207. Болезнь Минковского-Шоффара наследуется:

- А. аутосомно;
- Б. рецессивно;
- В. аутосомно-доминантно;
- Г. доминантно сцеплено с полом,
- Д. рецессивно сцеплено с полом

208. Дефект при наследственном микросфероцитозе локализуется в:

- А. белковой структуре мембраны эритроцита;
- Б. липидах мембраны эритроцита;
- В. структуре гема;
- Г. цепях глобина;
- Д. ферментах эритроцита.

209. Диагноз болезни Минковского-Шоффара основан на всех перечисленных исследованиях, за исключением:

- А. морфологии эритроцитов;
- Б. повышения уровня непрямого билирубина;
- В. прямой пробы Кумбса;
- Г. осмотической резистентности эритроцитов,
- Д. повышения уровня ферритина

210. Показанием к спленэктомии при наследственном микросфероцитозе служит:

- А. частые гемолитические кризы;
- Б. микросфероцитоз;
- В. укорочение продолжительности жизни эритроцитов;
- Г. спленомегалия,
- Д. повышение уровня непрямого билирубина

211. Сочетание спленэктомии с холецистэктомией при болезни Минковского-Шоффара:

- А. обязательно;

- Б. абсолютно противопоказано;
- В. целесообразно;
- Г. не имеет значения,
- Д. строго по показаниям

212. Спленэктомия проводится больным с наследственным эллиптоцитозом при наличии:

- А. частых гемолитических кризов;
- Б. низких показателей красной крови;
- В. укорочении продолжительности жизни эритроцитов;
- Г. спленомегалии,
- Д. высокого уровня непрямого билирубина

213. Наследственный стоматоцитоз необходимо дифференцировать с:

- А. болезнью Минковского-Шоффара;
- Б. свинцовым отравлением;
- В. В12- дефицитной анемией;
- Г. анемией, обусловленной дефицитом глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы,
- Д. болезнью Маркиафавы-Микели

214. Спленэктомия при наследственном стоматоцитозе показана при:

- А. частых гемолитических кризах;
- Б. укорочении продолжительности жизни эритроцитов;
- В. повышении уровня непрямого билирубина;
- Г. ретикулоцитозе,
- Д. спленомегалии

215. Для гемолитических анемий, обусловленных дефицитом ферментов эритроцитов, характерно все перечисленное, кроме:

- А. изменения объема эритроцитов;
- Б. снижения осмотической резистентности эритроцитов;
- В. изменения кислотной эритрограммы;
- Г. положительной сахарозной пробы.
- Д. положительной пробы Кумбса

216. Дефицит ферментов эритроцитов наследуется:

- А. доминантно;
- Б. рецессивно;
- В. аутосомно-доминантно;
- Г. доминантно сцеплено с полом,
- Д. рецессивно сцеплено сполем

217. Активная форма лекарства при дефиците глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы вызывает гемолитический криз в результате:

- А. изменения структуры мембраны эритроцитов;
- Б. нарушений в системе гликолиза;

- В. нарушения в системе порфиринов;
- Г. нарушений в системе глобина;
- Д. нарушений в системе синтеза тема

218. В норме цепи гемоглобина синтезируются:

- А. в равном соотношении;
- Б. превалирует синтез α -цепей;
- В. превалирует синтез β -цепей;
- Г. α - цепей синтезируется в 10 раз больше,
- Д. β - цепей синтезируется в 2 раза больше

219. Патогенез клинических симптомов при гомозиготной β -таласемии обусловлен:

- А.увеличением синтеза β -цепей;
- Б. уменьшением синтеза α -цепей;
- В. агрегированием свободных α -цепей;
- Г. неэффективным эритропоэзом,
- Д. дефицитом фермента мембраны эритроцитов

220. Для гомозиготной β -таласемии характерно все перечисленное,за исключением:

- А. глубокой анемии;
- Б. изменений скелета;
- В. спленомегалии;
- Г. лимфаденопатии,
- Д. гепатомегалии

221. Наиболее характерными клиническими симптомами гетерозиготной β -таласемии являются:

- А. глубокая анемия;
- Б. гепатоспленомегалия;
- В. деформация костей;
- Г. клинические симптомы выражены нерезко,
- Д. генерализованная лимфаденопатия

222. Лабораторные тесты при гетерозиготной β -таласемии выявляют следующие изменения:

- А. гипохромию эритроцитов;
- Б. низкое сывороточное железо;
- В. ретикулоцитопению;
- Г. показатели периферической крови близки к нормальным,
- Д. резко выраженный ретикулоцитоз

223. Лечение гетерозиготной β -таласемии:

- А. включает трансфузии эритроцитов;
- Б. включает назначение препаратов железа;
- В. включает спленэктомию;
- Г. не требуется,

Д. включает назначение преднизолона

224. Диагностическими критериями α -таласемии являются:

- А. гиперхромная анемия;
- Б. низкое содержание железа в сыворотке крови;
- В. понижение осмотической резистентности эритроцитов;
- Г. резкое раздражение красного ростка в миелограмме,
- Д. положительная прямая проба Кумбса

225. Гемоглобинопатия "Н" является вариантом:

- А. α -таласемии;
- Б. β -таласемии;
- В. анемии Фанкони;
- Г. серповидноклеточной анемии,
- Д. порфирии

226. Для гемоглобинопатии "Н" характерны:

- А. выраженный анемический синдром;
- Б. увеличение размеров селезенки;
- В. увеличение размеров печени;
- Г. клинические симптомы выражены нерезко,
- Д. лихорадка с ознобом

227. Для наследственного персистирования фетального гемоглобина F характерны:

- А. гипохромная анемия;
- Б. ретикулоцитоз;
- В. повышение уровня непрямого билирубина;
- Г. низкое сывороточное железо,
- Д. высокий цветовой показатель

228. Наиболее часто серповидноклеточная анемия встречается во всех перечисленных странах, кроме:

- А. Азербайджана;
- Б. Грузии;
- В. Центральной Африки;
- Г. Скандинавских стран,
- Д. Испании

229. Феномен серповидности обусловлен:

- А. дисбалансом между α - и β -цепями глобина;
- Б. снижением выработки фетального гемоглобина;
- В. повышением количества фетального гемоглобина;
- Г. выработкой гемоглобина S,
- Д. дефектом синтеза гема

230. Для гетерозиготной формы гемоглобинопатии S характерны:

- А. тяжелые гемолитические кризы;
- Б. тромбозы сосудов легких и почек;
- В. гепатоспленомегалия;
- Г. отсутствие клинических симптомов в большинстве случаев,
- Д. лихорадка

231. Гемолитические анемии, обусловленные носительством нестабильного гемоглобина, наследуются:

- А. доминантно;
- Б. рецессивно;
- В. сцеплено с полом;
- Г. не сцеплено с полом.
- Д. аутосомно

232. Приобретенные дизэритропоэтические анемии развиваются в результате:

- А. соматической мутации;
- Б. дефекта мембраны эритроцитов;
- В. нарушения синтеза гема;
- Г. паразитарного воздействия;
- Д. наследственного дефекта глобина.

233. Порфирия обусловлена:

- А. дефицитом ферментов эритроцитов;
- Б. выработкой антиэритроцитарных антител;
- В. дефектом мембраны эритроцитов;
- Г. дефектами синтеза гема,
- Д. дефектом синтеза глобина

234. Диагноз эритропоэтической уропорфирии устанавливается на основании наличия:

- А. гиперхромии эритроцитов;
- Б. повышенного содержания железа сыворотки;
- В. повышения содержания уропорфиринов в эритроцитах;
- Г. повышенного содержания порфобилиногена.
- Д. положительной сахарозной пробы

235. Лечение больных с эритропоэтической уропорфирией включает:

- А. преднизолон;
- Б. нистатин;
- В. спленэктомию;
- Г. плазмаферез,
- Д. гемосорбцию

236. Для подтверждения диагноза острой перемежающейся порфирии необходимо выявить:

- А. гипохромию эритроцитов;
- Б. положительную качественную пробу на порфобилиноген;

- В. положительную пробу Хема;
- Г. пониженное содержание d-аминолевулиновой кислоты,
- Д. положительную непрямую пробу Кумбса

237. Лечение больных острой перемежающейся порфирией включает все перечисленное, кроме:

- А. фосфадена;
- Б. преднизолона;
- В. плазмафереза;
- Г. нормосанга,
- Д. коллоидных растворов

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

238. Наследственный акантоцитоз диагностируется при наличии:

- 1. акантоцитов в мазках;
- 2. выраженной неврологической симптоматики;
- 3. признаков гемолиза;
- 4. гемосидеринурии;
- 5. свободного гемоглобина плазмы

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

239. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии основана на:

- 1. наличии низкого уровня ферритина в сыворотке крови;
- 2. выявлении гипохромии эритроцитов;
- 3. низкого уровня сывороточного железа
- 4. выявлении гиперхромии эритроцитов;
- 5. наличии сидеробластов в костном мозге;

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

240. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся к:

- 1. сочетанному преименению препаратов железа и фолиевой кислоты;
- 2. ликвидации причины железодефицитной анемии;

3. кратковременному применению препаратов железа парентерально с последующим приемом их внутрь;
4. назначению перорально препаратов железа на длительный срок;
5. назначению диеты с большим содержанием сырой печени.

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

241. Необходимость в срочном переливании эритроцитной массы возникает при:

1. острой массивной кровопотере;
2. угрозе анемической комы у пожилых с В12-дефицитной анемией;
3. развитию анемической комы вне зависимости от этиологии;
4. анемии 50 г/л у женщины, готовящейся к операции ампутации матки по поводу фибромиомы;
5. анемии 60 г/л у женщины с повторной многоплодной беременностью

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

242. Причину постгеморрагической анемии, связанной с кровопотерей из желудочно-кишечного тракта, диагностируют с помощью:

1. анамнестических данных
2. рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта;
3. селективной ангиографии чревного ствола и мезентериальных артерий;
4. ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии;
5. эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

243. Правильным режимом введения витамина В12 при лечении мегалобластной анемии является:

1. 400 г 1 раз в 2 недели.
2. 400 г 1 раз в 6 месяцев;
3. 400 г в ежедневно в течение 1 месяца 1 раз в год;
4. 400 г ежедневно, всю жизнь;
5. 200 U 1 раз в месяц

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

244. Для гемолитических анемий характерны:

- 1. желтушность кожи и склер;
- 2. появление темной мочи
- 3. лимфаденопатия;
- 4. спленомегалия
- 5. петехии на коже;

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

245. Для наследственного микросфероцитоза характерны следующие клинические симптомы:

- 1. апластические кризы;
- 2. увеличение печени
- 3. иктеричность кожи и видимых слизистых;
- 4. лихорадка;
- 5. увеличение селезенки.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

246. При изучении морфологии эритроцитов больных с наследственным пиропойкилоцитозом обращает на себя внимание:

- 1. макроцитоз;
- 2. фрагментация эритроцитов;
- 3. тельца Гейнца
- 4. базофильная пунктация;
- 5. микосфероцитоз

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

247. При резус-нуль болезни отмечается:

- 1. нетяжелые гемолитические кризы;
- 2. спленомегалия;
- 3. ретикулоцитоз;

- 4. увеличение размеров печени;
- 5. умеренный ретикулоцитоз.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

248. Гемолитический криз при дефиците глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы эритроцитов может провоцироваться приемом следующих лекарств:

- 1. сульфаниламидов;
- 2. противомалярийных;
- 3. нитрофурановых производных;
- 4. β -блокаторов;
- 5. противогрибковых препаратов.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

249. Дефицит активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы наиболее распространен:

- 1. в странах Средиземноморья;
- 2. среди народов Севера;
- 3. в Азербайджане
- 4. в Монголии;
- 5. в скандинавских странах.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

250. Для фавизма характерно:

- 1. развитие гемолитического криза через несколько часов после употребления в пищу конских бобов;
- 2. развитие гемолитического криза через двое суток после употребления в пищу конских бобов;
- 3. развитие гемолиза, осложняющегося острой почечной недостаточностью;
- 4. развитие тяжелых, часто летальных гемолитических кризов
- 5. летальный исход наблюдается чаще, чем при других формах дефицита Г-6-ФД.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

251. Урокопропорфирия клинически протекает наличием:

1. фотодерматоза;
2. болей в животе;
3. пигментных рубцов на коже после травм
4. неврологической симптоматики;
5. иктеричности склер.

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

252. Для наследственного эллиптоцитоза характерны:

1. нормальный объем эритроцитов;
2. низкое сывороточное железо;
3. изменение кислотной эритрограммы;
4. ретикулоцитопения;
5. положительная прямая проба Кумбса.

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

253. Наследственный пиропойкилоцитоз характеризуется следующими клиническими симптомами:

1. желтушностью кожи и склер;
2. лихорадкой;
3. гепатоспленомегалией;
4. нейропатией;
5. протекает бессимптомно.

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

254. Лечение гомозиготной β -таласемии не включает:

1. назначение цитостатиков;
2. трансфузии эритроцитов;
3. назначение преднизолона
4. трансплантацию костного мозга,
5. спленэктомия

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

255. Лечение α -талассемии и гемоглобинопатии "Н" сводится к:

- 1. удалению селезенки;
- 2. назначению кортикостероидов;
- 3. трансплантации костного мозга;
- 4. назначению препаратов железа;
- 5. спленэктомии

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

256. Клиническая картина гомозиготной гемоглобинопатии S складывается из:

- 1. частых гемолитических кризов;
- 2. изменений костно-суставной системы;
- 3. спленомегалии;
- 4. инфарктов различных органов;
- 5. изменения костей черепа.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

257. Структурная гемоглобинопатия обусловлена:

- 1. отсутствием выработки α -цепей глобина;
- 2. заменой одной аминокислоты в цепи глобина;
- 3. удлинением α -цепи;
- 4. отсутствием участка α -цепи глобина;
- 5. повышением уровня фетального гемоглобина

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

258. Для серповидноклеточной анемии характерны следующие признаки:

- 1. гиперхромия эритроцитов;
- 2. увеличение фракции непрямого билирубина;
- 3. ретикулоцитопения;
- 4. изменения в электрофорезе гемоглобина;

5. гипохромия эритроцитов

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

259. Гемолитические кризы у новорожденных при дефиците ГЛ-6-Ф-Д эритроцитов:

- 1. протекают легче, чем у взрослых;
- 2. протекают тяжелее, чем у взрослых;
- 3. развиваются спонтанно;
- 4. провоцируются употреблением определенных антисептиков;
- 5. заканчиваются летальным исходом.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

260. Лечение гемолитических кризов при дефиците ГЛ-6-Ф-Д направлено на:

- 1. восстановление кислотно-щелочного равновесия;
- 2. профилактику ДВС-синдрома;
- 3. восстановление показателей красной крови;
- 4. лечение почечной недостаточности;
- 5. лечение печеночной недостаточности.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

261. Лечение больных с урокопропорфирией включает:

- 1. назначение преднизолона
- 2. полное исключение алкоголя;
- 3. назначение делагила;
- 4. гемотрансфузии;
- 5. инсоляции.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

262. Двойное гетерозиготное состояние (талассемия и серповидноклеточная анемия) верифицируются следующими лабораторными находками:

1. повышением уровня фетального гемоглобина.
2. непрямой гипербилирубинемией;
3. повышением уровня S гемоглобина;
4. гиперхромией эритроцитов;
5. нарушением синтеза цепей глобина

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

263. Для правильного определения содержания железа сыворотки крови необходимо чтобы:

1. пробирка с кровью больного была помещена в водяную баню при $t +37^{\circ}\text{C}$.
2. все реактивы были приготовлены на бидистиллированной воде;
3. пациент не ел мясную и рыбную пищу за неделю до исследования;
4. пробирка для забора крови была дважды промыта бидистиллированной водой;
5. пробирка для забора крови была изготовлена из специальной пластмассы

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

264. Болезнь Маркиафавы-Микели развивается вследствие:

1. появления патологического клона кроветворных клеток;
2. выработки аутоантител;
3. дефицита фермента мембраны эритроцитов
4. дефекта синтеза цепи глобина;
5. дефекта синтеза гема.

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

265. Лабораторным подтверждением болезни Маркиафавы-Микели служит выявление:

1. гиперхромии эритроцитов;
2. положительной сахарозной пробы.
3. положительной пробы Кумбса;
4. положительной пробы Хема
5. ретикулоцитопении;

А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

266. Гемолитические анемии, связанные с механическим повреждением эритроцитов, могут быть следствием:

1. ДВС-синдрома;
2. длительной ходьбы;
3. пребывания в космосе;
4. протезирования коронарных сосудов;
5. протезирования клапанов сердца

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

267. В лечении парциальной красноклеточной аплазии костного мозга применяют

1. циклоспорин А;
2. трансфузии эритроцитов;
3. спленэктомию;
4. преднизолон;
5. иммуномодуляторы

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

268. Клинические симптомы наследственной дизэритропоэтической анемии включают в себя:

1. анемический синдром;
2. лимфаденопатию;
3. изменения скелета;
4. спленомегалию;
5. лихорадку

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

269. Лабораторная диагностика наследственной дизэритропоэтической анемии основывается на выявлении:

1. гипохромии эритроцитов;
2. резкой гиперплазии эритроидного ростка;
3. низкого сывороточного железа;
4. многоядерных нормоцитов;

5. повышения непрямого билирубина

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

270. Для болезни Маркиафавы-Микели характерны все перечисленные признаки, кроме:

- 1. гепатоспленомегалии;
- 2. анемического синдрома;
- 3. высокого уровня сывороточного железа
- 4. выделения черной мочи.
- 5. болей в животе;

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

271. Лабораторные исследования при приобретенной дизэритропоэтической анемии выявляют следующие изменения:

- 1. гиперхромия эритроцитов;
- 2. раздражение красного ростка
- 3. ретикулоцитоз;
- 4. большое количество сидеробластов;
- 5. высокое сывороточное железо

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

272. Выделяют следующие виды порфирии:

- 1. эритропоэтическую уропорфирию;
- 2. урокопропорфирию;
- 3. эритропоэтическую протопорфирию;
- 4. смешанную порфирию;
- 5. печеночную порфирию

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

273. Фактор, активирующий внешний механизм свертывания крови:

- А. протромбин
- Б. тканевой тромбопластин
- В. фактор XII
- Г. фактор VIII
- Д. антигемофильный глобулин.

274. Кофактором гепарина является:

- А. протеин С
- Б. протеин S
- В. антитромбин III
- Г. витамин К
- Д. гирудин.

275. С помощью витамина К, синтезируется естественный антикоагулянт:

- А. протеин С
- Б. кофактор гепарина II
- В. антитромбин III
- Г. тканевой активатор
- Д. фибринолизин.

276. Снижение уровня естественных антикоагулянтов выявляется при:

- А. поражении печени,
- Б. гемофилии В,
- В. гемофилии А,
- Г. апластической анемии,
- Д. гиперспленизме,

277. Об активации фибринолиза свидетельствуют параметры:

- А. увеличение тромбиновой активности
- Б. нарастание продуктов деградации фибрина
- В. увеличение концентрации плазминогена
- Г. повышение уровня антитромбина III
- Д. снижение протромбинового индекса.

278. Фактор, активирующий внутренний механизм свертывания крови:

- А. протромбин
- Б. тромбопластин
- В. фактор XII
- Г. фактор VIII
- Д. антигемофильный глобулин.

279. Нормальное значение времени кровотечения по Дюку?

- А. 10-12 минут,
- Б. 12-14 минут,

- В. 6-10 минут,
- Г. 2-4 минуты,
- Д. 5-8 минут.

280. Агрегационная способность тромбоцитов снижается при:

- А. гемофилии А,
- Б. гемофилии С,
- В. гемофилии В,
- Г. болезни Виллебранда,
- Д. в раннем послеоперационном периоде.

281. К маркерам разрушения тромбоцитов в крови относится:

- А. тромбин,
- Б. протромбин,
- В. IV-фактор тромбоцитов,
- Г. III-фактор тромбоцитов.
- Д. фибронектин

282. Время свертывания крови по Ли-Уайту равно:

- А. 5-10 мин.,
- Б. 8-12 мин.,
- В. 12-15 мин.,
- Г. 15-18 мин.,
- Д. 18-20 мин.

283. Тест активированного частичного тромбопластинового времени свидетельствует:

- А. о состоянии клеточного гемостаза,
- Б. о состоянии плазменного гемостаза,
- В. о передозировке фенилина,
- Г. о гиперфибринолизе,
- Д. об уровне VII-фактора

284. Нормальные величины протромбинового индекса:

- А. 40%-60%,
- Б. 60 %-800%,
- В. 85-105%,
- Г. 100%-120%,
- Д. 120%-140%%.

285. Изменения протромбинового индекса свидетельствуют:

- А. об изменении синтеза факторов II, VII, X в печени,
- Б. об изменении фибринолитической активности,
- В. об изменении уровня антитромбина III,
- Г. об изменении уровня протеина С,
- Д. об изменении уровня фактора Виллебранда

286. Удлинение тромбинового времени указывает:

- А. на гипофибриногенемию,
- Б. на уменьшение синтеза факторов II, VII, X,
- В. на передозировку фенилина,
- Г. на снижение концентрации фактора VIII,
- Д. на болезнь Виллебранда.

287. Снижение уровня антитромбина III свидетельствует:

- А. об уменьшении синтеза факторов II, VII, X в печени,
- Б. о коагулопатии потребления,
- В. о гемофилии А,
- Г. о недостаточном поступлении в организм витамина K1,
- Д. о дефиците фибриногена

288. Накопление продуктов биотрансформации фибриногена I говорит:

- А. о ДВС-синдроме
- Б. о тромбастении
- В. о передозировке гепарина
- Г. о гемофилии А
- Д. о болезни Виллебранда

289. Появление в крови продуктов деградации фибриногена диагностируют с помощью тестов:

- А. этанолового теста,
- Б. определения протромбинового индекса,
- В. определения времени кровотечения,
- Г. теста спонтанной агрегации тромбоцитов,
- Д. определения АЧТВ

290. Для стабилизации плазмы в отделах заготовки крови используют следующие антикоагулянты:

- А. гирудин,
- Б. глюгицир,
- В. ди кумарин,
- Г. оксалат натрия,
- Д. фибринолизин

291. Для проведения экстракорпорального кровообращения используется в качестве антикоагулянта:

- А. гепарин
- Б. оксалат натрия
- В. фенилин
- Г. фторид натрия,
- Д. гирудин

292. К средствам, влияющим на тромбоцитарное звено гемостаза, относятся:

- А. ε-аминокапроновая кислота;
- Б. трентал;
- В. свежзамороженная плазма;
- П стрептокиназа,
- Д. антитромбин III

293. Использование цитрата натрия может привести к:

- А. гипокальциемии,
- Б. гипертонии,
- В. гиперкальциемии,
- Г. нефролитиазу,
- Д. нарушению сердечного ритма

294. Физиологическая роль тромбоцитов в крови сводится к:

- А. переносу кислорода,
- Б. участию в гемостазе,
- В. захвату и уничтожению микроорганизмов,
- Г захвату свободных радикалов,
- Д. выработке антител

295. Адгезия тромбоцитов - это:

- А. склеивание их друг с другом,
- Б. приклеивание к чужеродной поверхности,
- В. связывание инородных частиц,
- Г. поглощение серотонина,
- Д. распластывание

296. Агрегация тромбоцитов - это:

- А. склеивание их друг с другом,
- Б. приклеивание к чужеродной поверхности,
- В. связывание инородных частиц,
- Г. поглощение серотонина,
- Д. лизис

297. Ретракция сгустка крови осуществляется:

- А. β-тромбоглобулином
- Б. тромбастенином
- В. антигепариновым фактором тромбоцитов
- Г. тромбопластином
- Д. тромбином

298. Концентрация тромбоцитов в крови здорового человека составляет:

- А. $50-100 \times 10^9/\text{л}$.
- Б. $100-150 \times 10^9/\text{л}$.
- В. $180-350 \times 10^9/\text{л}$.

Г. $350-500 \times 10^9/\text{л}$.

Д. $400-700 \times 10^9/\text{л}$.

299. Причины тромбоцитопатий могут быть обусловлены:

А. снижением продукции тромбоцитов,

Б. ускорением разрушения и потребления тромбоцитов,

В. перераспределением тромбоцитов в кровотоке,

Г. дефектом структуры IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов,

Д. повышением уровня антитромбина III

300. Перераспределение тромбоцитов в кровотоке отмечается при:

А. гемофилии А

Б. циррозе печени

В. лимфоме

Г. болезнь Виллебранда

Д. тромбастения Гланцмана

301. Средством, блокирующим свертывание крови, является:

А. свежемороженая плазма;

Б. тиклид;

В. эписилон-аминокапроновая кислота;

Г. гепарин;

Д. дицинон.

302. Тромбоцитопатия развивается при:

А. тромбастении Гланцмана,

Б. уремии,

В. стрессе,

Г. синдроме Бернара-Сулье,

Д. остром вирусном гепатите С

303. К средству, влияющему на систему фибринолиза, не относится:

А. свежемороженая плазма;

Б. эписилон-аминокапроновая кислота;

В. теоникол;

Г. стрептокиназа;

Д. гепарин.

304. Антикоагулянты прямого действия:

А. фенилин;

Б. гепарин;

В. свежемороженая плазма;

Г. тиклид,

Д. плавикс

305. К антиагрегантам относится:

- А. фенилин;
- Б. гепарин;
- В. тиклид,
- Г. эпислон-аминокапроновая кислота,
- Д. памба

306. Трансфузия тромбоцитов необходима при уровне тромбоцитов в крови:

- А. $20 \times 10^9/\text{л}$
- Б. $40 \times 10^9/\text{л}$
- В. $60 \times 10^9/\text{л}$
- Г. $80 \times 10^9/\text{л}$.
- Д. $100 \times 10^9/\text{л}$.

307. Время кровотечения по Айви в норме равняется:

- А. до 2 минут,
- Б. 6-10 минут,
- В. до 8 минут,
- Г. 10-15 минут,
- Д. более 15 минут

308. Абсолютные показания к трансфузии тромбоцитов:

- А. появление антител к тромбоцитам
- Б. появление геморрагии на нижних конечностях
- В. появление геморрагии на верхних отделах туловища
- Г. появление петехий на животе
- Д. десневые кровотечения

309. К факторам, увеличивающим опасность геморрагии при тромбоцитопениях относятся:

- А. ДВС-синдром,
- Б. мерцательная аритмии,
- В. тахикардия,
- Г. брадикардия,
- Д. тиреотоксикоз

310. При лечении аутоиммунной тромбоцитопении используется все перечисленное, кроме:

- А. преднизолона
- Б. анаболических стероидов
- В. спленэктомии
- Г. цитостатических препаратов
- Д. аскорбиновой кислоты

311. У больных с болезнью Виллебранда для профилактики кровотечения применяют следующие препараты:

- А аспирин,

- Б. адреналин,
- В. криопреципитат,
- Г. эпсилон-аминокапроновая кислота,
- Д. теоникол

312. Причинами, обусловившими развитие ДВС-синдрома, могут быть:

- А. попадание в кровоток активаторов фибринообразования,
- Б. тромбоцитопатии,
- В. гиперпродукция простациклина,
- Г. снижение продукции плазминогена,
- Д. предшествующее лечение антибиотиками

313. В классификацию наследственных тромбоцитопатии не входят формы с:

- А. дефектом или отсутствием мембранных рецепторов
- Б. нарушениями активации тромбоцитов
- В. отсутствием альфа-гранул
- Г. отсутствием плотных гранул
- Д. отсутствием лизосомальных гранул

314. Для купирования ДВС-синдрома необходимо, в первую очередь:

- А. введение фенилина,
- Б. переливание свежезамороженной плазмы,
- В. переливание криопреципитата,
- Г. введение стрептокиназы,
- Д. проведение плазмафереза

315. Синдром Бернара-Сулье диагностируется на основании всех перечисленных признаков, кроме:

- А. тромбоцитолении,
- Б. увеличенного размера тромбоцитов,
- В. отсутствия агглютинации тромбоцитов с ристомисином,
- Г. отсутствия агрегации тромбоцитов с АДФ,
- Д. появления в кровотоке лимфоподобных тромбоцитов

316. Выделите показания для трансфузии тромбоцитов перед операцией:

- А. удлинение времени кровотечения более 15 минут,
- Б. снижение количества менее $60 \cdot 10^9/\text{л}$,
- В. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура без геморагии,
- Г. кровотечения в анамнезе,
- Д. появление тромбоцитов размером 2-3,5 мкр

317. Сколько в одной дозе для трансфузий содержится тромбоцитов:

- А. $0,1-0,3 \cdot 10^{11}$
- Б. $0,5-0,7 \cdot 10^{11}$

- В. $0,7-1,0 \times 10^{11}$,
- Г. $1,0-1,2 \times 10^{11}$,
- Д. более $2,0 \times 10^{11}$

318. Эффективность трансфузий тромбоцитов при тромбоцитопении оценивают по:

- А. по агрегационной способности тромбоцитов,
- Б. подсчету числа тромбоцитов,
- В. определению тромбинового времени,
- Г. определению протромбинового индекса,
- Д. определению АЧТВ

319. Оптимальная температура для хранения концентрата тромбоцитов:

- А. 4°C
- Б. 22°C
- В. 37°C
- Г. 41°C .
- Д. 56°C .

320. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А. гепарин;
- Б. рекомбинантный антитромбин III;
- В. ϵ -аминокапроновая кислота;
- Г. тиклид;
- Д. фибринолизин.

321. Патогенетической причиной развития идиопатической тромбоцитопенической пурпуры является:

- А. активация системы комплемента;
- Б. иммунокомплексный синдром;
- В. появление аутоантител к тромбоцитам;
- Г. дефицит тромбомодулина;
- Д. наследственный дефицит C3b-субкомпонента комплемента.

322. Наследственная тромбоцитопения, связанная с отсутствием альфа-гранул тромбоцитов, носит название:

- А. аспириноподобной тромбоцитопатии
- Б. синдрома серых тромбоцитов
- В. синдрома Вискота-Олдрича
- Г. аномалии Мея-Хеглина
- Д. тромбоцитопатии с отсутствием коллаген-агрегации тромбоцитов

323. К наследственным тромбоцитопатиям с отсутствием плотных гранул относится все, кроме:

- А. тромбоцитопатии с изолированным отсутствием плотных гранул тромбоцитов
- Б. синдрома Германского-Пудлака

- В. синдрома Чедиака-Хигаси
- Г. синдрома Вискотта-Олдрича
- Д. аномалии Мея-Хеглина

324. Наследственная аспириноподобная тромбоцитопения развивается в результате отсутствия в тромбоцитах:

- А. циклооксигеназы;
- Б. коллагеназы,
- В. эластазы,
- Г. ЦАМФ,
- Д. тромбоспандина A2

325. Причина развития ДВС-синдрома при кровопотере:

- А. гипоксия и ацидоз,
- Б. уменьшение синтеза естественных антикоагулянтов,
- В. уменьшение синтеза активаторов фибринолиза,
- Г. уменьшение синтеза ингибиторов фибринолиза,
- Д. повышение

326. При наследственном дефиците фибриногена могут нарушаться следующие виды агрегации тромбоцитов, за исключением:

- А. АДФ-агрегации,
- Б. ристомидин-агрегации,
- В. коллаген-агрегации,
- Г. адреналин-агрегации,
- Д. тромбин-агрегации

327. ДВС-синдром развивается при кровопотере:

- А. 5% ОЦК,
- Б. 2% ОЦК,
- В. 10% ОЦК,
- Г. 40% ОЦК,
- Д. 50% ОЦК

328. Для наследственных тромбоцитопатий характерно все перечисленное, за исключением:

- А. геморрагического синдрома микроциркуляторного типа,
- Б. удлинения показателей пробы Дьюка,
- В. изменения количества и размера тромбоцитов,
- Г. изменения агрегации тромбоцитов с различными агонистами,
- Д. изменения протромбинового времени

329. Причина развития полиорганной недостаточности при ДВС-синдроме заключается в следующем:

- А. торможении тканевого дыхания продуктами деградации фибриногена,
- Б. блокаде микроциркуляции,

- В. повреждении тромбином плазматических мембран жизненно важных органов,
- Г. повреждении тромбином лизосомных мембран,
- Д. гиперпродукция протеина С

330. При ДВС-синдроме наиболее часто поражается:

- А. костный мозг,
- Б. желудок,
- В. почки,
- Г. кишечник,
- Д. сердце

331. Механизм действия трансфузий свежезамороженной донорской плазмы при ДВС-синдроме следующий:

- А. связывание продуктов деградации фибриногена,
- Б. восполнение потребленных факторов свертывания,
- В. снижение агрегационной способности тромбоцитов,
- Г. уменьшение концентрации активаторов Д ВС в кровотоке,
- Д. повышение агрегационной способности тромбоцитов

332. Агрегационную способность тромбоцитов подавляют препараты:

- А. полиглюкин,
- Б. реоферон,
- В. трентал,
- Г. адреналин,
- Д. гемодез

333. Эффект плазмафереза при ДВС-синдроме обусловлен:

- А. удалением естественных антикоагулянтов,
- Б. удалением клеточных антигенов,
- В. удалением активированных факторов свертывания,
- Г. снижением концентрации простациклина в крови,
- Д. снижением агрегационной способности тромбоцитов,

334. В лечении наследственных тромбоцитопатии используется все, кроме:

- А. преднизолона,
- Б. дицинона,
- В. эписилон-аминокапроновой кислоты,
- Г. тромбоцитарной массы,
- Д. трансплантации костного мозга

335. При гемофилии В наблюдается дефицит:

- А. фактора VIII,
- Б. фактора IX,
- В. фактора XIII,
- Г. фактора X,
- Д. фактора XI

336. Из перечисленных факторов свертывания крови наиболее лабилен:

- А фактор VIII,
- Б. фактор IX,
- В. фибриноген,
- Г. протромбин,
- Д. фактор XI

337. При легкой форме гемофилии дефицит факторов VIII и IX составляет:

- А. 0-3%,
- Б. 3-5%,
- В. 5-10%,
- Г. 10-15%,
- Д. 15-20%

338. Кровоизлияния в суставы характерны при:

- А тромбастении Гланцмана,
- Б. болезни Виллебранда,
- В. гемофилии А,
- Г. идиопатической тромбоцитопенической пурпуре,
- Д. гипопроконвертинемии

339. Наибольшую опасность для жизни больного кровоизлияния представляют:

- А. в области губ,
- Б. в область корня языка,
- В. гематурия,
- Г. носовые кровотечения,
- Д. маточные

340. Достаточный уровень содержания фактора IX у больного после заместительной терапии составляет:

- А 5-10%
- Б. 10-20%
- В. 20-40%
- Г. 40-60%
- Д. 100-120%.

341. Нелиофилизированный криопреципитат необходимо хранить при температуре:

- А. 0⁰С,
- Б. +22⁰С,
- В. -25⁰С,
- Г. +37⁰С,
- Д. +41⁰С

342. Криопреципитат следует размораживать при температуре:

- А. 22⁰С,

- Б. 37⁰С,
- В. 41⁰С,
- Г. 56⁰С
- Д. 65⁰С.

343. Скорость введения криопреципитата для получения быстрого эффекта должна быть:

- А. 10 кап/мин,
- Б. 20 кап/мин,
- В. 60 кап/мин,
- Г. 80 кап/мин,
- Д. 100 кап/мин

344. Препараты, используемые для восполнения дефицита фактора VIII:

- А. криобулин,
- Б. бебулин,
- В. фактонин,
- Г. агефия,
- Д. фейба

345. Для замещения дефицита фактора IX используются следующие препараты:

- А. криобулин
- Б. гемофил
- В. PPSB
- Г. профилат
- Д. фактор Хьюман.

346. Содержание фактора IX необходимо поднять для быстрого купирования кровотечения до:

- А. 10%,
- Б. 25%,
- В. 50%,
- Г. 75%,
- Д. 80%.

347. Для лечения ингибиторных форм гемофилии больному необходимо назначить:

- А. гепарин,
- Б. аспирин,
- В. плазмаферез,
- Г. ингибиторы фибринолиза,
- Д. тромбоцитаферез

348. К факторам, участвующим в сосудисто-тромбоцитарном гемостазе, не относятся:

- А. фактор IX,
- Б. простациклин,

- В. тромбомодулин,
- Г. гепарин-сульфат,
- Д. тканевой активатор плазминогена.

349. К мембранным рецепторам тромбоцитов не относятся:

- А. гликопротеин Ia,
- Б. гликопротеин IIb-IIIa,
- В. третий фактор тромбоцитов,
- Г. фибронектин,
- Д. гликопротеин Ib.

350. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:

- А. определение АЧТВ,
- Б. определение протромбинового времени,
- В. проба Айви,
- Г. определение тромбинового времени,
- Д. определение уровня фибронектина.

351. Агрегацию тромбоцитов исследуют со всеми следующими активаторами, кроме:

- А. коллагена,
- Б. ристомидина
- В. АДФ
- Г. адреналина
- Д. активированного VII фактора.

352. В альфа-гранулах тромбоцитов не содержится:

- А. фибронектин
- Б. фибриноген
- В. IV фактор тромбоцитов
- Г. тромбоспондин
- Д. серотонин.

353. Для оценки прокоагулянтной активности тромбоцитов необходимо определить:

- А. IV фактор тромбоцитов
- Б. III фактор тромбоцитов
- В. GMP140
- Г. гликопротеин Ia
- Д. гликопротеин Ib.

354. Для прямой диагностики наследственных тромбоцитопатий с дефектом мембранных гликопротеинов используется:

- А. исследование агрегации тромбоцитов
- Б. определение ретракции кровяного сгустка
- В. моноклональные антитела против гликопротеинов
- Г. проба Айви
- Д. проба Дьюка.

355. К факторам свертывающей системы крови не относятся:

- А. фибриноген
- Б. протромбин
- В. фактор Хагеманна
- Г. фактор X
- Д. протеин С.

356. К факторам, участвующим во внутреннем механизме свертывающей системы крови, относятся все перечисленные, за исключением:

- А. фактора Хагеманна
- Б. высокомолекулярного кининогена
- В. фактора VII
- Г. фактора VIII
- Д. фактора IX.

357. К факторам, участвующим во внешнем механизме свертывания крови, относятся все перечисленные, кроме:

- А. тканевого тромбопластина
- Б. фактора VII
- В. фактора X
- Г. фактора IX
- Д. протромбина.

358. В конечном этапе свертывания крови не участвует:

- А. протромбин
- Б. фибриноген
- В. XIII фактор
- Г. кальций
- Д. тромбомодулин.

359. К естественным антикоагулянтам не относятся:

- А. гепарин
- Б. антитромбин III
- В. протеин С
- Г. протеин S
- Д. фибронектин.

360. Для оценки свертывания крови могут быть использованы все следующие тесты за исключением:

- А. АЧТВ
- Б. протромбнного индекса
- В. тромбинового времени
- Г. агрегации тромбоцитов
- Д. АКТ.

361. Для оценки внешнего механизма свертывания крови необходимо определить:

- А. протромбиновое время
- Б. АЧТВ
- В. АКТ
- Г. тромбиновое время
- Д. уровень фибриногена.

362. К методам, характеризующим конечный этап свертывания крови, относятся все перечисленные, кроме:

- А. определения тромбинового времени
- Б. определения уровня фибриногена
- В. определения уровня XIII фактора
- Г АЧТВ,
- Д. этаноловый тест

363. К методам определения фибринолитической активности крови относятся:

- А. определение плазминогена в эуглобулиновой фракции плазмы крови
- Б. АЧТВ
- В. определение протромбинового времени
- Г. АКТ
- Д. определение тромбинового времени.

364. К средствам, влияющим на тромбоцитарное звено гемостаза, не относится:

- А. эпислон-аминокапроновая кислота
- Б. трентал
- В. курантил
- Г. тиклид.
- Д. плавикс

365. К средствам, не влияющим на систему фибринолиза, относятся:

- А. свежзамороженная плазма
- Б. эпислон-аминокапроновая кислота
- В. теоникол
- Г. стрептокиназа
- Д. гепарин.

366. Перечислите антикоагулянты прямого действия:

- А. фенилин
- Б. гепарин
- В. свежзамороженная плазма
- Г. тиклид
- Д. эпислон-аминокапроновая кислота.

367. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А. гепарин

- Б. рекомбинантный антитромбин III
- В. тиклид
- Г. фибринолизин.
- Д. ни одно из перечисленных.

368. Фактор Виллераанда образует комплекс с фактором свертывающего звена:

- А. V
- Б. VII
- В. VIII
- Г. IX
- Д. XIII

369. Активированные тромбоциты секретируют все, кроме:

- А. адреналина,
- Б. норадреналина,
- В. фибрин-пептидов,
- Г. простагличина,
- Д. фибронектина

370. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А. X фактора
- Б. IX фактора
- В. VIII фактора
- Г. VII фактора
- Д. V фактора

371. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А. X фактора
- Б. IX фактора
- В. VIII фактора
- Г. VII фактора
- Д. V фактора

372. При гемофилии А и В геморрагический синдром относится к следующему типу:

- А. петехиально-синячковый
- Б. гематомный
- В. гематомно-петехиальный
- Г. васкулитная пурпура
- Д. ангиоматозный.

373. Клинико-лабораторная диагностика гемофилии основана на всем перечисленном, кроме:

- А. определения АЧТВ
- Б. определения времени Квика

- В. определения дефицита факторов свертывания крови
- Г. наличия гематомного типа геморрагического синдрома
- Д. определения агрегации тромбоцитов с коллагеном.

374. При гемофилии А и В геморрагический синдром может осложниться:

- А. синовитом
- Б. некрозом тканей
- В. анемической комой
- Г. почечной недостаточностью
- Д. инфарктом миокарда.

375. Что представляют собой иммунные ингибиторы VIII фактора:

- А. иммунные комплексы
- Б. гаптены
- В. адгезивные молекулы
- Г. иммуноглобулины
- Д. фибрин-мономерные комплексы.

376. Для купирования геморрагического синдрома при гемофилии А используется:

- А. криопреципитат
- Б. PPSB
- В. нативная плазма
- Г. концентрат фактора IX
- Д. обогащенная IX фактором плазма.

377. Для купирования геморрагического синдрома при гемофилии В используется:

- А. криопреципитат
- Б. PPSB
- В. человеческий VIII фактор
- Г. свиной VIII фактор
- Д. рекомбинантный VIII фактор.

378. Для лечения гемартрозов при гемофилии используются:

- А. пункция сустава с откачиванием крови, введением гидрокорзона
- Б. охлаждение пораженного сустава
- В. срочная операция - синовэктомия
- Г. срочное введение эпислон-аминокапроновой кислоты
- Д. эндопротезирование пораженного сустава

379. Принципы хирургического лечения больных гемофилиями состоят из:

- А. хирургические вмешательства проводятся на фоне адекватной трансфузионной терапии
- Б. хирургические пособия ограничены
- В. ортопедическое лечение проводится лишь пациентам с легкой формой заболевания
- Г. любые хирургические вмешательства
- Д. нельзя проводить протезирование тазобедренных суставов

380. Больным с наследственным дефицитом факторов протромбинового комплекса свойственно все перечисленное, за исключением:

- А. нарушения гемостаза по микроциркуляторно-гематомному типу при дефиците факторов VII и фактора X,
- Б. развития тромбозов наряду с профузными кровотечениями,
- В. развития гемофилии В при наследственном дефиците IX фактора
- Г. удлинения протромбинового индекса при нормальном тромбиновом тесте,
- Д. купирования геморрагического синдрома при использовании препарата ППСБ

381. Диагностика приобретенных геморрагических коагулопатий основана на выявлении:

- А. кожных аллергических реакций,
- Б. отсутствия эффекта от терапии препаратами факторов свертывания,
- В. антител против антигена фактора Виллебранда,
- Г. укорочении АЧТВ,
- Д. укорочении протромбинового времени

382. К наследственным формам геморрагических диатезов сосудистого генеза не относятся:

- А. диффузная ангиокератома туловища (болезнь Фабри),
- Б. тромбастения Гланцмана,
- В. гемангиомы с тромбоитарными и коагуляционными нарушениями (синдром Казабаха-Мерита),
- Г. синдром Марфана,
- Д. телеангиэктазия Рандю-Ослера

383. Телеангиэктазия Рандю-Ослера характеризуется всем перечисленным, кроме:

- А. развитием аутоиммунной гемолитической анемии,
- Б. постгеморрагической железодефицитной анемией,
- В. эффективностью криотерапии телеангиэктазий,
- Г. аутосомно-доминантного наследования с разной пенетрантностью гена,
- Д. избирательным поражением слизистых

384. Узловатая эритема протекает со всеми перечисленными клиническими характеристиками, за исключением:

- А. фибриноидных изменений стенки сосудов подкожной клетчатки,
- Б. аллергического микротромбоваскулита с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов,
- В. типичной локализацией на коже передне-боковой поверхности кожи, бедер и ягодиц,
- Г. эритемы, которая может быть проявлением саркоидоза, туберкулеза, коллагенозов,
- Д. гепатоспленомегалией

385. При проведении терапии ДВС-синдрома необходимо контролировать все, кроме:

- А. уровня физиологических антикоагулянтов при использовании гепарина,
- Б. состояния системы фибринолиза,

- В.определения протромбинового индекса при терапии викасолом,
- Г. агрегации тромбоцитов,
- Д. концентрации продуктов паракоагуляции

386. Клинико-лабораторная диагностика синдрома Казабаха-Меррита основывается на всем перечисленном, кроме:

- А. выраженной тромбоцитопении и нарушении агрегации тромбоцитов,
- Б. потребления факторов свертывания крови,
- В. отсутствии ристомидин-зависимой агрегации тромбоцитов,
- Г. обнаружения гемангиом на коже и во внутренних органах,
- Д. укорочения продолжительности жизни тромбоцитов.

387. Острые кровотечения в хирургической и акушерской практике могут обусловлены всем перечисленным, кроме:

- А. внутривенного введения свежезамороженной плазмы,
- Б. гнойно-деструктивных процессов паренхиматозных органов,
- В. преждевременной отслойки плаценты,
- Г. эмболии околоплодными водами,
- Д. острым ДВС-синдромом

388. Принципы профилактики патологий гемостаза в хирургической и акушерской практике включают в себя все перечисленное, за исключением:

- А. проведение противошоковых мероприятий,
- Б. профилактического введения викасола и глюконата кальция, |
- В. профилактики и рациональной терапии хирургической инфекции,
- Г. предупреждение гипоксии,
- Д. предупреждение внутриутробной гибели плода

389. Естественный фибринолиз осуществляется с помощью фермента:

- А. проконвертина,
- Б. трипсина,
- В. плазмина,
- Г. плазминогена,
- Д. антиплазмина

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

390. Определение продуктов деградации фибриногена и фибрин-мономерных комплексов проводят при помощи тестов:

- 1. этанолового теста,
- 2. АЧТВ,
- 3. протаминсульфатного теста,

- 4. тромбинового времени,
- 5. уровня фибриногена.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

391. При первичном сосудисто-тромбоцитарном гемостазе имеет место следующая последовательность тромбоцитарных реакций:

- 1. агрегация
- 2. распластывание
- 3. адгезия
- 4. активация свертывания крови
- 5. ретракция кровяного сгустка.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

392. К методам определения дефицита факторов свертывания крови относят:

- 1. тест смешивания плазмы крови больного с плазмой, в которой известен дефицит фактора,
- 2. определение АЧТВ
- 3. определение протромбинового времени
- 4. определение уровня фибриногена.
- 5. определение агрегации тромбоцитов с АДФ
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

393. К антиагрегантам относятся:

- 1. тиклид
- 2. фенилин
- 3. трентал
- 4. гепарин
- 5. эписилон-аминокапроновая кислота.
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

394. Для наследственных гипо- и дисфибриногенемий характерна

1. наследование по аутосомно-рецессивному типу,
2. обнаружение фибриногена с аномальной молекулярной структурой,
3. наследование по аутосомно-доминантному типу,
4. передача по наследству сцепленно с X-хромосомой,
5. образование продуктов деградации фибриногена

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

395. Для геморрагической болезни новорожденных характерно:

1. снижение протромбинового индекса,
2. достижение эффекта при использовании свежзамороженной плазмы,
3. эффективность профилактического назначения витамина К1
4. тромбоз пупочных вен,
5. удлинение протромбинового времени

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

396. Для геморрагического синдрома при кишечных дисбактериозах характерно:

1. наличие связи с угнетением нормальной флоры тонкого кишечника
2. участие в патогенезе эндо- и экзотоксинов кишечной флоры
3. целесообразность назначения витамина К1
4. при длительной терапии антибиотиками необходимо назначать викасол
5. высокая летальность.

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

397. Дефицит факторов протромбинового комплекса при заболеваниях печени характеризуется:

1. нарушением синтеза белков-предшественников протромбина, протеина С и протеина S,
2. нарушением синтеза белков-предшественников факторов VII, IX, X,
3. эффективностью парентерального введения витамина К,
4. терапией выбора следует считать переливание свежзамороженной плазмы,
5. его доминирующей ролью в патогенезе внутрипеченочного холестаза

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

398. При проведении терапии непрямыми анти коагулянтами необходимо контролировать:

1. степень удлинения протромбинового времени
2. степень удлинения тромбинового времени
3. снижение показателя протромбинового индекса
4. концентрацию антитромбина III
5. уровень фибриногена.

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

399. Лабораторный контроль при терапии гепарином состоит из определения:

1. темп инфузии гепарина считается оптимальным при повышении АЧТВ в 1,5-2 раза
2. величины протромбинового комплекса,
3. при длительном лечении гепарином необходимо контролировать уровень антитромбина III
4. фибринолитической активности плазмы
5. этанолового теста

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

400. К наследственным формам геморрагических диатезов сосудистого генеза относятся:

1. наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера),
2. геморрагический диатез при мезенхимальных дисплазиях,
3. телеангэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар),
4. макроцитарная тромбоцитопения Бернара-Сулье,
5. микротромбоваскулит Шенлейна-Геноха

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

401. Патогенез, клиника и диагностика геморрагического васкулита характеризуются:

1. появлением циркулирующих иммунных комплексов в крови
 2. активацией компонентов системы комплемента,
 3. асептическим воспалением,
 4. лихорадкой,
 5. тромбированием и некрозом стенок сосудов
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

402. К приобретенным геморрагическим ангиопатиям относятся:

1. идиопатические ангиопатии
 2. ангиопатии, обусловленные терапией гепарином
 3. ангиопатии, обусловленные гиповитаминозом С
 4. застойные и ортостатические формы
 5. ангиопатии, обусловленные терапией непрямыми антикоагулянтами
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

403. Геморрагическому васкулиту (болезнь Шенлейна-Геноха) свойственно:

1. развитие заболевания после перенесенной инфекции
 2. наличие антитромбоцитарных антител
 3. длительные кровотечения
 4. артериальные и венозные тромбозы,
 5. тромбоцитопении
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

404. Клиническая картина ДВС-синдрома на различных стадиях характеризуется :

1. гемокоагуляционным шоком,
 2. преобладанием гематомного типа кровоточивости,
 3. полиорганной недостаточностью,
 4. развитием респираторного дистресс-синдрома,
 5. загруженностью
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

405. Патогенетическими факторами развития ДВС-синдрома являются:

1. клеточный распад,
2. высвобождение и активация тканевого тромбопластина,
3. потребления факторов свертывания крови в микротромбах
4. появление антител против VIII, IX факторов свертывания крови,
5. выработка антитромбоцитарных антител

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

406. Основные принципы профилактики и терапии ДВС-синдрома сводятся к:

1. рациональной антибиотической терапии септических состояний
2. уменьшению травматизации оперативных вмешательств
3. профилактике преждевременной отслойки плаценты, эмболии околоплодными водами
4. ранняя диагностика ДВС-синдрома
5. назначению фибринолитиков, свежзамороженной плазмы, прямых антикоагулянтов

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

407. Локальная тромбоцитопатия и коагулопатия потребления при синдроме Казабаха-Меррита приводит к:

1. развитию тромбоцитопении и тромбоцитопатии локального типа в ангиомах
2. врожденным аномалиям строения мегакариоцитов
3. потреблению и истощению факторов свертывания крови в гемангиомах
4. врожденному дефициту плотных гранул тромбоцитов
5. нарушению функции мегакариоцитов костного мозга

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

408. Причины возникновения острых кровотечений в хирургической и акушерско-гинекологической практике могут быть:

1. травматические хирургические вмешательства на паренхиматозных органах
2. использование аппарата искусственного кровообращения
3. механический гемолиз при нарушении работы искусственных клапанов сердца
4. острый ДВС-синдром

5. нераспознанный дефицит факторов свертывания

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

409. Применяя свежзамороженную плазму (СЗП) необходимо придерживаться следующих принципов:

- 1. вводить свежзамороженную плазму внутривенно, медленно, капельно
- 2. применять свежзамороженную плазму под контролем центрального венозного давления
- 3. размороженную и неиспользованную плазму можно заморозить
- 4. использование гепарина в комплексе со свежзамороженной плазмой должно осуществляться под контролем,
- 5. СЗП нельзя применять вместе с гепарином

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

410. Наиболее достоверные признаки гемолитического посттрансфузионного осложнения (период шока):

- 1. бледность кожных покровов
- 2. внутрисосудистый гемолиз
- 3. снижение артериального давления
- 4. изменение цвета плазмы (гемоглобинемия)
- 5. тахикардия

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

411. К наследственным тромбоцитопатиям относятся:

- 1. тромбоцитопатия с повышением уровня активного проконвертина (активного фактора VII)
- 2. тромбодистрофия Бернара-Сулье
- 3. тромбоцитопатия обусловленная появлением эритроцитов сферической форм, вызывающих резкое повышение вязкости крови
- 4. синдром Вискотта-Олдрича,
- 5. синдром Казабаха-Меррита,

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

412. На сосудистое звено гемостаза действуют:

- 1. серотонин,
- 2. раствор желатина,
- 3. рутин,
- 4. викасол,
- 5. ЭАКК

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

413. На тромбоцитарное звено гемостаза влияют следующие гемостатические препараты:

- 1. аскорутин,
- 2. ЭАКК,
- 3. протамин-сульфат,
- 4. раствор желатина,
- 5. викасол

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

414. Тромбоцитопатия при приеме ацетилсалициловой кислоты обусловлена:

- 1. ингибцией фосфолипаз тромбоцитов,
- 2. ингибцией синтеза тромбоксана
- 3. нарушением транспорта ионов кальция,
- 4. ингибцией циклооксигеназы,
- 5. повышением уровня цАМФ в тромбоцитах

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

415. Наиболее эффективным методом лечения и профилактики цитостатической болезни является:

- А. переливания крови
- Б. инфузии лейкомассы
- В. антибиотикотерапия
- Г. перевод больного в бокс
- Д. уменьшение дозы цитостатиков

416. Профилактика осложнений цитостатической болезни состоит из:

- А. стерилизации кишечника:
- Б. профилактического назначения антибиотиков
- В. плазмафереза
- Г. перевод больного в бокс на весь период ПХТ
- Д. перевод больного на парентеральное питание

417. Классификация агранулоцитозов основана на:

- А. этиологическом факторе
- Б. отличиях патогенеза
- В. клинических особенностях
- Г. анамнестических данных
- Д. анализах периферической крови

418. Для апластической анемии характерны следующие изменения в костном мозге:

- А. снижение клеточности костного мозга
- Б. преобладание кроветворного костного мозга над жировым
- В. очаговая пролиферация лимфоцитов
- Г. нормальное соотношение кроветворного и жирового костного мозга
- Д. очаги фиброза

419. Лабораторное исследование при апластической анемии выявляет:

- А. панцитопению в периферической крови
- Б. ретикулоцитоз
- В. низкий уровень сывороточного железа
- Г. гипергаммаглобулинемию,
- Д. повышение трансаминаз

420. При цитостатической болезни имеет место следующий тип кровоточивости:

- А. гематомный,
- Б. васкулитно-пурпурный,
- В. смешанный,
- Г. микроциркуляторный,
- Д. петехиальный

421. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются:

- А. диарея,
- Б. артериальная гипотония,

- В. фебрильная температура,
- Г. загруженность,
- Д. желтушность

422. Токсический гепатит характеризуется:

- А. кровоточивостью
- Б. лихорадкой
- В. цитопенией
- Г. изменениями осадочных проб
- Д. спленомегалией

423. Показанием для перевода больного агранулоцитозом в стерильную палату является:

- А. присоединение бактериальной инфекции
- Б. присоединение вирусной инфекции
- В. затянувшийся агранулоцитоз
- Г. лейкопения ниже 750 в 1 мкл
- Д. нейтропения ниже 750 в 1 мкл

424. Донора тромбоцитов для больного с апластической анемией подбирают по:

- А. системе антигенов ABO
- Б. системе резус антигенов
- В. тесту MLC
- Г. по системе HLA
- Д. по индивидуальному подбору

425. Для уточнения диагноза агранулоцитоза необходимо сделать следующее:

- А. трепанобиопсию
- Б. стерильную пункцию
- В. компьютерную томографию
- Г. лимфографию,
- Д. люмбальную пункцию

426. В 1986 году наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего диагностировались у следующих возрастных групп:

- А. дошкольники
- Б. школьники младших классов
- В. подростки
- Г. взрослое население
- Д. ликвидаторы

427. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в системе:

- А. ЦНС
- Б. сердечно-сосудистой системе

- В. системе органов кроветворения
- Г. пищеварительной системе
- Д. в иммунной системе

428. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

- А. тошнота и рвота
- Б. лейкопения
- В. эритема кожи
- Г. выпадение волос
- Д. жидкий стул

429. Пороговая доза облучения для развития острой лучевой болезни составляет:

- А. 0,5 Gr
- Б. 1 Gr
- В. 2 Gr
- Г. 3 Gr
- Д. 5 Gr

430. При подсчете лейкоцитарной формулы раньше всего уменьшается количество:

- А. эритроцитов
- Б. лейкоцитов
- В. нейтрофилов
- Г. лимфоцитов
- Д. тромбоцитов

431. Минимальная суммарная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни:

- А. более 15 рад;
- Б. более 20 рад
- В. более 50 рад
- Г. более 100 рад
- Д. более 200 рад

432. В организме людей, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения, из перечисленных радионуклидов не выявляют

- А. цезий
- Б. стронций
- В. плутоний
- Г. радий
- Д. йод

433. Единицы поглощенной дозы:

- А. фэй
- Б. зиверт

- В. рентген
- Г. кюри
- Д. бэр

434. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению при поглощенной дозе на плод:

- А. более 0,1 Gr
- Б. более 0,5 Gr
- В. более 1 Gr
- Г. при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по нормам радиационной безопасности
- Д. более 2 Gr

435. О степени тяжести лучевого поражения судят по:

- А. содержанию радионуклидов в месте поражения
- Б. количестве "горячих" частиц в легких
- В. количестве радионуклидов в организме
- Г. степени угнетения кроветворения,
- Д. по анализу периферической крови

436. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови:

- А. менее 3000 в мкл
- Б. менее 1000 в мкл
- В. менее нормы
- Г. менее 500 в мкл
- Д. менее 100 в мкл.

437. Кровоточивость возникает при следующем содержании тромбоцитов в крови:

- А. менее 150000 в мкл
- Б. менее 100000 в мкл
- В. менее 50000 в мкл
- Г. менее 40000 в мкл
- Д. менее 10000 в мкл

438. У шахтеров урановых шахт наибольшую дозу облучения получает:

- А. костный мозг
- Б. печень
- В. легкие
- Г. желудок
- Д. щитовидная железа

439. Первое место среди причин смерти населения, проживающего на загрязненной радиацией территории занимают:

- А. сердечно-сосудистые заболевания
- Б. онкологические заболевания

- В. травмы
- Г. отравления,
- Д. бронхиальная астма

440. Следующие злокачественные новообразования наиболее вероятны для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС:

- А. рак желудка
- Б. рак легкого
- В. лейкозы
- Г. рак щитовидной железы
- Д. рак молочной железы

441. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано:

- А. при дозах облучения менее 3 Гг:
- Б. больным, у которых не было первичной реакции
- В. больным с легкой степенью болезни
- Г. больным, получившим летальные дозы облучения,
- Д. больным, получившим дозу менее 3 Гг

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

442. Апластическая анемия характеризуется следующими клиническими симптомами:

- 1. кровоточивостью
- 2. проливными потами
- 3. рецидивирующими инфекциями
- 4. кожным зудом
- 5. лимфаденопатией

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

443. При осмотре у больного апластической анемией выявляется:

- 1. желтушность кожных покровов,
- 2. лимфоузлы не пальпируются
- 3. гепатоспленомегалия
- 4. печень и селезенка нормальных размеров
- 5. увеличение лимфатических узлов

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

444. Терапия апластической анемии включает в себя:

- 1. применение циклоспорина
- 2. проведение курсов антилимфоцитарного глобулина
- 3. спленэктомия,
- 4. назначение преднизолона
- 5. назначение цитостатиков

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

445. Типичными проявлениями цитостатического миокардита являются:

- 1. одышка,
- 2. увеличение размеров сердца,
- 3. рефрактерная недостаточность кровообращения,
- 4. аритмии,
- 5. кровохарканье

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

446. К инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся:

- 1. пневмония
- 2. грибковый сепсис
- 3. стафилококковый сепсис
- 4. флебиты
- 5. менингит

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

447. Введением каких препаратов достигается предупреждение развития ДВС-синдрома при гемолитическом трансфузионном осложнении:

- А. назначением антикоагулянтов непрямого действия

- Б. введением свежезамороженной плазмы
- В. введением гепарина
- Г. введением препаратов антифибринолитического действия
- Д. введением препаратов фибринолитического действия

448. Редкое осложнение цитостатической терапии:

- А. панкреатит,
- Б. энтеропатия,
- В. пневмония,
- Г. сепсис,
- Д. холецистит

449. При амбулаторном проведении цитостатической терапии для профилактики агранулоцитозов необходимо проводить:

- А. регулярные анализы крови,
- Б. ежедневный осмотр гематолога,
- В. регулярные анализы мочи,
- Г. трансфузии лейкомассы 1 раз в неделю,
- Д. профилактическое назначение антибиотиков

450. В период амбулаторного лечения гемобластозов в первую очередь, важно контролировать:

- А. уровень гемоглобина,
- Б. уровень, тромбоцитов,
- В. СОЭ,
- Г. число нейтрофилов в крови,
- Д. диастазу мочи

451. Для лимфатических опухолей кожи предпочтительнее использовать:

- А. β -лучи
- Б. g-лучи
- В. жесткие рентгеновские лучи
- Г. цитостатики
- Д. протоновое излучение

452. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре наиболее эффективным методом лечения является:

- А. дренирование грудного лимфатического протока
- Б. трансфузии тромбомассы
- В. тимэктомия
- Г. спленэктомия
- Д. плазмаферез

453. При гемофилии А с частыми рецидивирующими гемартрозами первым хирургическим пособием является:

- А. спленэктомия
- Б. тимэктомии
- В. синовэктомия пораженного сустава
- Г. эндопротезирование пораженного сустава
- Д. хондропластика

454. При аутоиммунной гемолитической анемии, протекающей с частыми кризами, показано проведение:

- А. спленэктомии,
- Б. наложение гепатолиенального шунта,
- В. дренирование грудного лимфатического протока,
- Г. холецистэктомии,
- Д. тимэктомии

455. К осложнениям глюкокортикоидной терапии относится все, кроме:

- А. асептического некроза головок бедренных костей
- Б. сахарного диабета
- В. диссеминации латентно протекающей туберкулезной инфекции
- Г. миелодепрессии
- Д. развития острых психозов

456. Показанием для немедленного начала антибиотикотерапии является:

- А. агранулоцитоз,
- Б. тромбоцитопения,
- В. острый вирусный гепатит,
- Г. острый гемолиз,
- Д. острая почечная недостаточность

457. К противогрибковым препаратам относятся:

- А. диклофенак,
- Б. дифлюкан,
- В. нифедипин,
- Г. допамин,
- Д. макропен

458. Оптимальными комбинациями антибиотиков при агранулоцитозом на первом этапе эмпирической терапии являются:

- А. цефалоспорин + аминогликозид
- Б. макролид + биосинтетический пенициллин
- В. хинолон + макролид
- Г. тетрациклин + аминогликозид
- Д. монотерапия меропенемом

459. К противовирусным препаратам относятся:

- А. задитен,

- Б. зовиракс,
- В. гистадил,
- Г. ранитидин,
- Д. хлорамфеникол

460. Из высказанных положений первоочередным при восполнении острой кровопотери является:

- А. необходимость восполнить количество эритроцитов.
- Б. необходимость поддерживать нормальный уровень гемоглобина.
- В. необходимость восполнить до нормоволемии объем циркулирующей крови.
- Г. необходимость бороться с гипоксией
- Д. необходимость бороться с ацидозом

461. Наиболее правильна следующая последовательность переливания трансфузионных средств при острой кровопотере:

- А. цельная кровь, полиглокин, кристаллоиды, раствор соды
- Б. эритроциты, альбумин, тромбоциты, кристаллоиды
- В. декстраны, кристаллоиды, эритроциты, тромбоциты
- Г. кристаллоиды, декстраны, цельная кровь, альбумин,
- Д. свежезамороженная плазма, кристаллоиды

462. При коагулопатии потребления наиболее эффективно переливание:

- А. свежезамороженной плазмы в объеме 1,0-1,8 л
- Б. цельной крови,
- В. тромбоцитов
- Г. эритроцитной массы
- Д. альбумина

463. Учитывая кровопотерю, при коагулопатии необходимо назначать:

- А. трансфузии эритроцитов
- Б. введение декстранов,
- В. введение свежезамороженной плазмы и проведение плазмафереза
- Г. введение препаратов эпислон-аминокапроновой кислоты
- Д. цельной крови

464. При иммунодефиците показано назначение всего перечисленного, за исключением:

- А. кортикостероидов
- Б. гамма-глобулина
- В. иммуноглобулинов направленного действия
- Г. внутривенного иммуноглобулина
- Д. свежезамороженной плазмы

465. Из перечисленных положений верны следующие:

- А. прямое переливание крови - лучший метод трансфузионной терапии в экстремальных условиях

- Б. прямое переливание крови - вынужденное, но необходимое условие восполнения острой кровопотери в экстремальных условиях
- В. прямое переливание крови - метод, потенциально опасный, с точки зрения, переноса инфекций,
- Г. прямое переливание крови не имеет настоящее время достаточных оснований для применения в клинической практике
- Д. прямое переливание крови - метод, потенциально опасный, с точки зрения, тромбогенности

466. Воздушная эмболия не опасна, если:

- А. в вену попадает не более 1 см³ воздуха
- Б. в вену попадает более 2 см³ воздуха
- В. она возникает в начале или конце переливания
- Г. переливание выполняется в центральные вены
- Д. она возникает в конце переливания

467. Эффективность терапии гемолитического шока, обусловленного переливанием несовместимой по АВО- или резус-антигенам крови, зависит от всего перечисленного, кроме:

- А. срока диагностики осложнения
- Б. количества перелитой несовместимой крови
- В. тяжести проявлений гемолиза
- Г. адекватности проводимых терапевтических мероприятий,
- Д. времени начала лечения

468. Клиническими признаками тромбоцитопенической кровоточивости является все перечисленное, за исключением:

- А. кровоточивости слизистых полости рта и носа
- Б. развития гематом и гемартрозов, забрюшинных гематом
- В. петехиальной сыпи и «синяковости» на коже, мелкоочечной геморрагической сыпи и кровоизлияний на слизистых
- Г. кровоизлияний в головной мозг
- Д. маточных кровотечений

469. Лабораторными признаками тромбоцитопенической кровоточивости являются:

- А. сниженное количество тромбоцитов и удлинение времени кровотечения
- Б. удлинение времени свертывания крови
- В. гипофибриногенемия
- Г. снижение уровня Са,
- Д. повышенное количество тромбоцитов.

470. Стандартная доза переливаемых тромбоцитов должна содержать:

- А. 100,0-200,0 x 10⁹/л
- Б. 200,0-300,0 x 10⁹/л

- В. 300,0-400,0 x 10⁹/л
- Г. 400,0-500,0 x 10⁹/л
- Д. 500,0-600,0 x 10⁹/л

471. Наиболее оптимальным температурным режимом хранения тромбоцитов является:

- А. температура жидкого азота
- Б. температура холодильника (+4⁰С)
- В. +10 - +15⁰С
- Г. +20 - +24⁰С
- Д. +37 - +40⁰С

472. На функциональную полноценность тромбоцитов при хранении благоприятно влияет:

- А. постоянное помешивание и встряхивание
- Б. рН ниже 6,0
- В. высокий уровень молочной кислоты
- Г. хранение в стеклянных флаконах
- Д. использование салициловой кислоты.

473. Оптимальным способом получения тромбоцитарной массы является:

- А. сепаратор клеток крови
- Б. 4-кратный тромбоцитаферез при помощи пластикатных контейнеров и центрифуг
- В. стеклянные флаконы
- Г. способ от нескольких доноров
- Д. нет правильного ответа

474. Женщина 26 лет была доставлена в больницу с кровотечением из носа и десен. Заболела остро. При осмотре - петехии и синяки на ногах и туловище. В анализе крови количество тромбоцитов - 9,0 10⁹/л. В костном мозге - повышенное содержание мегакариоцитов. Время свертывания в пределах нормальных величин. Время кровотечения удлинено. Ваш предполагаемый диагноз:

- А. геморрагический васкулит
- Б. гемофилия
- В. гипофибриногенемия
- Г. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- Д. недостаток факторов протромбинового комплекса

475. Трансфузионная тактика при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре предполагает переливание:

- А. свежезамороженной плазмы
- Б. теплой крови
- В. тромбоцитарной массы
- Г. криопреципитата
- Д. нативной плазмы

476. Свежезамороженной называется плазма, которая замораживается в течение:

- А. немедленно

- Б. первых 6 часов после заготовки крови
- В. первых 8 часов после заготовки крови
- Г. первых 12 часов после заготовки крови
- Д. первых суток

477. Свежезамороженная плазма при температуре -18°C может храниться в течение:

- А. 6 месяцев
- Б. 1 года
- В. 2 лет
- Г. 3 лет
- Д. более 5 лет

478. Отмытые эритроциты должны быть использованы.

- А. немедленно
- Б. через два часа после отмывания
- В. через шесть часов после отмывания
- Г. через двадцати четырех часов после отмывания
- Д. не позднее тридцати шести часов после отмывания

479. В стационар поступил больной 21 года. Установлен диагноз апластической анемии. При исследовании крови - $\text{Hb } 50 \text{ г/л}$, количество тромбоцитов – $5,0 \times 10^9/\text{л}$, одышка при малейшей физической нагрузке, петехии на ногах. Больному показаны трансфузии:

- А. цельной крови
- Б. прямое переливание крови
- В. эритроцитарной массы
- Г. тромбомассы
- Д. индивидуально подобранных эритроцитов

480. У больного с анемией (уровень $\text{Hb} - 70 \text{ г/л}$), обусловленной хронической почечной недостаточностью предпочтительно использование:

- А. свежей крови
- Б. эритроцитарной массы
- В. отмытых эритроцитов
- Г. рекомбинантного эритропоэтина
- Д. размороженных эритроцитов

481. У больного 35 лет в ходе операции по поводу хронического холецистита (холецистэктомия) кровопотеря составила 0,8 л. Больному показаны переливания:

- А. прямое переливание крови
- Б. эритроцитарной массы
- В. отмытых эритроцитов
- Г. плазмозамещающих растворов
- Д. тромбоцитов

482. Подбор донора костного мозга осуществляется при помощи:

- А. системы антигенов HLA культуры лейкоцитов
- Б. системы ABO
- В. минорных антигенов эритроцитов
- Г. непрямой пробы Кумбса
- Д. системы резус.

483. Для профилактики посттрансфузионной «вторичной болезни» у больных с иммунодефицитом необходимо:

- А. ультрафиолетовое облучение компонентов крови
- Б. использование фильтров
- В. отмывание клеточных компонентов
- Г. лучевое воздействие в дозе 15-50 Грэй
- Д. удаление лейкоцитарной пленки

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

484. Из нижеперечисленных препаратов к алкилирующим агентам относятся:

- 1. нитрозомочевина
- 2. сарколизин, алкеран
- 3. циклофосфан
- 4. гидроксимочевина
- 5. цитозин-арабинозин

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

485. Из нижеперечисленных препаратов к антиметаболитам относятся:

- 1. метотрексат
- 2. цитозин-арабинозин
- 3. 6-меркаптопурин
- 4. гидроксимочевина
- 5. флюдарабин

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

486. К осложнениям антибактериальной терапии относятся:

1. грибковые инфекции
 2. аплазия костного мозга
 3. почечная недостаточность,
 4. тромбоцитопении
 5. ДВС-синдром
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

487. При лечении осложнений иитостатической терапии используется:

1. иммуноглобулин
 2. граноцит
 3. антибиотики
 4. преднизолон
 5. плазмаферез
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

488. К мерам профилактики лучевых поражений сердца относятся:

1. ограничение доз
 2. экранировка сердца
 3. фракционирование дозы
 4. использование больших полей
 5. сочетание облучения и химиотерапии
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

489. Показаниями для переливания криопреципитата являются:

1. ДВС-синдром
 2. геморрагический васкулит
 - В. гемофилия А
 4. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
 5. гемофилия В
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

490. Эритроцитаферез показан при:

1. реактивных эритроцитозах,
2. тромбоцитопатии,
3. хроническом мегакариоцитарном лейкозе,
4. эритремии,
5. хроническом миелолейкозе

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

491. Показаниями к трансплантации костного мозга при острых лейкозах служит:

1. неэффективность полихимиотерапии
2. молодой возраст
3. отсутствие изоиммунизации
4. достижение 2-ой ремиссии острого лейкоза
5. неблагоприятный вариант острого лейкоза

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

492. Для острой кровопотери наиболее характерны признаки, обусловленные:

1. синдромом малого выброса
2. вазодилатацией
3. ДВС-синдромом
4. депрессией миокарда
5. протеолитическим взрывом

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

493. Из перечисленных синдромов ведущими при травматическом шоке являются:

1. кровопотеря
2. токсемия
3. боль
4. метаболический ацидоз
5. гипоксия

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

494. Проведение форсированного диуреза наиболее показано при отравлении:

- 1. мышьяком
- 2. салицилатами
- 3. спиртом
- 4. барбитуратами
- 5. свинцом

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

495. Переливание свежзамороженной плазмы показано:

- 1. при дефиците плазменных факторов свертывания,
- 2. с целью проведения парентерального питания,
- 3. в терапии диссеминированного внутрисосудистого свертывания,
- 4. с целью восполнения кровопотери,
- 5. профилактическое введение перед оперативным вмешательством

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

496. Плазмаферез является первым методом терапии:

- 1. ревматоидного артрита
- 2. тромботической тромбоцитопенической пурпуры
- 3. псориаза
- 4. гемолитико-уремического синдрома
- 5. сахарного диабета

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

497. Правильно следующее определение ДВС-синдрома:

- 1. ДВС-синдром требует обязательного лечения этиологической причины, если она возможна, и применения свежзамороженной плазмы
- 2. ДВС-синдром - самостоятельная нозологическая форма нарушения плазменного гемостаза

3. ДВС-синдром всегда вторичен и является постоянным спутником критических состояний (сепсиса, шока, больших операций.)

4. ДВС-синдром - это состояние, характеризующееся выработкой растворимых фибринмономерных комплексов

5. ДВС-синдром - заболевание, характеризующееся наличием в плазме больного продуктов паракоагуляции

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

498. Лечение острой почечной недостаточности, вызванной переливанием несовместимой крови или эритроцитов, включает в себя:

1. проведение плазмафереза

2. проведение гемодиализа и плазмафереза

3. назначение антибиотиков, кортикостероидов, дезагрегантов

4. назначение допамина в малых дозах

5. проведение форсированного диуреза

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

499. Лабораторными признаками эффективности перелитых донорских тромбоцитов являются:

1. прирост количества тромбоцитов у реципиента через час после трансфузии

2. коррекция времени кровотечения

3. остановка кровотечения

4. увеличение СА в сыворотке и уровня фибриногена

5. удлинение времени свертывания крови

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

500. Перечислите компоненты крови:

1. эритроцитная, лейкоцитная массы

2. плазма

3. тромбоцитная масса

4. альбумин

5. криопреципитат

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

501. Для осуществления эксфузии костного мозга необходимым условием является:

- 1. эндотрахеальный наркоз
- 2. подсчет клеток костного мозга в ходе процедуры
- 3. наличие стерильных условий
- 4. переливание компонентов крови после окончания процедуры
- 5. присутствие анестезиолога

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

502. Наиболее частым инфекционным осложнением переливания крови или ее компонентов является:

- 1. гепатит А
- 2. гепатит В
- 3. СПИД
- 4. гепатит С
- 5. сифилис

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

503. Лечение осложнений антибиотикотерапии включает:

- 1. противомикотическую терапию
- 2. использование сердечных гликозидов
- 3. назначение эубиотиков
- 4. назначение диуретиков
- 5. смену антибиотиков

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

504. Тромбоцитаферез показан при:

- 1. эритремии,
- 2. тромбоцитопатии,
- 3. хроническом мегакариоцитарном лейкозе,
- 4. идиопатической тромбоцитопении,

5. хроническом миелолейкозе

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

505. Максимальный % эозинофилов, наблюдаемый при паразитозах, составляет:

- А. 10-15%
- Б. 15-25%
- В. 25-35%
- Г. 35-45%
- Д. 60 - 80 %

506. Максимальный % эозинофилов, наблюдаемый при гемобластозах, может составлять:

- А. 10-12%
- Б. 2 - 20 %
- В. 20 - 40 %
- Г. 40-60%
- Д. 60-80%

507. Для инфекционного мононуклеоза не характерно:

- А. увеличение селезенки
- Б. увеличение печени
- В. тромбоцитопения
- Г. левый сдвиг в формуле крови
- Д. нейтропения

508. Болезнью Гоше болеют:

- А. дети
- Б. подростки
- В. взрослые
- Г. старики
- Д. в любом возрасте

509. Сфинголипиды при болезни Ниманна-Пика накапливаются в:

- А. макрофагах
- Б. промиелоцитах
- В. лимфоцитах
- Г. бластах,
- Д. нормоцитах

510. В реакцию с антигеном при иммунобластном лимфадените вовлекаются:

- А. В-лимфоциты
- Б. Т-лимфоциты
- В. моноциты
- Г. миелоциты,
- Д. NK- клетки

511. Лечение иммунобластного лимфаденита включает в себя:

- А. пульс-терапию глюкокортикоидами,
- Б. плазмаферез,
- В. этиотропное лечение,
- Г. физиотерапию,
- Д. лучевую терапию

512. Выделяют следующие формы тромбоцитозов:

- А. наследственные и приобретенные,
- Б. амегакариоцитарные и гипермегакариоцитарные,
- В. миелодиспластические и парциальногиперпластические,
- Г. лимфокиинозависимые и лимфокинонезависимые,
- Д. тимусзависимые и тимуснезависимые

513. В патогенезе реактивных тромбоцитозов ведущую роль играет:

- А. простоциклин
- Б. тромбоксан А₂
- В. тромбоцитопэтин
- Г. тромбомодулин
- Д. эритропэтин

514. Реактивными тромбоцитозами называются:

- А. любое повышение числа тромбоцитов в крови выше 200 тыс. в мкл.
- Б. любое повышение числа тромбоцитов в крови выше 300 тыс. в мкл
- В. повышение числа тромбоцитов в крови выше 400 тыс. в мкл. с увеличением количества мегакариоцитов,
- Г. повышение числа тромбоцитов в крови выше 600 тыс. в мкл. любой этиологии
- Д. повышение числа тромбоцитов в крови выше 400 тыс. в мкл, с гиперплазией костного мозга

515. Диспротеинемия при хронических гепатитах характеризуется:

- А. повышением уровня γ - глобулинов, β - фракций
- Б. снижением уровня γ - глобулинов
- В. снижением фракции α_2 - глобулинов
- Г. повышением уровня всех глобулиновых фракций,
- Д. повышением уровня альбуминов

516. В патогенезе «эссенциальной» гипер-g-глобулинемии, сопровождающейся кровоточивостью, лежит:

- А. тромбоцитопения
- Б. иммунокомплексный васкулит
- В. дефицит VIII фактора
- Г. дефицит фактора Виллебранда,
- Д. дефицит фактора XII

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

517. Симптоматические парапротеинемии от парапротеинемий при парапротеинемических гемобластозах отличаются следующим:

- 1. отсутствие протеинурии Бенс-Джонса
- 2. низкий уровень белка в М-компоненте (менее 30 г/л)
- 3. отсутствием остеодеструктивных очагов
- 4. плазматических клеток в костном мозге менее 10%,
- 5. снижение уровней нормальных иммуноглобулинов

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

518. При проведении дифференциальной диагностики эритремии и вторичных эритроцитозов в пользу первой свидетельствуют:

- 1. эритроцитоз в сочетании со спленомегалией
- 2. нарушением микроциркуляции
- 3. гиперклеточность трепаната костного мозга,
- 4. эритроцитоз при нормальных размерах печени,
- 5. нормальное количество циркулирующих эритроцитов или повышение не более чем на 25%

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

519. Для болезни Хэнда-Шуллера-Кристиана характерно поражение следующих органов:

- 1. сердца
- 2. лимфоузлов

- 3. почек
- 4. печени
- 5. легких,
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

520. В гипокоагуляционной фазе ДВС-синдрома назначают:

- А. гепарин
- Б. трансфузии свежзамороженной плазмы
- В. трансфузии теплой крови
- Г. прямые переливания крови
- Д. введение криопреципитата

521. В патогенезе геморрагических васкулитов лежит:

- А. иммуноагрессия против тромбоцитов
- Б. иммунокомплексный синдром
- В. ДВС-синдром
- Г. гемолитический синдром
- Д. синдром дефектных тромбоцитов

522. Для профилактики рецидивов геморрагических васкулитов применяют:

- А. курсы лечения гепарином
- Б. плазмаферез
- В. антиагреганты
- Г. памба
- Д. дицинон

523. Первостепенным методом лечения при анемической коме, независимо от ее этиологии, является:

- А. трансфузия свежзамороженной плазмы,
- Б. переливание эритроцитарной массы,
- В. назначение стероидов,
- Г. трансфузия коллоидов,
- Д. переливание теплой крови

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

524. Патогенез острых психозов при лейкозах связан с:

1. нейрорлейкемией
2. влиянием стероидов у генетически детерминированных лиц
3. эндогенным токсикозом
4. комбинацией цитостатиков
5. хроническим малокровием

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

525. Дебют острого психоза клинически может быть выражен :

1. нарушением сознания
2. психомоторным возбуждением
3. суицидальными попытками
4. бредом преследования и бредом загрождения
5. галлюцинозом

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

526. Неотложная терапия при острых психозах включает в себя:

1. назначение галоперидола
2. проведение плазмафереза
3. назначение аминазина
4. назначение феназепама
5. трансфузии эритроцитной массы

- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

527. К диагностическим признакам искусственной постгеморрагической анемии относятся:

1. ретикулоцитоз
2. сидеропения
3. гипохромия эритроцитов
4. высокий цветовой показатель
5. лейкоцитоз

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

528. Неотложная терапия стероидных реакций в гематологии включает:

- 1. седативные средства
- 2. психотерапию
- 3. отмену преднизолона
- 4. перевод в психо-соматическое отделение
- 5. проведение плазмафереза

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

529. К диагностическим признакам искусственных геморрагических диатезов относятся:

- 1. увеличение времени кровотечения
- 2. увеличение времени свертывания крови
- 3. петехиальная сыпь на голенях
- 4. экхимозы только на доступных участках кожи
- 5. повышение протромбинового индекса

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

530. Причиной развития острого ДВС-синдрома могут быть:

- 1. сепсис
- 2. передозировка гепарина
- 3. посттрансфузионный шок
- 4. синдром Машковица
- 5. тромбоцитопения

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

531. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется:

- 1. гипер - или гипокоагуляцией
- 2. истощением фибринолиза

- 3. тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена
- 4. отсутствием ристомидин - агрегации тромбоцитов
- 5. гипертромбоцитозом
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

532. В патогенезе острого агранулоцитоза лежит:

- 1. повышенное разрушение гранулоцитов в периферическом русле при воздействии лекарства
- 2. коллагенозы
- 3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге
- 4. вирусная инфекция
- 5. острая почечная недостаточность
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

533. Лечение острого агранулоцитоза иммунного происхождения включает все перечисленное, кроме:

- 1. помещения пациента в стерильный блок
- 2. трансфузии плазмы
- 3. преднизолона
- 4. переливания лейкоцитарной массы
- 5. антибиотиков
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

534. В лечении геморрагических васкулитов применяется все перечисленное, за исключением:

- 1. эписилон-аминокапроновой кислоты
- 2. плазмафереза
- 3. стрептокиназы
- 4. антиагрегантов
- 5. гепарина
- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

535. Клиническими симптомами острой постгеморрагической анемии являются:

1. тахикардия
2. желтушность кожных покровов
3. снижение АД
4. спленомегалия
5. рвота

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

536. К лабораторным признакам постгеморрагической анемии относят:

1. снижение уровня гемоглобина
2. значительное снижение объема циркулирующих эритроцитов
3. гипохромию эритроцитов
4. повышение уровня непрямого билирубина
5. наличие гемосидерина в моче

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

537. Неотложным мероприятием при острой постгеморрагической анемии является:

1. механическая остановка кровотечения
2. восполнение всей кровопотери эритроцитарной массой
3. трансфузии коллоидных, кристаллоидных растворов
4. переливание цельной крови
5. трансфузии теплой крови

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

538. К клиническим признакам гемолитического криза относятся:

1. отеки
2. желтушность кожных покровов
3. сухость во рту
4. потемнение мочи
5. рвота

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

539. Лабораторными диагностическими признаками гемолитического криза являются:

- 1. редукция красного ростка
- 2. ретикулоцитоз
- 3. повышение уровня непрямого билирубина в крови
- 4. повышение уровня сывороточного железа
- 5. раздражение красного ростка

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

540. К неотложным мероприятиям во время гемолитического криза при аутоиммунной гемолитической анемии следует отнести:

- 1. гемофильтрацию
- 2. назначение стероидов
- 3. трансфузию свежзамороженной плазмы
- 4. переливание отмытых эритроцитов
- 5. переливание теплой крови

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

541. Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является:

- 1. выработка антител к тромбоцитам
- 2. появление иммунных комплексов в крови
- 3. фиксация гаптена на поверхности тромбоцитов
- 4. микробная инвазия
- 5. вирусная инвазия

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

542. Спленэктомия является первым этапом терапии лимфоцитомы селезенки:

- А. да;
- Б. нет;
- В. только в сочетании с химиотерапией,
- Г. спленэктомия производится только с диагностической целью,
- Д. спленэктомия производится только после химиотерапии

543. Методом выбора оперативного лечения волосатоклеточного лейкоза является:

- А. спленэктомия,
- Б. тимэктомия,
- В. холецистэктомия,
- Г. удаление группы увеличенных лимфоузлов,
- Д. наложение гепатолиенального шунта

544. При операциях на органах брюшной полости у больных гемофилией А необходимо контролировать уровень:

- А. VIII фактора,
- Б. IX фактора,
- В. VII фактора,
- Г. X фактора,
- Д. XII фактора,

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

545. Противопоказаниями к спленэктомии при сублейкемическом миелозе являются:

- 1. выраженная гепатомегалия;
- 2. высокий лейкоцитоз
- 3. тромбоцитоз с гиперкоагуляцией
- 4. внепеченочный портальный блок
- 5. инфаркты селезенки

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

546. Абсолютными показаниями к спленэктомии при опухолевых лимфопролиферативных заболеваниях служит:

- 1. развитие глубокой цитопении
- 2. преимущественная локализация заболевания в селезенке
- 3. ограниченная возможность терапии стероидами, цитостатиками
- 4. осложнения или непродолжительный эффект консервативной терапии

5. развитие гемолиза

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

547. При остеодеструктивных поражениях у больных множественной миеломой необходимо:

- 1. лечить патологический перелом, сочетая хирургическое пособие с облучением опухолевого очага,
- 2. лечить патологический перелом также ,как лечат перелом у здоровых людей
- 3. не только вытяжение, ходьба на костылях, но и продолжение цитостатической терапии
- 4. эндопротезирование суставов
- 5. увеличение дозы цитостатиков

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

548. Из следующих положений при болезни Гоше верными являются:

- 1. пациенты с болезнью Гоше могут быть излечены с помощью генной инженерии - внесением гена глюкоцереб্রозидазы
- 2. трансплантация костного мозга - наиболее радикальный метод терапии
- 3. спленэктомия - основной метод терапии
- 4. в терапии основное значение имеют кортикостероиды
- 5. пациента показана тимэктомия, а при отсутствии эффекта - спленэктомия

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

549. Синовэктомия при хроническом гемартрозе у больных гемофилией эффективна при:

- 1. артрозе III-IV степени
- 2. артрозе I-II степени
- 3. применении в последующем редрессации
- 4. использовании длительной иммобилизации конечности
- 5. не показана

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

550. При хирургическом лечении спленомегалии необходимо принимать во внимание:

1. основной диагноз заболевания и степень проявления гиперспленизма
2. объем циркулирующей крови, эритроцитов, плазмы, выраженность нарушений гемостаза
3. предшествующую цитостатическую и кортикостероидную терапию
4. сопутствующие заболевания
5. возраст, степень истощения больного

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

551. Хирургическое лечение гемартрозов при гемофилии включает в себя:

1. раннюю аспирацию излившейся в сустав крови
2. кратковременную иммобилизацию пораженной конечности
3. на фоне трансфузионной антигемофилической терапии назначение физиотерапевтических процедур
4. синовэктомию
5. внутрисуставное введение кортикостероидов

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

552. Плановая спленэктомия при болезни Верльгофа возможна в сроки:

1. после достижения терапевтического эффекта на минимальной дозе преднизолона
2. независимо от фоновой дозы преднизолона,
3. спленэктомия может быть проведена экстренно при угрозе кровоизлияния в мозг
4. через месяц после окончания стероидной терапии,
5. через полгода после окончания стероидной терапии,

А. 1, 2, 3,

Б. 1, 3,

В. 2, 4,

Г. 4,

Д. 1, 2, 3, 4 и 5

553. Спленэктомия при хроническом лимфолейкозе показана при:

1. иммунной цитопении
2. быстром росте селезенки, не контролируемом цитостатиками
3. неинфекционной гипертермии
4. выявлении инфарктов селезенки
5. больших размерах селезенки

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

554. Диагноз изолированной спленомегалии должен быть поставлен на основании:

- 1. клинических данных
- 2. наличия портальной гипертензии
- 3. данных лапароскопии с биопсией печени и селезенки
- 4. анамнестических сведений, подтверждаемых клиникой
- 5. УЗИ органов брюшной полости

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

555. Портальная гипертензия наблюдается при всех указанных заболеваниях, кроме:

- 1. сублейкемического миелоза
- 2. лимфогранулематоза III-IV стадии
- 3. лимфосаркомы селезенки
- 4. наследственного микросфероцитоза,
- 5. апластической анемии

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

556. При оперативном родоразрешении у роженицы с апластической анемией необходимо предусмотреть:

- 1. переливание эритроцитной массы,
- 2. трансфузии нативной плазмы,
- 3. переливание тромбоцитной массы,
- 4. переливание свежезамороженной плазмы
- 5. переливание теплой крови

- А. 1, 2, 3,
- Б. 1, 3,
- В. 2, 4,
- Г. 4,
- Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

557. Антиген – это:

- А. микроэлемент
- Б. неорганическое вещество
- В. любое вещество, вызывающее иммунный ответ
- Г. полисахариды
- Д. аминокислоты

558. Антигены групп крови – это:

- А. иммуногенные вещества на поверхности эритроцитов, генетически детерминированные
- Б. любые молекулы на поверхности эритроцитов
- В. иммуногенные вещества, образующиеся на поверхности эритроцитов под влиянием окружающих условий
- Г. сапрофитные бактерии,
- Д. система комплемента

559. Система групп крови АВО была открыта в:

- А. 1890 году
- Б. 1900 году,
- В. 1913 году,
- Г. 1938 году,
- Д. 1949 году,

560. Из перечисленных антигенов эритроцитов наиболее иммуногенными являются:

- А. Н, А и С
- Б. А, В и Д
- В. КЕЛЛ и Н
- Г. А, С и Д
- Д. Н, А и КЕЛЛ

561. По правилу Ландштейнера, у людей группы крови 0(1) в сыворотке крови есть антитела:

- А. анти- А
- Б. анти - В
- В. анти- А и анти - В
- Г. антител нет
- Д. анти-Д

562. Если родители имеют генотипы АО и ВО, то ребенок может иметь только:

- А. А(II) или В(III) группу крови
- Б. АВ(IV) или О(I) группу крови
- В. О(I), А(II) или В(III) группу крови
- Г. А(II), В (III) или АВ (IV) группу крови
- Д. любую из четырех групп крови

563. Если родители имеют генотипы АВ и ВО, то ребенок может иметь только:

- А. А(II) или В(III) группу крови
- Б. АВ(IV) или О(I) группу крови
- В. О(I), А(II) или В(III) группу крови
- Г. А(II), В (III) или АВ (IV) группу крови
- Д. любую из четырех групп крови

564. Перекрестный метод определения группы крови по системе АВО - это:

- А. определение с помощью реагентов анти-А и анти-В,
- Б. определение с помощью анти-А, анти-В и дополнительного анти -АВ реагента,
- В. одновременное определение антигенов эритроцитов и природных антител в сыворотке,
- Г. одновременное определение изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке,
- Д. определение с помощью цоликлонов

565. Группа крови АВО устанавливается по результатам:

- А. агглютинации эритроцитов анти-А и анти-В реагентами
- Б. реакции агглютинации стандартных эритроцитов сывороткой исследуемой крови
- В. по наличию групповых веществ А и В в сыворотке
- Г. параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке
- Д. параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке крови

566. Система резус была открыта в:

- А. 1900 г.
- Б. 1915 г.
- В. 1927 г.
- Г. 1940 г.
- Д. 1953 г.

567. Взаимодействие антигена с антителом:

- А. обратимо,
- Б. необратимо,
- В. невозможно,
- Г. кратковременно,
- Д. длительно

568. Неполные антиэритроцитарные антитела – это:

- А. антитела против неполных антигенов
- Б. антитела, расщепленные ферментами
- В. неагглютинирующие антитела
- Г. холодовые антитела,
- Д. антитела, находящиеся в сыворотке крови

569. Прямая проба Кумбса – это агглютинация эритроцитов при добавлении:

- А. желатина
- Б. кроличьей сывороткой против эритроцитов человека

- В. комплемента
- Г. кроличьей сыворотки против иммуноглобулинов человека
- Д. фосфатного буфера

570. Сыворотку для пробы Кумбса получают путем иммунизации животных:

- А. эритроцитами человека
- Б. фибриногеном человека
- В. g-глобулином человека
- Г. групповыми антителами человека,
- Д. лимфоцитами человека

571. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления:

- А. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов
- Б. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител
- В. антигенов эритроцитов при типировании крови
- Г. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери
- Д. холодовых антител

572. Антигены системы резус – это:

- А. белки
- Б. полисахариды
- В. липиды
- Г. комплемент,
- Д. ферменты

573. Сколько основных антигенов содержится в системе резус:

- А. один (D)
- Б. два (D, C),
- В. три (D, C, E)
- Г. пять (D, C, c, E, e)
- Д. шесть (D, d, C, c, E, e)

574. Резус-принадлежность крови определяет наличие антигена (антигенов):

- А. D
- Б. D, C
- В. D, C, E
- Г. D, C,
- Д. C, E, e

575. Резус-типирование крови необходимо проводить:

- А. только у доноров
- Б. только у беременных женщин
- В. только у новорожденных с гемолитической желтухой
- Г. только у больных гемолитической анемией
- Д. необходимо проводить всегда

576. Антиген Д необходимо выявлять у:

- А. доноров
- Б. реципиентов
- В. у беременных,
- Г. у космонавтов,
- Д. у водолазов

577. Чаще всего тяжелые формы гемолитической болезни новорожденных связаны с несовместимостью матери и плода по:

- А. АВО
- Б. антигену Д
- В. антигену С
- Г. антигену Е
- Д. антигенам тканевой совместимости

578. Иммунизация резус-отрицательной женщины резус-положительными эритроцитами плода происходит вследствие того, что:

- А. эритроциты плода проникают в кровоток матери на протяжении всего срока беременности
- Б. в кровоток матери поступает через плаценту резус-антигены
- В. эритроциты плода проникают в организм матери во время родов
- Г. эритроциты плода проникают в организм матери в ранние сроки беременности,
- Д. в сыворотке матери вырабатываются неполные антитела против эритроцитов плода

579. Разрушение эритроцитов плода или новорожденного при гемолитической болезни происходит за счет:

- А. аутоиммунных антител ребенка
- Б. антител матери
- В. проникновения избыточного количества комплемента через плаценту,
- Г. нарушений в системе комплемента,
- Д. антител плода против антигенов матери

580. В результате аборта резус-сенсibilизация может развиваться всегда:

- А. да,
- Б. нет, не может
- В. может при частых абортах,
- Г. очень редко,
- Д. при выработке повышенного количества комплемента

581. Необходимость устанавливать специфичность антител, вызывающих разрушение эритроцитов плода, возникает при:

- А. нет такой необходимости,
- Б. при подборе крови для переливания
- В. проведении специфической профилактики гемолитической болезни,

Г. возникает при внутриутробной гибели плода,
Д. угрозе выкидыша

582. Препарат для профилактики гемолитической болезни новорожденных содержит антитела:

- А. анти-А и анти-В
- Б. анти-Д, анти-С и анти-Е
- В. анти-Д и анти-С
- Г. анти -Д,
- Д. анти -d,c,e

583. У женщин с анти-резус антителами профилактика с помощью анти-резус иммуноглобулина:

- А. проводится
- Б. не проводится
- В. проводится,если титр антител ниже 1 : 32,
- Г. проводится,если титр антител ниже 1 : 64,
- Д. проводится.если титр антител выше 1 : 64

584. Профилактику у женщин с анти-резус антителами проводят:

- А. после первых родов
- Б. после вторых родов
- В. после каждого родов,
- Г. на ранних сроках беременности,
- Д. только по желанию женщины

585. Анти-Д-иммуноглобулин должен быть введен резус-отрицательной женщине:

- А. в течение 7 суток после родов
- Б. в течение 48 часов после родов
- В. если у ребенка наблюдаются симптомы гемолитической болезни
- Г. только тогда, когда у нее будут обнаружены иммунные анти-Д антитела
- Д. только по желанию женщины

586. Реакция исследуемых эритроцитов положительная с анти-А и анти-В-реагентом, реакция сыворотки отрицательная с О, А и В эритроцитами. Исследуемая кровь относится к группе:

- А. О(I)
- Б. А(II)
- В. В (III)
- Г. АВ (IV)
- Д. так быть не может, определение не верно

587. Реакция исследуемых эритроцитов положительная с анти-В и отрицательная с анти-А реагентом, реакция сыворотки положительная с А и отрицательная с О и В эритроцитами. Исследуемая кровь принадлежит к группе:

- А. О(I)

- Б. А(II)
- В. В (III)
- Г. АВ (IV)
- Д. так быть не может, определение не верно

588. При проведении пробы на индивидуальную совместимость донора и реципиента исследуются:

- А. сыворотка донора с эритроцитами реципиента
- Б. сыворотка реципиента с эритроцитами донора
- В. сыворотки донора и реципиента со стандартными эритроцитами,
- Г. сыворотка реципиента со стандартными эритроцитами,
- Д. эритроциты реципиента в фосфатном буфере

589. Наиболее чувствительным тестом при проведении пробы на индивидуальную совместимость является:

- А. реакция агглютинации на плоскости
- Б. реакция конгломинации с желатином
- В. непрямая проба Кумбса
- Г. реакция связывания комплемента,
- Д. реакция в солевой среде

590. В основе патогенеза ВИЧ-инфекции лежит:

- А. паралич фагоцитарной активности
- Б. прогрессирующее снижение уровня CD-8 клеток
- В. прогрессирующее снижение уровня CD-4 клеток
- Г. депрессия Ig M
- Д. депрессия IgG

591. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции основывается на:

- А. клинической картине
- Б. бактериологическом анализе испражнений
- В. посеве крови
- Г. иммунохимическом исследовании
- Д. исследовании субпопуляций лимфоцитов

592. Наиболее важным критерием эффективности лечения ВИЧ-инфекции является:

- А. снижение температуры,
- Б. нормализация уровней иммуноглобулинов,
- В. увеличение коэффициента Т4/Т8
- Г. снижение титра ВИЧ-антител,
- Д. уменьшение размеров лимфоузлов

593. Наиболее вероятное значение в заражении ВИЧ имеет:

- А. пользование общим постельным бельем,
- Б. пользование общей посудой,
- В. ингаляция зараженного воздуха

- Г. половое сношение per vaginam
- Д. переливание ВИЧ-инфицированной крови

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3,
- Б) - если правильны ответы 1 и 3,
- В) - если правильны ответы 2 и 4,
- Г) - если правильный ответ 4,
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

594. Для определения резус-принадлежности используют:

- 1. моноклональные анти-Д реагенты
 - 2. иммунные сыворотки животных
 - 3. сыворотки резус-отрицательных лиц, иммунных против Д-антигена
 - 4. сыворотку Кумбса,
 - 5. сыворотки резус-положительных людей
- А. 1, 2, 3,
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

595. С помощью прямой пробы Кумбса определяют наличие в крови:

- 1. ревматоидного фактора и иммунных комплексов
 - 2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител
 - 3. С-реактивного белка
 - 4. сенсibilизированных эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
 - 5. Холодовых антител
- А. 1, 2, 3,
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

596. К антигенам, экспрессированным на тромбоцитах, относятся антигены системы:

- 1. ABO
 - 2. Д- системы резус
 - 3. HLA
 - 4. Д,С,Е - системы резус
 - 5. d,c,e- системы резус
- А. 1, 2, 3,
 - Б. 1, 3,
 - В. 2, 4,
 - Г. 4,
 - Д. 1, 2, 3, 4 и 5

- 597.** Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится для:
1. подтверждения идентичности донора и реципиента по ABO и по резус-фактору
 2. подтверждение совместимости донора и реципиента по ABO
 3. выявления аутосенсibilизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных антител в сыворотке донора
 4. выявления иммунных антител в сыворотке реципиента
 5. выявления иммунных антител поверхности эритроцитов
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

- 598.** Для определения HLA-антигенов лейкоцитов используются:
1. лимфоцитотоксический тест в присутствии комплемента
 2. непрямой антиглобулиновый тест
 3. ДНК-анализ
 4. иммунофлюоресценция
 5. реакция связывания комплемента,
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

- 599.** Типичными для ВИЧ-инфекции клиническими проявлениями являются:
1. похудание,
 2. депрессия
 3. головная боль
 4. лихорадка,
 5. генерализованная лимфаденопатия
- А. 1, 2, 3,
Б. 1, 3,
В. 2, 4,
Г. 4,
Д. 1, 2, 3, 4 и 5

Инструкция: выберите один правильный и наиболее полный ответ из числа предложенных вариантов.

- 600.** Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:
- А) неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Б) образование сгустка
В) наклонное положение капилляров в штативе
Г) несоблюдение температурного режима

Д) все перечисленное

601. Наследственные дефекты мембраны эритроцитов приводят к:

- А) микросфероцитозу
- Б) овалоцитозу
- В) стоматоцитозу
- Г) акантоцитозу
- Д) все перечисленное верно

602. Эритроцитоз, вызванный повышенным образованием эритропоэтина, характерен для:

- А) анемий при печеночной недостаточности
- Б) полицитемии
- В) болезни и синдрома Иценко-Кушинга
- Г) гипергидратации
- Д) всего перечисленного

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

- А) ядерные
- Б) клубкообразные
- В) полносетчатые
- Г) неполносетчатые
- Д) пылевидные

604. Ретикулоцитоз не наблюдается при:

- А) микросфероцитарной гемолитической анемии
- Б) талассемии
- В) апластической анемии
- Г) пароксизмальной ночной гемоглобинурии
- Д) всех перечисленных анемиях

605. Подсчет эритроцитов рекомендуется проводить сразу после взятия крови при:

- А) железодефицитных анемиях
- Б) гемолитических анемиях
- В) апластических анемиях
- Г) В12 – дефицитных анемиях
- Д) всех перечисленных анемиях

606. Наиболее точным и практически приемлемым методом определения содержания гемоглобина в крови является:

- А) метод Сали
- Б) метод с 0,5% раствором аммиака по оксигемоглобину
- В) гемиглобинцианидным метод
- Г) по насыщению крови газом (СО, О₂)- газометрический метод
- Д) определения содержания кол-ва железа в молекуле Нb

607. Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

- А) увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве
 - Б) увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
 - В) увеличение их абсолютного числа
 - Г) уменьшение процентного содержания нейтрофилов
 - Д) все ответы неправильные
- 608.** Появление в периферической крови бластов на фоне нормальной лейкоформулы характерно для:
- А) мегалобластной анемии
 - Б) заболеваний печени и почек
 - В) состояния после переливания крови
 - Г) острых лейкозов
 - Д) все перечисленное верно
- 609.** Повышение гематокритной величины наблюдается при:
- А) эритроцитозах
 - Б) анемиях
 - В) гипергидротации
 - Г) все перечисленное верно
 - Д) все перечисленное неверно
- 610.** Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:
- А) апластической анемии
 - Б) гипопластической анемии
 - В) гемолитическом синдроме
 - Г) метастазах рака в кость
 - Д) все перечисленное верно
- 611.** Стволовая клетка кроветворения в покое имеет морфологию:
- А) малого лимфоцита
 - Б) бластной клетки
 - В) моноцита
 - Г) фибробласта
 - Д) ни одного из перечисленных
- 612.** К элементам микроокружения костного мозга относятся:
- А) ретикулярные клетки
 - Б) макрофаги
 - В) фибробласты
 - Г) остеобласты и остеокласты
 - Д) все перечисленные клетки
- 613.** Клетки стромы костного мозга выполняют:
- А) регуляцию гемопоэза
 - Б) опорную (механоциты)
 - В) функцию микроокружения
 - Г) трофическую функцию

Д) все перечисленное

614. Лейко–эритробластический индекс это:

- А) отношение всех видов лейкоцитов костного мозга ко всем клеткам эритроидного ряда
- Б) отношение зрелых форм лейкоцитов ко всем клеткам эритроидного ряда
- В) отношение незрелых лейкоцитов ко всем клеткам эритроидного ряда
- Г) отношение эритроцитов к лейкоцитам периферической крови
- Д) все ответы правильны

615. Термин «анизоцитоз» означает изменение:

- А) формы эритроцитов
- Б) диаметра эритроцитов
- В) интенсивности окраски эритроцитов
- Г) количества эритроцитов
- Д) появление ядросодержащих эритроцитов в периферической крови

616. Анизоцитоз эритроцитов наблюдается при:

- А) макроцитарных анемиях
- Б) миелодиспластических синдромах
- В) гемолитических анемиях
- Г) метастазах новообразований в костный мозг
- Д) всех перечисленных заболеваний

617. Мегалобластический эритропоэз наблюдается при:

- А) кризе аутоиммунной гемолитической анемии
- Б) беременности
- В) В-12-фолиеводефицитной анемии
- Г) раке желудка
- Д) всех перечисленных состояниях

618. Гранулоциты образуются в:

- А) селезенке
- Б) костном мозге
- В) лимфатических узлах
- Г) селезенке и лимфатических узлах
- Д) печени

619. Тромбоциты образуются в:

- А) селезенке
- Б) костном мозге
- В) лимфатических узлах
- Г) все ответы правильные
- Д) правильного ответа нет

620. Тромбоцитопения характерна для:

- А) краснухи новорожденных
- Б) лучевой болезни
- В) ДВС-синдрома

- Г) ВИЧ-инфекции
- Д) все перечисленное верно

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

- А) вирусных инфекциях
- Б) состоянии после облучения
- В) коллагенозах
- Г) новообразованиях
- Д) все перечисленное верно

622. Для варианта миелодиспластического синдрома-рефрактерной анемии характерно:

- А) анизоцитоз
- Б) пойкилоцитоз
- В) нормо-и гиперхрония
- Г) гиперклеточный костный мозг
- Д) все перечисленные признаки

623. Дизгемопоз может наблюдаться при:

- А) миелодиспластическом синдроме
- Б) В12-фолиево-дефицитной анемии
- В) циррозе печени
- Г) хроническом вирусном гепатите
- Д) всех перечисленных заболеваниях

624. Для установления варианта острого лейкоза наибольшее значение имеет:

- А) мазок периферической крови
- Б) пунктат костного мозга
- В) трепанобиопсия подвздошной кости
- Г) цитохимический метод
- Д) все перечисленное

625. Для эритромиелоза характерна пролиферация в костном мозге:

- А) эритробластов
- Б) миелобластов
- В) эритробластов и миелобластов
- Г) мегакариоцитов
- Д) ничего из перечисленного

626. Для периферической крови при остром эритромиелозе характерны:

- А) лейкопения
- Б) анемия
- В) эритробластоз
- Г) все перечисленное

627. Для алейкемического варианта острого лейкоза в периферической крови характерно все перечисленное, кроме:

- А) анемии
- Б) гиперлейкоцитоза

- В) лейкопении
- Г) нейтропении
- Д) относительного лимфоцитоза

628. Относительный лимфоцитоз наблюдается при:

- А) токсоплазмозе
- Б) хроническом миелолейкозе
- В) приеме кортикостероидов
- Г) вторичных иммунодефицитах
- Д) злокачественных новообразованиях

629. Для лейкограммы при хроническом миелолейкозе не характерно:

- А) увеличение числа лимфоцитов и плазмобластов
- Б) сдвиг влево до миелоцитов
- В) базофильно-эозинофильный комплекс
- Г) увеличение миелобластов
- Д) нет правильного ответа

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

- А) острого лейкоза
- Б) хронического лимфолейкоза
- В) лимфогранулематоза
- Г) миеломной болезни
- Д) хронического моноцитарного лейкоза

631. Для лейкограммы обострения хронического миелолейкоза не характерно:

- А) уменьшение количества бластных элементов
- Б) увеличение количества бластных элементов
- В) уменьшение зрелых гранулоцитов
- Г) уменьшение числа тромбоцитов
- Д) ничего из перечисленного

632. Наиболее характерными клинико-лабораторными показателями волосатоклеточного лейкоза являются:

- А) спленомегалия
- Б) лейкопения, лимфоцитоз
- В) анемия
- Г) фиброз костного мозга
- Д) все ответы правильные

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

- А) аутоиммунная гемолитическая анемия
- Б) апластическая анемия
- В) железодефицитная анемия
- Г) пернициозная анемия
- Д) правильного ответа нет

- 634.** При остром лейкозе наиболее характерным показателем периферической крови является:
- А) анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных форм
 - Б) умеренная анемия, тромбоцитоз, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме до миелоцитов
 - В) умеренная анемия и тромбоцитопения, лейкоцитоз с лимфоцитозом
 - Г) эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом
 - Д) нормальное кол-во эритроцитов и тромбоцитов, небольшая лейкопения без сдвигов в лейкограмме
- 635.** Для острого эритромиелоза наиболее характерны:
- А) нормальное кол-во эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов
 - Б) анемия, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз
 - В) умеренная анемия, ретикулоцитоз, нормальное кол-во тромбоцитов, лейкопения с лимфоцитозом
 - Г) нормо- или гиперхромная анемия, тромбоцитопения, лейкопения и эритробластоз
 - Д) все перечисленное
- 636.** Для развернутой стадии хронического миелолейкоза наиболее характерны:
- А) лейкопения с гранулоцитопенией
 - Б) небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез с левым сдвигом до палочкоядерных форм
 - В) гиперлейкоцитоз, нейтрофилез с левым сдвигом до миелоцитов, промиелоцитов, миелобластов
 - Г) лейкоцитоз с лимфоцитозом
 - Д) анемия, эритробластоз, ретикулоцитоз
- 637.** Выраженная анемия, лейкопения, нейтропения, единичные плазматические клетки в периферической крови, плазмоцитоз в костном мозге. Цитологическая картина характерна для:
- А) острого лейкоза
 - Б) хронического миелолейкоза
 - В) миеломной болезни
 - Г) хронического лимфолейкоза
 - Д) лимфогранулематоза
- 638.** Лейкоцитоз за счет незрелых гранулоцитов, миелобластов, промиелоцитов, миелоцитов, метамиелоцитов характерен для:
- А) острого лейкоза
 - Б) хронического миелолейкоза
 - В) эритремии
 - Г) хронического моноцитарного лейкоза
 - Д) всех перечисленных заболеваний
- 639.** Прогрессирующая нормохромная анемия, нормальное количество лейкоцитов, в лейкограмме миелобласты. В костном мозге большое количество эритробластов, мегалобластов, миелобластов. Гемограмма характерна для:
- А) лимфогранулематоза
 - Б) эритромиелоза

- В) эритремии
- Г) хронического миелолейкоза
- Д) миеломной болезни

640. Клетки при остром промиелоцитарном лейкозе отличается от нормальных промиелоцитов:

- А) сетчатым расположением хроматина в ядре
- Б) ядерным полиморфизмом
- В) наличием клеток со складчатыми уродливыми ядрами
- Г) наличием в цитоплазме палочек Ауэра
- Д) все перечисленное верно

641. Высокий процент плазматических клеток в костном мозге наблюдается при:

- А) коллагенозах
- Б) инфекционном мононуклеозе
- В) миеломной болезни
- Г) болезни Вальденстрема
- Д) всех перечисленных заболеваний

642. Характерные изменения миелограммы при остром лейкозе:

- А) бластоз
- Б) увеличение количества мегакариоцитов
- В) миелофиброз
- Г) аплазия
- Д) все перечисленное

643. Для острого миелобластного лейкоза наиболее характерным цитохимическим показателем является:

- А) миелопероксидаза
- Б) гликоген
- В) щелочная фосфатаза
- Г) неспецифическая эстераза
- Д) нет достоверного теста

644. При острых лейкозах миелограмме не характерны:

- А) нормальная дифференцировка гранулоцитов
- Б) клетки цитолиза
- В) базофильно-эозинофильный комплекс
- Г) все перечисленное
- Д) правильного ответа нет

645. Гемограмма при острых лейкозах характеризуется:

- А) бластозом
- Б) эритроцитозом
- В) тромбоцитозом
- Г) нейтрофилезом
- Д) всем перечисленным

646. Гемограмме при остром лейкозе не свойственно:
- А) лейкоцитоз
 - Б) нейтропения
 - В) тромбоцитоз
 - Г) бластемия
 - Д) ни один из этих признаков
647. Для гранулоцитов характерна:
- А) нейтрофильная специфическая зернистость
 - Б) нейтрофильная и базофильная специфическая зернистость
 - В) базофильная специфическая зернистость
 - Г) эозинофильная специфическая зернистость
 - Д) все перечисленное
648. Неэффективный эритропоэз наблюдается при:
- А) остром эритромиелозе
 - Б) миелодиспластическом синдроме
 - В) гемолитической анемии
 - Г) мегалобластной анемии
 - Д) всех перечисленных заболеваний
649. Бластные клетки характеризуются ядерно-цитоплазматическим соотношением:
- А) в пользу цитоплазмы
 - Б) в пользу ядра
 - В) значения не имеет
 - Г) разное соотношение
 - Д) правильного ответа нет
650. Гиперплазия мегакариоцитарного аппарата наблюдается при:
- А) хроническом лимфолейкозе
 - Б) эритремии
 - В) хроническом моноцитарном лейкозе
 - Г) инфекционном мононуклеозе
 - Д) правильного ответа нет
651. Костномозговое кроветворение в развернутую стадию хронического миелолейкоза не характеризуется:
- А) снижением миелокариоцитов
 - Б) увеличением числа эозинофилов
 - В) индексом Л/Э=20/1
 - Г) замедлением созревания мегакариоцитов
 - Д) замедлением гемоглобинизации эритрокариоцитов
652. При хроническом миелолейкозе нейтрофилы имеют следующие морфологические и цитохимические особенности:
- А) скудная или очень грубая цитоплазматическая зернистость
 - Б) анизоцитоз клеток**
 - В) асинхронное созревание ядра и цитоплазмы

- Г) снижение активности щелочной фосфатазы
- Д) все перечисленное

653. При остром лимфобластном лейкозе бластам свойственны положительные реакции:

- А) на миелопероксидазу
- Б) на липиды
- В) на неспецифические эстеразы
- Г) диффузия ШИК – реакция
- Д) гранулярная ШИК – реакция

654. Для миелограммы при хроническом миелолейкозе свойственны:

- А) гиперклеточность
- Б) бластоз
- В) эритробластоз
- Г) аплазия
- Д) все перечисленное

655. Возможный исход хронического миелолейкоза:

- А) бластный криз
- Б) гематосаркома
- В) аплазия
- Г) остеомиелосклероз
- Д) все перечисленное

656. Эритремии не свойственно:

- А) низкая СОЭ
- Б) повышение вязкости крови
- В) эритроцитоз
- Г) высокая СОЭ
- Д) нет правильного ответа

657. Возможные исходы эритремии:

- А) бластный кризис
- Б) гематосаркома
- В) миелофибриоз
- Г) тромбоз
- Д) все перечисленное

658. Возможный исход хронического лимфолейкоза:

- А) гематосаркома
- Б) миелофибриоз
- В) аплазия
- Г) все перечисленное
- Д) ничего из перечисленного

659. Возможный исход миелофибриоза:

- А) бластный криз
- Б) гематосаркома

- В) аплазия
- Г) остеосклероз
- Д) все перечисленное

660. Под определением «клоновое» происхождение лейкозов понимают:

- А) приобретение клетками новых свойств
- Б) анаплазия лейкозных клеток
- В) потомство мутированной клетки
- Г) разнообразие форм лейкозных клеток
- Д) все перечисленное

661. Цитохимические исследования бластных клеток позволяют установить:

- А) принадлежность их к определенным клеточным линиям гемопоэза
- Б) степень дифференцировки бластных клеток
- В) принадлежность клеток к опухолевому клону
- Г) все перечисленное
- Д) нет правильного ответа

662. Иммунофенотипирование бластных клеток позволяет определить:

- А) принадлежность их к определенным клеточным линиям гемопоэза
- Б) степень дифференцировки бластных клеток
- В) принадлежность клеток к опухолевому клону
- Г) все перечисленное
- Д) верны пункты А и Б

663. Среднее содержание гемоглобина в эритроците повышено при:

- А) мегалобластной анемии
- Б) железодефицитной анемии
- В) анемии при злокачественных опухолях
- Г) все перечисленное верно
- Д) все перечисленное неверно

664. Средний объем эритроцита увеличен:

- А) железодефицитная анемия
- Б) талассемия
- В) гемоглобинопатии
- Г) В12- дефицитная анемия
- Д) все перечисленное верно

665. Анизоцитоз эритроцитов отмечается при:

- А) макроцитарной анемии
- Б) миелодиспластическом синдроме
- В) железодефицитной анемии
- Г) метастазах новообразований в костный мозг
- Д) все перечисленное верно

666. Для В12 – дефицитных анемий характерны:

- А) тромбоцитоз

- Б) анизохромия
- В) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- Г) лейкопения с нейтропенией и относительным лимфоцитозом
- Д) все перечисленное

667. Причиной гиперсегментации нейтрофилов не может быть:

- А) дефицит фолиевой кислоты
- Б) дефицит витамина В-12
- В) наследственные аномалии сегментации нейтрофилов
- Г) дефицит железа
- Д) хронический миелолейкоз

668. Для выявления зернисто-сетчатой субстанции ретикулоцитов рекомендуется краситель:

- А) бриллиант - крезиловый синий
- Б) азур 1
- В) азур 2
- Г) метиленовый синий
- Д) все перечисленное верно

669. Резкое снижение количества миелокариоцитов в костном мозге наблюдается при:

- А) анемии Фанкони
- Б) цитостатической болезни
- В) миелотоксическом агранулоцитозе
- Г) всех перечисленных болезнях
- Д) ни при одном из перечисленных

670. Признаками мегалобластического кроветворения могут наблюдаться при:

- А) аутоиммунной гемолитической анемии
- Б) эритромиелозе
- В) дифиллоботриозе
- Г) раке желудка
- Д) всех перечисленных заболеваний

671. Мегалобластический тип кроветворения при гемолитических анемиях обусловлен:

- А) дефицитом витамина В12
- Б) нарушением кишечной абсорбции витамина В12 и фолиевой кислоты
- В) В12 – ахрестическим состоянием
- Г) повышенной потребностью в фолиевой кислоте или витамине В-12 из-за с интенсивного эритропоэза
- Д) всеми перечисленными причинами

672. Белковой частью гемоглобина является:

- А) альбумин
- Б) трансферрин
- В) церулоплазмин
- Г) глобин
- Д) гаптоглобин

- 673.** У взрослого человека можно получить методом электрофореза виды гемоглобинов:
- А) Hb H и Hb F
 - Б) Hb A, Hb A-2, Hb F
 - В) Hb A, Hb E
 - Г) Hb S, Hb A, Hb F
 - Д) Hb A, Hb D, Hb S
- 674.** Основным типом гемоглобина взрослого человека является:
- А) Hb P
 - Б) Hb F
 - В) Hb A
 - Г) Hb S
 - Д) Hb D
- 675.** Патологическим типом гемоглобина не является:
- А) Hb F
 - Б) Hb S
 - В) Hb M
 - Г) Hb C
 - Д) все перечисленное
- 676.** Аномальным гемоглобином называется:
- А) гемоглобин с измененной структурой гема
 - Б) гемоглобин с включением липидов
 - В) гемоглобин с измененной структурой глобина
 - Г) гемоглобин со снижением сродства к кислороду
 - Д) гемоглобин с увеличением сродства к кислороду
- 677.** Синтез в эритроцитах гемоглобина «S» сопровождается развитием:
- А) апластической анемии
 - Б) гипохромной анемии
 - В) мегалобластной анемии
 - Г) серповидно-клеточной анемии
 - Д) нормохромной анемии
- 678.** Для эритроцитов с аномальным гемоглобином характерно:
- А) изменение сродства к кислороду
 - Б) изменение резистентности эритроцитов
 - В) изменение растворимости гемоглобина
 - Г) снижение устойчивости на внешние факторы
 - Д) все перечисленное
- 679.** Талассемия – это:
- А) качественная гемоглобинопатия
 - Б) наличие аномального гемоглобина
 - В) количественная гемоглобинопатия
 - Г) структурная гемоглобинопатия

Д) гемоглобинобинурия

680. При бета-талассемии наблюдается:

- А) увеличение синтеза бета-цепей глобина
- Б) снижение синтеза бета-цепей глобина
- В) увеличение синтеза гамма-цепей глобина
- Г) снижение синтеза альфа-цепей глобина
- Д) снижение синтеза гемоглобина

681. При альфа-талассемии наблюдается:

- А) снижение синтеза альфа-цепей глобина
- Б) увеличение синтеза альфа-цепей глобина
- В) гемоглобинурия
- Г) снижение синтеза бета-цепей глобина
- Д) снижение синтеза гемоглобина

682. Талассемии могут протекать по типу:

- А) гиперхромной анемии
- Б) гипопластической анемии
- В) хронического лейкоза
- Г) аутоиммунной анемии
- Д) все перечисленное верно

683. Эритроцитарные энзимопатии характеризуется:

- А) измененной структурой глобина
- Б) измененной структурой гема
- В) нарушением синтеза глобина
- Г) дефицитами ферментных систем
- Д) все перечисленное верно

684. Основным энергетическим субстратом в эритроцитах является:

- А) глюкоза
- Б) фруктоза
- В) липиды
- Г) глутатион
- Д) гликоген

685. Среди эритроцитарных энзимопатий наиболее часто встречается:

- А) пируваткиназы
- Б) гексокиназы
- В) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- Г) альдолазы
- Д) энолазы

686. Недостаточность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы протекает по типу:

- А) гемолитической анемии
- Б) гиперхромной анемии
- В) апластической анемии

- Г) железодефицитной анемии
- Д) сидеробластной анемии

687. Больной 22 года, клиника острого живота. Анализ крови: гемоглобин немного снижен, СОЭ в пределах нормы, лейкоциты 25 тыс/л, в лейкоцитарной формуле бластные клетки составляют 87%. Это характерно для:

- А) инфекционного мононуклеоза
- Б) острого перитонита
- В) апластической анемии
- Г) острого лейкоза
- Д) всех перечисленных заболеваний

688. Увеличение значений МСНС (более 390 г/л) указывает на:

- А) нарушение синтеза гемоглобина в эритроцитах
- Б) повышенное содержание гемоглобина в эритроцитах
- В) ошибку в работе анализатора
- Г) все перечисленное верно
- Д) все перечисленное неверно

689. При остром миелобластном лейкозе бласты характеризуются признаками:

- А) реакцией на миелопероксидазу
- Б) диффузным типом ШИК – реакции
- В) реакцией на хлорацетатэстеразу
- Г) реакцией на липиды
- Д) всем перечисленным

690. Мегалобластная анемия характеризуется:

- А) MCV – ↑, MCH – ↑, MCHC – ↑, RBC – гистограмма смещена вправо
- Б) MCV – N, MCH – N, MCHC – N, RBC – гистограмма располагается в зоне нормальных значений
- В) MCV – ↓, MCH – ↓, MCHC – ↓, RBC – гистограмма смещена влево
- Г) MCV – ↑, MCH – ↑, MCHC – N, RBC – гистограмма уплощена и смещена вправо
- Д) нет правильного ответа

691. Для анемии при хронической почечной недостаточности характерно:

- А) MCV – N, MCH – N, MCHC – N, RBC – гистограмма располагается в зоне нормальных значений
- Б) MCV – ↓, MCH – ↓, MCHC – ↓, RBC – гистограмма смещена влево
- В) MCV – ↑, MCH – ↑, MCHC – N, RBC – гистограмма смещена вправо
- Г) показатели меняются неоднозначно
- Д) нет правильного ответа

692. Снижение индексов MCH и MCHC указывает на:

- А) задержку созревания эритроцитов
- Б) нарушение синтеза гемоглобина в эритроцитах
- В) ускоренное созревание эритроцитов
- Г) нарушение процессов дифференцировки эритрокариоцитов
- Д) нет правильного ответа

- 693.** Анемии при хронических заболеваниях характеризуются:
- А) развитием анемии, преимущественно нормохромного типа
 - Б) снижением выработки эритропоэтина
 - В) активацией системы мононуклеарных фагоцитов
 - Г) перераспределением железа в организме
 - Д) всеми перечисленными признаками
- 694.** Для дифференциальной диагностики железодефицитной анемии и анемии хронических заболеваний важное значение имеет определение:
- А) сывороточного железа и ОЖСС
 - Б) концентрации трансферрина в крови
 - В) концентрации феррина в крови
 - Г) исследование миелограммы
 - Д) всех перечисленных параметров
- 695.** В дифференциальной диагностике агранулоцитоза и острого лейкоза по периферической крови имеет значение:
- А) степень нейтропении
 - Б) наличие лейкопении
 - В) наличие токсической зернистости в нейтрофилах
 - Г) отсутствие бластов
 - Д) все перечисленное
- 696.** Агранулоцитоз может развиваться при:
- А) коллагенах
 - Б) сепсисе
 - В) медикаментозной терапии
 - Г) метастазах в костный мозг
 - Д) всех перечисленных состояниях
- 697.** В гемограмме при агранулоцитозе отмечаются:
- А) нейтропения
 - Б) относительный лимфоцитоз
 - В) редко моноцитоз
 - Г) отсутствие незрелых гранулоцитов
 - Д) все перечисленное
- 698.** Нормализация кроветворения при агранулоцитозе характеризуется увеличением:
- А) нейтрофилов
 - Б) моноцитов
 - В) плазматических клеток
 - Г) появлением миелоцитов
 - Д) всеми перечисленными признаками
- 699.** При тяжелых формах агранулоцитоза возможно:
- А) уменьшение количества миелоцитов костного мозга
 - Б) миелоцитарно - промиелоцитарный костный мозг

- В) эритробластопения
- Г) мегакариоцитопения
- Д) все перечисленное

700. Для гемограммы при хроническом лимфолейкозе свойственны:

- А) абсолютный лимфоцитоз
- Б) относительная нейтропения
- В) клетки цитолиза
- Г) все перечисленное
- Д) ничего из перечисленного

701. Основную массу тромбоцитов периферической крови здоровых людей составляют:

- А) юные
- Б) зрелые
- В) старые
- Г) формы раздражения
- Д) регенеративные

702. Снижение количества тромбоцитов в периферической крови происходит в результате:

- А) редукции мегакариоцитарного аппарата костного мозга, отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов
- Б) снижения продолжительности жизни тромбоцитов
- В) повышенного потребления тромбоцитов
- Г) разрушения тромбоцитов антитромбоцитарными антителами
- Д) всех перечисленных причин

703. Реактивный тромбоцитоз возможен при:

- А) кровотечении
- Б) оперативном вмешательстве
- В) малых дозах ионизирующей радиации
- Г) интенсивной мышечной работе
- Д) всех перечисленных состояниях

704. Для гемограммы при миелофибриозе характерны:

- А) эозинофильно-базофильный комплекс
- Б) относительный лимфоцитоз
- В) моноцитоз
- Г) ускоренная СОЭ
- Д) анемия, умеренный нейтрофилез, тромбоцитоз

705. Выраженная тромбоцитопения наблюдается при:

- А) лучевой болезни
- Б) дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты
- В) апластических анемиях
- Г) остром лейкозе
- Д) всех перечисленных заболеваний

- 706.** В процессах гемостаза тромбоциты выполняют функцию:
- А) ангиотрофическую
 - Б) адгезивную
 - В) коагуляционную
 - Г) агрегационную
 - Д) все перечисленные функции
- 707.** В периферической крови макро- и мегалотромбоциты обнаруживаются при:
- А) синдроме Бернара-Сулье
 - Б) тромбоцитопатической тромбоцитопении Квика-Хассея
 - В) синдроме Мея-Хеглина
 - Г) синдроме серых пластинок
 - Д) всех перечисленных
- 708.** Механизм возникновения лекарственных тромбоцитопений:
- А) иммунный
 - Б) токсический
 - В) торможение созревания мегакариоцитов в костном мозге
 - Г) все перечисленное верно
 - Д) ни один из перечисленных механизмов
- 709.** Тромбоциты образуются из:
- А) плазмобласты
 - Б) миелобласты
 - В) мегакариобласты
 - Г) фибробласты
 - Д) лимфобласты
- 710.** Тромбоцитопения при миелопролиферативных заболеваниях может быть любой из перечисленных, кроме:
- А) опухолевой
 - Б) реактивной
 - В) иммунной
 - Г) лекарственной
 - Д) токсической
- 711.** Тромбоцитопатия не сопровождается:
- А) удлинением времени кровотечения
 - Б) удлинением времени свертывания
 - В) повышением уровня Д-димера
 - Г) нарушением ретракции сгустка

- 712.** Тромбоцитопения характерна для любого из перечисленных заболеваний, кроме:
- А) аутоиммунной тромбоцитопении
 - Б) апластических процессов
 - В) пароксизмальной ночной гемоглобинурии
 - Г) геморрагической тромбоцитемии
- 713.** Тромбоцитопенией сопровождаются все перечисленные заболевания, кроме:
- А) гиперспленизма
 - Б) ДВС - синдрома
 - В) гемофилии
 - Г) синдрома Казабаха-Меритта
 - Д) ни одного из перечисленных
- 714.** Механизм тромбоцитоза при метастазах рака в костный мозг:
- А) реактивный
 - Б) опухолевой
 - В) иммунный
 - Г) синдром занятого места (вытеснение)
 - Д) возможен любой их перечисленных вариантов
- 715.** Механизм тромбоцитопении при метастазах рака в костный мозг:
- А) реактивный
 - Б) иммунный
 - В) синдром занятого места (вытеснение)
 - Г) апластический
 - Д) возможен любой из перечисленных вариантов
- 716.** В костномозговом пунктате: количество клеточных элементов умеренно снижено, созревание гранулоцитов не нарушено, мегакариопоэз сохранен. Л/Э индекс равен 4:1. Указанная картина костного мозга характерна для:
- А) анемии Фанкони
 - Б) анемии Даймонд-Блекфана
 - В) апластической анемии
 - Г) всех перечисленных анемий
 - Д) ни одной из перечисленных анемий
- 717.** Мужчина 52 лет, жалобы на боли в костях, в крови моноцитоз (20%), СОЭ-80 мм/ч, на рентгенограмме костей черепа мелкие множественные дефекты. В пунктате количество плазматических клеток увеличено до 50%. Предположительный диагноз:
- А) острый лейкоз
 - Б) анемия
 - В) миеломная болезнь
 - Г) агранулоцитоз
 - Д) микросфероцитоз
- 718.** Костный мозг гиперклеточный, индекс Л/Э = 1/6. Среди эритрокариоцитов преобладают клетки гигантских размеров (более 25 мкм) с нежной хроматиновой

структурой ядер, базофильной цитоплазмой. Созревание нейтрофилов замедленно, среди последних много гигантских миелоцитов и метамиелоцитов, гиперсегментированных нейтрофилов, мегакариоциты больших размеров, с гиперсегментированными ядрами, содержащие тромбоциты. Указанная картина костного мозга характерна:

- А) В12-дефицитной анемии
- Б) эритроцитарной энзимопатии
- В) железодефицитной анемии
- Г) острого эритромиелоза
- Д) всех перечисленных заболеваний

719. В костномозговом пунктате найдено: миелокариоцитов 15 тыс/мкл, лимфоцитов 65% единичные гранулоциты и эритробласты, повышенный процент плазматических клеток, липофагов, содержащих бурый пигмент. Мегакариоциты не обнаружены. Указанная картина костного мозга характерна для:

- А) апластической фазы острого лейкоза
- Б) апластической анемии
- В) парциальной красноклеточной аплазии
- Г) хронического миелолейкоза
- Д) всего перечисленного

720. Центральные органы лимфоидной системы:

- А) тимус, костный мозг
- Б) тимус, костный мозг, лимфатические узлы
- В) тимус, костный мозг, пейеровы бляшки подвздошной кишки
- Г) тимус, костный мозг, лимфатические узлы, селезенка
- Д) пейеровы бляшки подвздошной кишки, селезенка, , лимфатические узлы

721. Основная функция центральных органов лимфоидной системы:

- А) созревание и размножение иммунокомпетентных клеток-предшественников
- Б) антигензависимое формирование Т- и В-систем иммунитета
- В) индуцированная взаимодействием с антигеном выработка антител
- Г) элиминация генетически чужеродного агента
- Д) накопление антигенспецифических клонов лимфоцитов

722. К периферическим органам лимфоидной системы относятся:

- А) селезенка, пейеровы бляшки, миндалины
- Б) тимус, селезенка, миндалины
- В) лимфатические узлы, селезенка, тимус
- Г) лимфатические узлы, селезенка, печень
- Д) селезенка, пейеровы бляшки, миндалины, щитовидная железа

723. Т-лимфоциты человека происходит из:

- А) унипотентного предшественника Т-лимфоцита костного мозга с последующим созреванием в тимусе
- Б) из лимфоцитов лимфы
- В) из клеток селезенки
- Г) из гепатоцитов

- 724.** Основные маркеры Т-лимфоцитов:
- А) поверхностные иммуноглобулиновые рецепторы
 - Б) связанные с мембраной антигены CD3
 - В) CD21
 - Г) CD2 и CD8 (рецепторные белки соответственно продуктов генов MHC-1 и MHC-2)
- 725.** Основные субпопуляции Т-лимфоцитов:
- А) Т-помощники (хелперы)
 - Б) естественные киллеры
 - В) тимоциты
 - Г) антиген-активированные Т-лимфоциты
- 726.** Некоторые маркеры Т-хелперных лимфоцитов:
- А) CD4
 - Б) CD21
 - В) CD8
 - Г) CD56
- 727.** Т-хелперы распознают чужеродный антиген:
- А) на любой клетке собственного организма
 - Б) в лейкоцитах
 - В) в макрофагах
 - Г) на тучных клетках
 - Д) на мембране “вспомогательных” клеток в ассоциации с белками 2-го класса главного комплекса тканевой гистосовместимости (HLA-DR, DP, DQ и др.)
- 728.** Некоторые маркеры цитотоксических Т-лимфоцитов (Т_{cyt}):
- А) CD57
 - Б) CD16
 - В) CD8
 - Г) CD22
- 729.** Цитотоксические Т-лимфоциты (Т-киллеры) распознают клетки-мишени с помощью:
- А) поверхности белков HLA-A
 - Б) поверхности белков HLA-B
 - В) антиген-распознающего комплекса TCR-CD3
 - Г) антиген-распознающего комплекса TCR-CD3 и CD8
 - Д) антиген-распознающего комплекса TCR-CD3 и CD4
- 730.** Фенотипическая характеристика цитотоксических Т-лимфоцитов:
- А) CD4+CD8-
 - Б) CD4- CD8+
 - В) CD4- CD8-
 - Г) CD3- CD16+
 - Д) CD19+ CD20+
- 731.** В-лимфоциты человека происходят из:
- А) унипотентных предшественников В-лимфоцитов лимфатических узлов

- Б) унипотентных предшественников В-лимфоцитов костного мозга
- В) унипотентных предшественников В-лимфоцитов костного мозга с последующим созреванием в тимусе
- Г) мультипотентных стволовых клеток с последующим созреванием в селезенке
- Д) стволовых В-клеток предшественников лимфатических узлов с последующим созреванием в селезенке

732. Какая дифференцировка В-клеток происходит в костном мозге:

- А) антиген-зависимая
- Б) антиген-независимая
- В) оба вида дифференцировки
- Г) дифференцировки В-клеток не происходит
- Д) в костном мозге происходит сначала антиген-независимая, а затем антиген-зависимая дифференцировка.

733. В ходе иммунного ответа осуществляется кооперация между:

- А) макрофагами, Т- и В-лимфоцитами
- Б) макрофагами и В-лимфоцитами
- В) макрофагами, тимоцитами и В-лимфоцитами
- Г) макрофагами и Т-лимфоцитами
- Д) Т-лимфоцитами, В-лимфоцитами и плазматическими клетками

734. Антиген-представляющая клетка - это:

- А) нейрон
- Б) полиморфно-ядерный лейкоцит
- В) эозинофильный лейкоцит
- Г) клетка, имеющая на своей мембране белки второго класса главного комплекса тканевой совместимости (МНС-11) HLA DR, DP, DQ

735. Интерлейкины - это:

- А) белки, выделяемые покоящимися лейкоцитами
- Б) белки, относящиеся к разряду антител, выделяемые активированными лимфоцитами
- В) низкомолекулярные белки, выделяемые активированными лимфоцитами и макрофагами, являющиеся медиаторами воспаления и иммунного ответа
- Г) сигнальные молекулы различной биологической активности, осуществляющие взаимодействие между иммунокомпетентными клетками

736. Основные цитокины, участвующие в воспалительных процессах:

- А) фактор некроза опухоли
- Б) интерлейкин-1
- В) интерлейкин-6
- Г) интерлейкин-8 и другие хемокины
- Д) все перечисленные

737. В результате острофазного ответа происходит:

- А) повреждение и некроз клеток и тканей
- Б) репаративные процессы
- В) усиление обмена

- Г) цитолиз
- Д) все указанное

738. К продуктивному воспалению относят из перечисленных формы:

- А) интерстициальное диффузное
- Б) гранулематозное
- В) гиперпластическое
- Г) периваскулярное
- Д) все перечисленные

739. Гранулематозное воспаление лежит в основе следующих заболеваний:

- А) туберкулез
- Б) силикоз
- В) бруцеллез
- Г) саркоидоз
- Д) всех перечисленных

740. Синтез белков острой фазы печенью регулирует медиаторы:

- А) факторы некроза опухоли (TNF)
- Б) инсулин
- В) глюкокортикоиды
- Г) интерлейкин-1
- Д) все перечисленные плюс интерлейкин-6

741. К фагоцитам относят:

- А) В-лимфоциты
- Б) нейтрофилы
- В) естественные киллеры
- Г) Т-лимфоциты
- Д) Тромбоциты

742. Антигены гистосовместимости какого класса отличают антиген-презентирующие клетки от всех прочих соматических клеток?

- А) II класса
- Б) I класса
- В) I класса и II класса
- Г) всех перечисленных классов

743. В уничтожении внеклеточно паразитирующих инфекционных агентов участвуют:

- А) моноциты/макрофаги
- Б) нейтрофилы
- В) естественные киллеры
- Г) эозинофилы
- Д) все перечисленные

744. Продуктами метаболизма арахидоновой кислоты биологически активные вещества:

- А) гистамин
- Б) активные формы кислорода

- В) серотонин
- Г) кинины
- Д) лейкотриены

745. Циркулирующие иммунные комплексы - это:

- А) комплекс антиген-антитело
- Б) комплекс антиген-антитело-комплемент
- В) аллерген-IgE
- Г) агрегированные IgG
- Д) все перечисленные

746. В острой фазе воспаления в сыворотке наиболее значительно возрастает содержание:

- А) иммуноглобулинов
- Б) циркулирующих иммунных комплексов
- В) С-реактивного белка
- Г) Серомукоида
- Д) В-лимфоцитов

747. Реакции гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ) осуществляются главным образом за счет:

- А) Т-лимфоцитов
- Б) IgM
- В) IgA
- Г) IgE
- Д) всего перечисленного

748. Реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) происходят в основном за счет:

- А) Т-лимфоцитов
- Б) комплемента
- В) IgE
- Г) IgG
- Д) В-лимфоцитов

749. К неспецифическим иммунологическим реакциям относятся все, кроме:

- А) активация системы комплемента
- Б) выработка антител
- В) выработка интерферона
- Г) активация NK-клеток

750. Гуморальными факторами антиген-неспецифической иммунной защиты организма человека являются все, кроме:

- А) белков системы комплемента
- Б) специфических иммуноглобулинов
- В) лизоцима
- Г) интерферонов
- Д) острофазовых белков

751. Клеточными факторами антиген-неспецифической иммунной защиты являются все, кроме:
- А) натуральных киллеров
 - Б) плазматических клеток
 - В) нейтрофилов
 - Г) моноцитов
 - Д) тканевых макрофагов
752. Некоторые механизмы антиген-неспецифической защиты организма:
- А) комплемент-зависимый цитолиз
 - Б) противовирусная активность интерферонов
 - В) фагоцитоз
 - Г) все перечисленные
753. Естественные (натуральные) киллеры выполняют важную биологическую роль:
- А) в иммунологическом надзоре, направленном против первично возникающих опухолевых клеток
 - Б) в разрушении вирус-инфицированных клеток
 - В) в отторжении чужеродных трансплантатов
 - Г) во всем перечисленном
754. Фагоцитарная система представлена клетками:
- А) сегментоядерными лейкоцитами
 - Б) моноцитами
 - В) тканевыми макрофагами
 - Г) всеми перечисленными
755. Функции клеток фагоцитарной системы:
- А) защита организма от чужеродных микроорганизмов путем киллинга (убийства) и переваривания их
 - Б) роль клеток-"мусорщиков", убивающих и разрушающих собственные клетки организма - поврежденные, дефектные, старые
 - В) узнавание, киллинг и разрушение собственных клеток организма, несущих чужеродные антигены
 - Г) секреция биологически активных веществ, регулирующих образование других иммунокомпетентных клеток; участие в двухсторонних клеточных регуляторных взаимодействиях с лимфоцитами и презентация им чужеродного антигена
 - Д) все перечисленное
756. Опсонины - это:
- А) компоненты комплемента, прежде всего C3b
 - Б) иммуноглобулины, прежде всего IgG 1, IgG 3
 - В) С-реактивный белок
 - Г) все перечисленное
757. Основные фазы фагоцитоза:
- А) направленное движение фагоцита к объекту фагоцитоза (положительный хемотаксис)
 - Б) прикрепление к объекту (адгезия), захват объекта, образование фagosомы

- В) слияние фагосомы с лизосомами и образование фаголизосомы, убийство (киллинг) живого объекта
- Г) переваривание и обработка антигена для представления другим иммунокомпетентным клеткам
- Д) все перечисленные

758. Дефекты фагоцитоза наблюдаются при:

- А) различных видах нейтропений
- Б) нарушения хемотаксиса
- В) дефиците любого белка-опсонина и при нарушении функции поглощения чужеродного вещества
- Г) нарушении переваривающей способности фагоцитов
- Д) всех перечисленных состояниях

759. Иммуноглобулины продуцируются:

- А) лейкоцитами
- Б) лимфоцитами
- В) макрофагами
- Г) плазматическими клетками
- Д) гистиоцитами

760. При первичном ответе сначала образуются иммуноглобулины класса:

- А) IgG, IgD
- Б) Ig M
- В) Ig A
- Г) IgE
- Д) IgD

761. Иммуноглобулины определяются:

- А) в плазме крови
- Б) в секреторных жидкостях организма
- В) на поверхности В-лимфоцитов
- Г) верно все перечисленное

762. В защите плода от инфекций участвуют иммуноглобулины класса:

- А) IgM
- Б) IgE
- В) IgG
- Г) IgA
- Д) IgM, IgG

763. Следующие виды легких цепей антител существуют:

- А) альфа, бета
- Б) лямбда, каппа
- В) бета, гамма
- Г) гамма, каппа
- Д) все перечисленные

- 764.** К реактиновым антителам относят:
- А) IgG
 - Б) IgM
 - В) IgA
 - Г) IgE
 - Д) парапротеины
- 765.** Молекулы иммуноглобулинов состоят из:
- А) двух полипептидных легких цепей - L
 - Б) двух полипептидных тяжелых цепей - H
 - В) двух пар идентичных H- и L-цепей
 - Г) в разных соотношениях пяти H- и L-цепей
 - Д) одной полипептидной легкой цепи L и двух полипептидных тяжелых цепей H
- 766.** Нумерация доменов в цепях иммуноглобулинов производится:
- А) с N-конца
 - Б) с C-конца
 - В) по разному в иммуноглобулинах разных классов
 - Г) с любого конца
 - Д) нумерация доменов в цепях иммуноглобулинов не производится
- 767.** С антигеном реагирует участок иммуноглобулинов:
- А) Fc-фрагмент
 - Б) Fab-фрагмент
 - В) оба фрагмента Fc и Fab
 - Г) разные фрагменты в зависимости от антигена
 - Д) ни один из вышеназванных фрагментов
- 768.** Транспланцитарно проникают:
- А) IgG
 - Б) IgM
 - В) IgA
 - Г) IgD
 - Д) IgE
- 769.** В протективном иммунитете при вирусных инфекциях наиболее значимы:
- А) IgG, IgM и IgA
 - Б) IgG и IgA
 - В) IgG и IgE
 - Г) Ig всех классов
 - Д) IgM и IgG
- 770.** В антипаразитарном иммунитете участвуют:
- А) IgG, IgM и IgA
 - Б) IgG и IgA
 - В) IgG и IgE
 - Г) Ig всех классов
 - Д) IgM и IgG

771. В защите организма при бактериальных инфекциях наиболее значимы:
- А) IgG, IgM и IgA
 - Б) IgG и IgA
 - В) IgG и IgE
 - Г) Ig всех классов
 - Д) IgM и IgG
772. У новорожденных наиболее быстро формируется иммуноглобулины классов:
- А) IgG, IgD и IgA
 - Б) IgG и IgA
 - В) IgG и IgM
 - Г) Ig всех классов
 - Д) IgA
773. В секретах различных желез и слизи желудочно-кишечного тракта в норме преобладают следующие иммуноглобулины:
- А) IgG
 - Б) IgD
 - В) IgM
 - Г) секреторные IgA
 - Д) IgE
774. В крови у взрослых людей иммуноглобулины содержатся в следующей убывающей последовательности:
- А) IgM > IgG > IgD > IgA
 - Б) IgA > IgG > IgD > IgM > IgE
 - В) IgG > IgA > IgM > IgD > IgE
 - Г) IgG > IgA > IgE > IgM > IgD
 - Д) IgA > IgG > IgM > IgE > IgD
775. Высоким сродством к базофилам и тучным клеткам обладают:
- А) IgE и IgA
 - Б) IgA, IgG и IgM
 - В) IgE и IgD
 - Г) IgE, IgM
 - Д) IgE и IgG
776. IgM антитела:
- А) проявляют антибактериальные свойства
 - Б) связывают комплемент
 - В) участвуют в первичном иммунном ответе
 - Г) все перечисленное верно
777. IgG антитела:
- А) связывают комплемент
 - Б) проникают через плаценту
 - В) связываются с фагоцитирующими клетками

Г) все перечисленное верно

778. IgA антитела:

- А) обеспечивают иммунный ответ в дыхательной и пищеварительной системах
- Б) обладают антибактериальными и противовирусными свойствами
- В) образуют димерные молекулы
- Г) образуют комплексы с секреторным фрагментом
- Д) все перечисленное верно

779. Парапротеины - это:

- А) миеломный белок
- Б) моноклональные иммуноглобулины
- В) М - протеин
- Г) структурно-гомогенный иммуноглобулин, синтезированный клоном опухолевых плазматических клеток
- Д) все перечисленное верно

780. Укажите классы иммуноглобулинов, участвующие в качестве эффекторных и/или регуляторных факторов в воспалительных процессах:

- А) IgG, IgM, IgA, IgD
- Б) IgG, IgM, IgD, IgE
- В) IgG, IgA, IgD, IgE
- Г) IgG, IgM, IgA, IgE
- Д) IgG, IgD, IgE

781. Укажите классы иммуноглобулинов, участвующие в регуляции иммунного ответа:

- А) IgG, IgM, IgA
- Б) IgA, IgE
- В) IgG, IgD
- Г) IgM, IgA
- Д) IgD, IgE

782. Антигены главного комплекса тканевой совместимости (МНС) человека обозначаются:

- А) H - 2
- Б) HLA
- В) A, B, O
- Г) Rh
- Д) все перечисленное верно

783. Иммунобиологическая активность продуктов 1-го класса МНС - это:

- А) поведенческая индивидуальность
- Б) представление антигенов на мембране клеток цитотоксическим Т-лимфоцитам
- В) угнетение иммунного статуса
- Г) контроль за синтезом цитокинов
- Д) контроль за синтезом антител

784. Задачи иммунологического обследования больных в клинике:

- А) иммунодиагностика
- Б) прогнозирование течения заболевания
- В) контроль за качеством лечения
- Г) назначение иммунокорректирующей терапии по показаниям
- Д) все перечисленное верно

785. Время появления первых клинических проявлений (признаков) первичных иммунодефицитов по В - клеточному типу:

- А) с первого месяца жизни
- Б) с 4-6 месяцев жизни
- В) на втором году жизни
- Г) в подростковом периоде
- Д) в любое время в течение жизни

786. При первичном иммунодефиците по В - клеточному типу имеется дефект иммунной системы на уровне:

- А) лимфобласта
- Б) пре-В-клетки
- В) колониеобразующей клетки (КОЕ)
- Г) миелобласта
- Д) мультипотентной стволовой клетки

787. Клинические признаки первичных дефектов фагоцитарной системы проявляются:

- А) с первых дней жизни
- Б) с 4-6 месяцев жизни
- В) на втором году жизни
- Г) в подростковом периоде
- Д) во взрослом состоянии

788. Причиной вторичных иммунодефицитных состояний могут быть все, кроме:

- А) хромосомные нарушения
- Б) иммуносупрессивная терапия
- В) воздействие физических, химических повреждающих факторов
- Г) онкологические заболевания
- Д) хронические инфекции

789. Вторичный иммунодефицит может быть следствием:

- А) нарушения питания
- Б) лучевой терапии
- В) онкологических заболеваний
- Г) стресса
- Д) все перечисленное верно

790. Иммунодефицитное состояние с повышенной чувствительностью к вирусным и грибковым инфекциям определяется нарушением функции:

- А) макрофагов
- Б) Т-лимфоцитов
- В) В-лимфоцитов

- Г) системы комплемента
- Д) нейтрофилов

791. Больные с наследственным ангионевротическим отеком имеют дефицит:

- А) инактиватора С3
- Б) активатора С3
- В) ингибитора С1-эстеразы
- Г) С5 компонента комплемента
- Д) всего перечисленного

792. Иммунодефицитное состояние больного возникло на фоне ожоговой болезни.

Основной дефект иммунной системы определяется нарушением:

- А) Т-системы иммунитета
- Б) В-системы иммунитета
- В) системы комплемента
- Г) фагоцитоза
- Д) системы интерферона

793. Для первичных дефицитов фагоцитарной системы характерны следующие ферментопатии:

- А) дефицит аденозиндеаминазы
- Б) дефицит миелопероксидазы
- В) дефицит пурипнуклеозидфосфатазы
- Г) все перечисленное верно

794. В диагностике рака печени наибольшую информативность представляют сочетания следующих онкомаркеров:

- А) AFP + CA-19-9
- Б) CEA + CA-19-9
- В) AFP + HCG
- Г) CA-19-9 + ферритин
- Д) CEA + NSE (нейрон-специфическая енолаза)

795. Какой наиболее распространенный метод лежит в основе определения опухолевого маркера:

- А) цепная полимеразная реакция
- Б) иммуноферментный анализ
- В) электрофорез
- Г) агглютинация
- Д) радиоиммунный анализ

796. Инфекция, сопровождающаяся формированием Т-клеточного иммунодефицита:

- А) ВИЧ-инфекция
- Б) скарлатина
- В) грипп
- Г) корь
- Д) коклюш

- 797.** Структурные белки ВИЧ:
- А) Gr 120
 - Б) gr 41 и gr 110
 - В) gr 36
 - Г) Р 17-18; р 24; р 9; р 7; р 51 (обратная транскриптаза)
 - Д) все перечисленные
- 798.** При гемофилии криопреципитат вводят?
- А) Внутривенно; капельно
 - Б) В полость кровоизлияния, струйно
 - В) Внутривенно струйно, медленно
 - Г) Внутримышечно
- 799.** Пути передачи ВИЧ-инфекции у взрослых являются все, кроме:
- А) полового контакта
 - Б) парентерально вводимых продуктов крови
 - В) укусов насекомых
 - Г) попадания вируса через поврежденную кожу и слизистые оболочки
 - Д) всего перечисленного
- 800.** Пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку:
- А) транспланцитарно и в период родов
 - Б) воздушно-капельный
 - В) фекально-оральный
 - Г) контактно-бытовой
 - Д) все перечисленные
- 801.** Рецепторы для ВИЧ на клетках-мишенях:
- А) CD3
 - Б) CD4
 - В) IgG
 - Г) CD11
 - Д) CD8
- 802.** Провирус ВИЧ - это вирусная:
- А) РНК в цитоплазме чувствительной клетки
 - Б) ДНК в цитоплазме клетки
 - В) ДНК в ядре клетки
 - Г) ДНК, интегрированная в ДНК клетки-хозяина
 - Д) ДНК во внеклеточном пространстве
- 803.** В основу классификации клинических стадий ВИЧ-инфекции положены следующие показатели Т-клеточного иммунитета:
- А) количество CD4⁺ Т-лимфоцитов
 - Б) количество CD8⁺ Т-лимфоцитов
 - В) наличие антител к env и core белкам ВИЧ
 - Г) продукция интерлейкинов
 - Д) соотношение CD4⁺/CD8⁺

- 804.** Какой уровень содержания в крови CD4⁺ Т-лимфоцитов является СПИД-индикаторным:
- А) 1000 кл/мкл (50%)
 - Б) > 500 кл/мкл (>29%)
 - В) 200-499 кл/мкл (14-28%)
 - Г) < 200 кл/мкл (<14%)
 - Д) < 100 кл/мкл (7%)
- 805.** Основные подходы при диагностике ВИЧ-инфекции:
- А) выявление антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в сыворотке обследуемых
 - Б) выявление антигенов ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в сыворотке обследуемых
 - В) выявление провируса ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в лимфоцитах
 - Г) все перечисленное верно
- 806.** Какие методы используют для выявления ВИЧ в исследуемом материале:
- А) культуральный
 - Б) полимеразная цепная реакция (ПЦР)
 - В) ИФА
 - Г) все перечисленное верно
- 807.** В серонегативный период ВИЧ-инфекции провирус определяется с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в:
- А) сыворотке крови
 - Б) лимфоцитах
 - В) антителах
 - Г) иммунных комплексах
 - Д) моче
- 808.** Какой препарат наиболее показан при аутоиммунной гемолитической анемии:
- А) преднизолон
 - Б) циклофосфан.
 - В) метотрексат
 - Г) миелосан
 - Д) все выше перечисленные
- 809.** Показанием для脾эктомии могут быть
- А) аутоиммунная гемолитическая анемия
 - Б) болезнь Минковского-Шоффера
 - В) хронический лимфолейкоз, осложненный цитолизом
 - Г) «волосатоклеточный» лейкоз
 - Д) все пункты верны
- 810.** Для вирусного гепатита характерны:
- А) антитела класса IgM к HBe антигену
 - Б) HBe антиген
 - В) ДНК вируса гепатита В
 - Г) антитела к HBe антигену

Д) все перечисленное верно

811. Для больных вирусным гепатитом С (ВГС) характерно обнаружение антител:

- А) IgM и IgG к core-белкам ВГС
- Б) IgM и IgG к NS-белкам ВГС
- В) исчезновение антител к core-белкам ВГС
- Г) сочетанное обнаружение антител к core- и NS-белкам в высоких титрах
- Д) IgG к core-белкам ВГС

812. Вирусный гепатит А передается:

- А) фекально-оральным путем
- Б) при гемотрансфузиях
- В) от матери к ребенку
- Г) при сексуальных контактах
- Д) всеми перечисленными путями

813. Вирусный гепатит В не передается:

- А) фекально-оральным путем
- Б) при гемотрансфузиях
- В) от матери к ребенку
- Г) при сексуальных контактах
- Д) всеми перечисленными путями

814. Вирусный гепатит С не передается:

- А) фекально-оральным путем
- Б) при гемотрансфузиях
- В) от матери к ребенку
- Г) при сексуальных контактах
- Д) воздушно-капельным путем

815. 216. Вирусный гепатит Д не передается:

- А) фекально-оральным путем
- Б) при гемотрансфузиях
- Д) вертикальным путем
- Г) при сексуальных контактах
- Д) воздушно-капельным путем

816. 217. Вирусный гепатит Е передается:

- А) фекально-оральным путем
- Б) при гемотрансфузиях
- В) от матери к ребенку
- Г) при сексуальных контактах
- Д) всеми перечисленными путями

817. 218. Средний инкубационный период гепатита А:

- А) 30 дней (14 - 50 дней)
- Б) 70 дней (30 - 180 дней)
- В) 50 дней (14 - 120 дней)

- Г) 40 дней (14 - 60 дней)
- Д) больше года

818. 219. Средний инкубационный период гепатита В:

- А) 30 дней (14 - 50 дней)
- Б) 70 дней (30 - 180 дней)
- В) 50 дней (14 - 120 дней)
- Г) 40 дней (14 - 60 дней)
- Д) больше года

819. 220. Средний инкубационный период гепатита С:

- А) 30 дней (14 - 50 дней)
- Б) 70 дней (30 - 180 дней)
- В) 50 дней (14 - 120 дней)
- Г) 40 дней (14 - 60 дней)
- Д) больше года

820. 221. Средний инкубационный период гепатита Е:

- А) 30 дней (14 - 50 дней)
- Б) 70 дней (30 - 180 дней)
- В) 50 дней (14 - 120 дней)
- Г) 40 дней (14 - 60 дней)
- Д) два-три года

821. Диагностика вирусного гепатита А строится на выявлении в крови:

- А) вирусного антигена
- Б) нуклеиновой кислоты вируса
- В) антител к вирусным антигенам
- Г) повышенного уровня ферментов АЛТ и АСТ
- Д) всего перечисленного

822. Лабораторными показателями острого гепатита А являются обнаруживаемые в крови:

- А) HА Ag
- Б) HD AG
- В) Анти-HAV, Анти-HAV IgM
- Г) Анти-HBs Ag
- Д) Ag-HBe

823. Лабораторными показателями инкубационного периода гепатита В являются обнаруживаемые в крови:

- А) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV
- Б) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV; At-HBc; IgM At-HBc
- В) Ag-HBs; Ag-HBc; At-HBe
- Г) Ag-HBc
- Д) Ag-HBs; At-HBe

824. Лабораторным показателем острого вирусного гепатита В являются:

- А) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV

- Б) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV; At-HBc; IgM At-HBc
 - В) Ag-HBs; Ag-HBc; At-HBe
 - Г) At-HBc
 - Д) Ag-HBc
- 825.** Лабораторными показателями поздней инфекции вирусного гепатита В являются обнаруживаемые в крови:
- А) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV
 - Б) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV; At-HBc; IgM At-HBc
 - В) Ag-HBs; Ag-HBc; At-HBe
 - Г) At-HBc
 - Д) Ag-HBc
- 826.** Лабораторными показателями выздоровления после вирусного гепатита В являются обнаруживаемые в крови:
- А) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV
 - Б) Ag-HBs; Ag-HBe; ДНК HBV; At-HBc; IgM At-HBc
 - В) Ag-HBs; Ag-HBc; At-HBe
 - Г) At-HBc
 - Д) At-HBs
- 827.** К реакциям гиперчувствительности немедленного типа относятся следующие реакции:
- А) анафилактические
 - Б) цитологические
 - В) иммунокомпетентные
 - Г) образование гранул
 - Д) все перечисленные
- 828.** Протеинурия Бенс-Джонса не отмечается при:
- А) острых лейкозах
 - Б) миеломной болезни
 - В) злокачественных лимфомах
 - Г) макроглобулинемии Вальденстрема
 - Д) всех перечисленных случаях
- 829.** Наиболее частой причиной гемолитической болезни новорожденных являются антитела к:
- А) антигенам системы ABO
 - Б) антигенам системы-резус
 - В) антигенам М, Даффи, Келл
 - Г) все перечисленное верно
 - Д) все перечисленное неверно
- 830.** В основе определения групповой принадлежности крови лежит реакция:
- А) агглютинации
 - Б) преципитации
 - В) иммунодиффузии

- Г) агрегации
- Д) все ответы правильные

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

- А) температуры
- Б) соотношения капель крови и стандартной сыворотки
- В) использования негемолизированной крови
- Г) покачивания плоскости, на которой ведется исследование
- Д) использование стандартных сывороток с низким титром

832. Группу крови по стандартным эритроцитам нельзя определять:

- А) взрослому мужчине
- Б) юноше
- В) подростку
- Г) новорожденному
- Д) беременной женщине

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

- А) подсыхания капли
- Б) температуры ниже 15°C
- В) низкой агглютинабельности эритроцитов
- Г) агглютинация эритроцитов вокруг бактерий
- Д) наличия панагглютининов

834. Причиной отсутствия агглютинации могут быть следующие факторы, за исключением:

- А) наличия панагглютининов
- Б) температуры выше 25°C
- В) неправильного количественного соотношения исследуемой крови и стандартной сыворотки
- Г) высокого титра стандартных сывороток
- Д) наличия антиэритроцитарных антител

835. В основе определения резус-принадлежности крови лежит реакция:

- А) агглютинации
- Б) преципитации
- В) иммунодиффузии
- Г) агрегации
- Д) опсонизации

836. Для выявления эритроцитарных антител используются:

- А) резус отрицательные эритроциты
- Б) резус-положительные эритроциты
- В) эритроциты с Д, С, Е-антигенами
- Г) собственные эритроциты исследуемой крови
- Д) стандартные эритроциты, изготовленные на станциях переливания крови

837. Для исследования групповой и резус-принадлежности можно брать кровь:

- А) стабилизированную цитратом натрия
- Б) без стабилизатора
- В) сыворотку
- Г) взвесь эритроцитов
- Д) все ответы правильные

838. Неполные антитела к резус-фактору нельзя выявить методом:

- А) солевой агглютинации
- Б) конгломинации с применением желатина в пробирках
- В) конгломинации в чашках Петри
- Г) пробы Кумбса
- Д) все ответы правильные

839. Принцип прямой пробы Кумбса заключается в выявлении:

- А) циркулирующих в крови антител
- Б) фиксированных на эритроцитах антител
- В) в крови циркулирующих антител и антител, фиксированных на эритроцитах
- Г) полных антител
- Д) все ответы неправильные

840. Положительная прямая проба Кумбса не отмечается при:

- А) микросфероцитарной гемолитической анемии
- Б) системной красной волчанке
- В) аутоиммунной гемолитической анемии
- Г) сифилисе
- Д) хроническом лимфолейкозе

841. Непрямой пробой Кумбса можно выявить:

- А) циркулирующие неполные антиэритроцитарные антитела
- Б) фиксированные на эритроцитах неполные антитела
- В) полные антиэритроцитарные антитела
- Г) агглютинины
- Д) гемолизины

842. Отсутствие агглютинации при определении группы крови возможно из-за:

- А) гемолиза эритроцитов
- Б) высокой температуры тела
- В) высокого титра стандартной сыворотки
- Г) высокой агглютинабельности эритроцитов
- Д) всех перечисленных факторов

843. Положительная прямая проба Кумбса возможна при:

- А) пневмонии
- Б) гастрите
- В) гемолитической болезни новорожденных
- Г) миелолейкозе

Д) остеохондрозе

844. Положительная прямая проба Кумбса невозможна при:

- А) гемотрансфузиях
- Б) аутоиммунной гемолитической анемии
- В) лимфосаркоме
- Г) холецистите
- Д) все перечисленное верно

845. Для системы комплемента характерно следующее:

- А) комплемент состоит более чем из 20 иммунологически различных белков
- Б) компоненты комплемента синтезируются в печени
- В) классическая активация обеспечивается комплексом антиген-антитело
- Г) активный комплемент способен лизировать вирусы и бактерии
- Д) все перечисленное верно

846. Компонент С4 комплемента повышается при следующих заболеваниях:

- А) острый аутоиммунный гломерулонефрит
- Б) острая фаза воспаления
- В) болезнь иммунных комплексов
- Г) системная красная волчанка
- Д) наследственный дефицит (возвратные инфекции новорожденных)

847. Компонент С3 комплемента повышается в следующих случаях, кроме:

- А) поражения паренхимы печени
- Б) острая фаза воспаления
- В) нефротический синдром
- Г) обструкция желчных протоков
- Д) кортикостероидная терапия

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

- А) низкого титра агглютининов сыворотки
- Б) “слабых” агглютиногенов эритроцитов
- В) в крови присутствуют панагглютинины
- Г) в крови присутствуют аутоантитела
- Д) все перечисленное верно

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

- А) переливать резус-положительную кровь
- Б) переливать резус-отрицательную кровь
- В) переливать плазму
- Г) отправить кровь на индивидуальный подбор донора

850. Для пробы Кумбса необходима сыворотка:

- А) стандартная сыворотка ABO
- Б) стандартная сыворотка антирезус

- В) антиглобулиновая антисыворотка
- Г) цоликлон анти-D-супер

851. Антиэритроцитарные антитела необходимо определять:

- А) у больных резус-отрицательных
- Б) у больных резус-положительных
- В) у всех больных независимо от резус-принадлежности
- Г) только у женщин
- Д) только у беременных женщин

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

- А) резус-отрицательную кровь
- Б) кровь от индивидуально подобранного донора
- В) эритроцитную массу группы О (I)
- Г) плазму группы О $\alpha\beta$

853. У больного группа крови А2В (IV) α . Правильно при переливании крови ввести:

- А) цельную кровь группы О (I) $\alpha\beta$
- Б) кровь АВ (IV)
- В) эритроцитную массу группы В (III)
- Г) эритроцитную массу группы АВ (IV)

854. При положительной пробе на совместимость крови донора и реципиента является правильным переливание:

- А) крови группы О (I) $\alpha\beta$
- Б) крови от индивидуально подобранного донора
- В) резус-отрицательной крови
- Г) крови донора, игнорируя результаты пробы

855. У больного группа крови А2(II) $\alpha\beta$, этому больному в экстренном случае можно переливать:

- А) эритроцитную массу группы О (I)
- Б) цельную кровь О (I) $\alpha\beta$
- В) цельную кровь А(II) β
- Г) эритроцитную массу группы А(II)

856. Перед переливанием крови необходимо:

- А) определить группу крови больного
- Б) определить группу крови донора
- В) провести пробу на совместимость крови донора и больного на плоскости
- Г) провести пробу на совместимость крови донора и больного на водяной бане
- Д) провести все перечисленные пробы

857. Срок годности цоликлонов анти-А и анти-В истек. Правильная тактика врача:

- А) продолжить работать этими реактивами
- Б) получить новые реактивы
- В) добавить физиологический раствор

- Г) проверить годность реактива на тестированных сыворотках, при положительных результатах продолжить работать этими реактивами
- 858.** Для определения в крови донора и больного антирезус-антител необходимы:
- А) собственные эритроциты больного и донора
 - Б) стандартные эритроциты, приготовленные на станции переливания крови
 - В) смесь эритроцитов из нескольких образцов О (I) группы
 - Г) любые эритроциты О (I) группы
- 859.** При определении группы крови больного цоликлоны анти-А и анти-В агглютинируют его эритроциты. При контрольном исследовании эритроцитов в физиологическом растворе NaCl реакция положительная. Рекомендуется при срочном переливании крови:
- А) перелить цельную кровь группы АВ (IV)
 - Б) перелить цельную кровь группы О (I)
 - В) перелить лейкомассу
 - Г) перелить эритромассу группы О (I)
 - Д) все верно
- 860.** Для определения группы крови в лаборатории необходимы:
- А) эритроциты больного
 - Б) сыворотка больного
 - В) цоликлоны анти-А и анти-В
 - Г) стандартные эритроциты О(I), А(II), В(III) группы
 - Д) все верно
- 861.** Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют: 1. только миелоидные клетки; 2. только В-лимфоциты; 3. только Т-лимфоциты; 4. В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 862.** К функциям селезенки относятся: 1. выработка антител; 2. секвестрация клеток крови; 3. торможение костномозгового кроветворения; 4. синтез эритропоэтина.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 863.** Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют: 1. нейтрофилы; 2. эозиноилы; 3. базофилы; 4. моноциты.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

864. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

- А) эритроциты;
- Б) гранулоциты;
- В) Т-лимфоциты;
- Г) В-лимфоциты;
- Д) тромбоциты.

865. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ:

- А) иммуноглобулины G;
- Б) иммуноглобулины A;
- В) иммуноглобулины M;
- Г) иммуноглобулины D;
- Д) иммуноглобулины E.

866. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

- А) макрофаги;
- Б) Т-лимфоциты;
- В) В-лимфоциты;
- Г) плазмциты;
- Д) эритроциты.

867. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

- А) Т-лимфоциты;
- Б) В-лимфоциты;
- В) плазмциты;
- Г) макрофаги;
- Д) эритроциты.

868. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

- А) резекцией желудка;
- Б) большим количеством детей (родов) ;
- В) нефрэктомией;
- Г) гипосекреторным гастритом;
- Д) оральной контрацепцией.

869. Грифельно-серый цвет кожи характерен для:

- А) эритремии;
- Б) множественной миеломы;
- В) болезни Гоше;
- Г) синдрома Гудпасчера;
- Д) анемии.

870. Синюшно-багровая окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

- А) эритремии;
- Б) множественной миеломы;
- В) болезни Гоше;
- Г) геморрагического васкулита;
- Д) лимфогрануломатоза.

- 871.** Синие-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:
- А) множественной миеломы;
 - Б) СПИДа;
 - В) геморрагического васкулита;
 - Г) системной красной волчанки;
 - Д) лимфолейкоза.
- 872.** Выраженное похудание характерно для:
- А) лимфопролиферативных заболеваний;
 - Б) миелопролиферативных заболеваний;
 - В) болезни Кули;
 - Г) мегалобластной анемии;
 - Д) геморрагического васкулита.
- 873.** Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:
- А) резкая болезненность;
 - Б) "деревянная" плотность;
 - В) плотноэластическая консистенция;
 - Г) спаянность с кожей и между собой;
 - Д) мягкие, безболезненные.
- 874.** Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:
- А) гемолитических анемий;
 - Б) железодефицитных анемий;
 - В) множественной миеломы;
 - Г) болезни тяжелых цепей;
 - Д) мегалобластной анемии.
- 875.** Ярко-красный язык нередко наблюдается при:
- А) амилоидозе;
 - Б) тромбоцитопении;
 - В) мегалобластной анемии;
 - Г) болезни Гоше;
 - Д) множественной миеломы.
- 876.** Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:
- А) выраженной анемии;
 - Б) нейрорлейкоза;
 - В) амилоидоза;
 - Г) эритремии;
 - Д) хронического лимфолейкоза.
- 877.** Рецидивирующий Herpes labialis характерен для:
- А) множественной миеломы;
 - Б) мегалобластной анемии;
 - В) апластической анемии;
 - Г) лимфопролиферативных заболеваний;
 - Д) железодефицитной анемии.

- 878.** При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о:
- А) криоглобулинемии;
 - Б) болезни Гоше;
 - В) эритроцитозе;
 - Г) талассемии;
 - Д) железодефицитной анемии.
- 879.** Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:
- А) внутриклеточного гемолиза;
 - Б) внутрисосудистого гемолиза;
 - В) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
 - Г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
 - Д) талассемии.
- 880.** Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:
- А) установления варианта лимфогранулематоза;
 - Б) диагностики лимфаденитов;
 - В) установления цитохимического варианта острого лейкоза;
 - Г) диагностики метастазов рака;
 - Д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.
- 881.** Внутривенная урография противопоказана при:
- А) апластической анемии;
 - Б) синдроме Гудпасчера;
 - В) множественной миеломе;
 - Г) эритремии;
 - Д) лимфогранулематозе.
- 882.** Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение; 2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 883.** В основе патогенеза СПИДа лежит: 1. паралич фагоцитарной активности; 2. прогрессирующее снижение СД-8 клеток; 3. депрессия Ig M; 4. прогрессирующее снижение уровня СД-4 клеток.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 884.** Типичные проявления СПИДа: 1. исхудание, лихорадка; 2. депрессия; 3. головная боль; 4. нарушение мозгового кровообращения.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

885. Диагностика СПИДа основывается:

- А) на данных клинической картины;
- Б) на бактериологическом исследовании испражнений;
- В) на результатах посева крови;
- Г) на иммунохимическом исследовании;
- Д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.

886. Группа крови по системе АВО устанавливается: 1. по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами; 2. по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке; 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

887. При определении группы крови по системе АВО используются: 1. непрямой антиглобулиновый метод; 2. конгломинация с желатином; 3. конгломинация с альбумином; 4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

888. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору; 2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО; 3. для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4. для выявления иммунных тел в сыворотке реципиента.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

889. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют: 1. сенсИБИЛИЗАЦИЮ эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. С-реактивный белок; 3. аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела; 4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

- 890.** Непрямая проба Кумбса применяется для выявления: 1. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител; 3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток; 4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов. .
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 891.** Ионизирующая радиация имеет основное причинное значение при:
- А) хроническом лимфолейкозе;
 - Б) лимфосаркоме;
 - В) лимфогранулематозе;
 - Г) остром миелобластном лейкозе;
 - Д) множественной миеломе.
- 892.** Классификация лейкозов основана на:
- А) клинической картине заболевания;
 - Б) анамнестических данных;
 - В) степени зрелости клеточного субстрата заболевания;
 - Г) продолжительности жизни больного;
 - Д) эффективности проводимой терапии.
- 893.** Решающее отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:
- А) темпе увеличения массы опухоли;
 - Б) секреции аномальных белков;
 - В) наличии метастазов;
 - Г) наличии опухолевой прогрессии;
 - Д) увеличении СОЭ.
- 894.** При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:
- А) биопсию лимфоузла;
 - Б) стерильную пункцию;
 - В) пункцию селезенки;
 - Г) подсчет ретикулоцитов;
 - Д) УЗИ печени и селезенки.
- 895.** В основе подразделения лейкозов на острые и хронические лежит:
- А) характер течения заболевания;
 - Б) возраст больных;
 - В) степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
 - Г) степень анаплазии элементов кроветворной ткани;
 - Д) продолжительность заболевания.
- 896.** Понятие "опухолевая прогрессия" лейкозов означает: 1. более злокачественное течение; 2. прогрессирование процесса; 3. появление новых автономных, более патологических клонов клеток; 4. снижение количества эритроцитов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 897.** Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется: 1. высокой лихорадкой; 2. диареей; 3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области; 4. развитием на фоне агранулоцитоза.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 898.** Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются: 1. сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов; 2. увеличение числа лимфоцитов; 3. базофильно-эозинофильная ассоциация; 4. появление клеток типа плазмобластов.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 899.** Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому: 1. исключает полностью диагноз заболевания; 2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания; 3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов; 4. не исключает полностью диагноз заболевания.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 900.** Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны: 1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия; 2. похудание; 3. костные боли и полинейропатия; 4. повышение температуры тела.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 901.** Режим больных с множественной миеломой предполагает: 1. ношение корсета; 2. максимальную физическую активность; 3. лечебную физкультуру; 4. ограничение движений.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

- 902.** Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:
- А) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);
 - Б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;
 - В) сцинтиграфия;
 - Г) лимфография;
 - Д) компьютерная и ЯМР- томография.
- 903.** Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 904.** Парапротейнемические гемобластозы характеризуются: 1. происхождением из В-лимфоцитов; 2. происхождением из Т- лимфоцитов; 3. секрецией моноклональных иммуноглобулинов; 4. высокой эозинофилией.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 905.** Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:
- А) спленомегалия;
 - Б) анемический синдром;
 - В) портальная гипертензия;
 - Г) тромботические осложнения;
 - Д) прогрессирующее похудание.
- 906.** Основное количество железа в организме человека всасывается:
- А) в желудке;
 - Б) в нисходящем отделе ободочной кишки;
 - В) в двенадцатиперстной и тощей кишках;
 - Г) в подвздошной кишке;
 - Д) в слепой кишке.
- 907.** Железо всасывается лучше всего:
- А) в форме ферритина;
 - Б) в форме гемосидерина;
 - В) в форме гема;
 - Г) в виде свободного трехвалентного железа;
 - Д) в виде свободного двухвалентного железа.
- 908.** За сутки железа может всосаться не более:
- А) 0,5-1,0 мг;
 - Б) 2,0-2,5 мг;
 - В) 4,0-4,5 мг;
 - Г) 10,0-12,01 мг;

Д) 7,0-8,0 мг.

909. Причиной железодефицитной анемии у женщин могут быть: 1. обильные и длительные менструальные кровопотери; 2. болезнь Рандю-Ослера; 3. геморрой; 4. опухоли желудочно-кишечного тракта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

910. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

- А) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- Б) гломерулонефрит;
- В) алкогольный гепатит;
- Г) гематурическая форма гломерулонефрита;
- Д) рак почки.

911. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

- А) проба Грегерсена;
- Б) проба Вебера;
- В) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома;
- Г) определение уровня железа в кале;
- Д) фиброгастроскопия.

912. В случае обнаружения у донора в крови дефицита железа следует:

- А) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь;
- Б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;
- В) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;
- Г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;
- Д) назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

913. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть: 1. гиперволемия; 2. многоплодная беременность; 3. несовместимость с мужем по системе АВО; 4. имевшийся ранее латентный дефицит железа.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

914. Типичными ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются: 1. использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды; 2. использование дважды перегнанной дистиллированной воды; 3. осуществление исследования в период лечения препаратами железа; 4. осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарата железа.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 915.** Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся: 1. к своевременному переливанию цельной крови; 2. к ликвидации причины железодефицита, т. е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно; 3. к длительному и аккуратному введению препаратов железа; 4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 916.** Для лечения дефицита железа следует назначить:
- А) препараты железа внутривенно в сочетании с мясной диетой;
Б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно;
В) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;
Г) препараты железа внутрь на длительный срок;
Д) препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год.
- 917.** Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:
- А) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;
Б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
В) перелить эритроцитарную массу перед родами;
Г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek;
Д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов.
- 918.** Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:
- А) желтуха;
Б) серая кайма на деснах;
В) кровь в кале;
Г) почечная колика;
Д) гепатомегалия.
- 919.** Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:
- А) гиперхромия эритроцитов;
Б) высокий ретикулоцитоз;
В) базофильная пунктация эритроцитов;
Г) появление шизопитов;
Д) сочетание с эозинофилией.
- 920.** При свинцовом отравлении назначают: 1. плазмаферез; 2. гипотензивные и мочегонные средства; 3. комплексоны; 4. соли калия.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 921.** Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:
- А) гиперхромия эритроцитов;

- Б) микроцитоз эритроцитов;
- В) глюкозурия;
- Г) гиперурикемия;
- Д) лейкоцитоз.

922. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться:

- А) алкоголизм и недоедание;
- Б) кровопотери;
- В) злоупотребление табаком;
- Г) цирроз печени;
- Д) хронический гепатит.

923. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:

- А) 1 месяц;
- Б) 2-3 года;
- В) 5 лет;
- Г) неделю;
- Д) 6 месяцев.

924. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

- А) хромота;
- Б) боли за грудиной;
- В) жжение языка;
- Г) близорукость;
- Д) тошнота.

925. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:

- А) гипертромбоцитоз;
- Б) лейкоцитоз;
- В) увеличение СОЭ;
- Г) высокий цветной показатель;
- Д) лимфоцитоз.

926. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:

- А) всю жизнь;
- Б) до нормализации уровня гемоглобина;
- В) 1 год;
- Г) 3 месяца;
- Д) курсами по три месяца два раза в год.

927. Среди гемолитических анемий различают: 1. наследственные; 2. приобретенные; 3. симптоматические; 4. идиопатические.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

928. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 929.** Этиологическими факторами цитостатической болезни являются: 1. g-радиация; 2. а- и b-лучи; 3. антиметаболиты; 4. глюкокортикостероиды.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 930.** К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся: 1. флебиты; 2. пневмонии; 3. грибковый сепсис; 4. милиарный туберкулез.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 931.** У больного апластической анемией: 1. печень и селезенка не увеличены; 2. печень и селезенка увеличены; 3. лимфоузлы не пальпируются; 4. лимфатические узлы увеличены.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 932.** К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:
А) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ;
Б) определение протромбинового времени;
В) проба Айви;
Г) определение тромбинового времени;
Д) определение уровня фибронектина.
- 933.** К методам исследования резистентности микрососудов относятся:
А) проба Кончаловского-Румпеля;
Б) проба Дьюка;
В) определение времени по Ли-Уайту;
Г) определение времени Квика (протромбинового времени);
Д) определение свертывания крови с ядом эфы.
- 934.** К антикоагулянтам прямого действия относится:
А) фенилин;
Б) гепарин;
В) свежемороженая плазма;
Г) тиклид;
Д) аминапроновая кислота.
- 935.** К антикоагулянтам непрямого действия относится:

- А) фенилин;
- Б) гепарин;
- В) свежезамороженная плазма;
- Г) тиклид;
- Д) аминокaproновая кислота.

936. К антиагрегантам относятся:

- А) фенилин;
- Б) гепарин;
- В) тиклид;
- Г) аминокaproновая кислота;
- Д) ксантинол-никотинат.

937. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А) гепарин;
- Б) рекомбинантный антитромбин III;
- В) аминокaproновая кислота;
- Г) тиклид;
- Д) фибринолизин.

938. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А) X;
- Б) IX;
- В) VIII;
- Г) VII;
- Д) V.

939. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А) X;
- Б) IX;
- В) VIII;
- Г) VII;
- Д) V.

940. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно: 1. развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3. упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

941. Для узловой эритемы характерно: 1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки; 2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов; 3. типичная локализация на коже

передне-боковой поверхности голеней, бедер и ягодиц; 4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

942. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

943. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

944. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к: 1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях; 2. снижению травматичности оперативных вмешательств; 3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами; 4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

945. При лечении свежзамороженной плазмой необходимо придерживаться следующих принципов: 1. вводить свежзамороженную плазму внутривенно, медленно, капельно; 2. вводить свежзамороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального, венозного давления, до 2000 мг/сут; 3. размороженную и неиспользованную свежзамороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости; 4. использование гепарина в комплексе со свежзамороженной плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 946.** Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомин-зависимой агрегации тромбоцитов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 947.** Решающим признаком лейкомоидных реакций является: 1. непродолжительность; 2. прогрессирующее течение; 3. спонтанное выздоровление; 4. доброкачественность течения.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 948.** Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при: 1. сепсисе; 2. остром лейкозе; 3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе); 4. остром воздействии радиации.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 949.** Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:
- А) 10-12%;
 - Б) 20-40%;
 - В) 40-60%;
 - Г) 60-80%;
 - Д) 90%.
- 950.** Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:
- А) 10-12%;
 - Б) 20-40%;
 - В) 40-60%;
 - Г) 60-80%;
 - Д) 90%.
- 951.** Небольшую цитопению могут вызвать:
- А) сульфаниламиды;
 - Б) мерказолил;

- В) миорелаксанты;
- Г) антибиотики;
- Д) мочегонные.

- 952.** Причиной анемической комы могут быть: 1. аутоиммунные гемолитические анемии; 2. дизэритропоэтическая анемия; 3. В12-дефицитная анемия; 4. лимфогранулематоз.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 953.** Клиническими симптомами анемической комы являются: 1. отеки; 2. тахикардия; 3. желтушность кожи; 4. снижение артериального давления.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 954.** Первостепенным вмешательством при анемической коме незасисимо от ее этиологии является: 1. трансфузия свежезамороженной плазмы; 2. трансфузия коллоидов; 3. назначение стероидов; 4. переливание эритроцитарной массы.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 955.** Клинические проявления ДВС-синдрома: 1. геморрагический синдром ангиоматозного типа; 2. геморрагический синдром гематомно-петехиального типа; 3. геморрагический синдром петехиально-синячкового типа; 4. признаки тромбозов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 956.** Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется: 1. признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза; 2. гипертромбоцитозом; 3. тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена; 4. отсутствием ристомиицин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 957.** В лечении ДВС-синдрома используются: 1. аминокaproновая кислота и фенилин; 2. свежезамороженная плазма; 3. стрептокиназа; 4. гепарин.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 958.** Ведущими критериями диагностики геморрагических васкулитов являются: 1. особенности клинической картины; 2. общий анализ крови и коагулограмма; 3. результаты гистологического исследования кожи; 4. уровень иммунных комплексов в крови.
 А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 959.** Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:
 А) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \times 10^9$ л;
 Б) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $1,0 \times 10^9$ л;
 В) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 20×10^9 л;
 Г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 5×10^9 л;
 Д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0,05 \times 10^9$ л;
- 960.** Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются: 1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов; 2. появление иммунных комплексов и реакинов в крови; 3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма; 4. вирусная инфекция.
 А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 961.** Клиническая картина острого агранулоцитоза включает: 1. слабость; 2. лихорадку; 3. инфекционный процесс; 4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа.
 А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 962.** Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования : 1. лимфографию; 2. стерильную пункцию; 3. компьютерную томографию; 4. трепанобиопсию.
 А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

- 963.** Профилактика осложнений цитостатической болезни включает: 1. стерилизацию кишечника; 2. плазмаферез; 3. назначение антибиотиков; 4. назначение иммуномодуляторов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 964.** Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается:
- А) до 20×10^9 /л;
 - Б) до 50×10^9 /л;
 - В) до 100×10^9 /л;
 - Г) до 150×10^9 /л;
 - Д) до 190×10^9 /л и ниже.
- 965.** Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является:
- А) появление иммунных комплексов в крови;
 - Б) появление аутоантител к тромбоцитам и гаптена в крови и фиксация его на поверхности тромбоцитов;
 - В) микробная инфекция;
 - Г) вирусная инфекция;
 - Д) переохлаждение.
- 966.** В развитии острой аплазии костного мозга имеет значение:
- А) прямое иммунное разрушение гемопоэтических структур и цитостатическое подавление гемопоэза;
 - Б) гиперплазия тромбоцитарного ростка;
 - В) ДВС-синдром;
 - Г) иммунокомплексный синдром;
 - Д) голодание.
- 967.** Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть: 1. анемический, геморрагический и лихорадочный синдромы; 2. панцитопения с отсутствием ретикулоцитов (в крови); 3. картина "жирового костного мозга" при исследовании биоптата костного мозга; 4. картина лимфопролиферации при исследовании костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 968.** Гемолитический криз может развиться при: 1. аутоиммунной гемолитической анемии; 2. хроническом лимфолейкозе; 3. ферментопатии эритроцитов; 4. аплазии костного мозга.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;

- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 969.** К клиническим признакам гемолитического криза относятся: 1. потемнение мочи; 2. отеки; 3. сухость во рту; 4. желтушность кожи.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 970.** Результатами лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз , являются: 1. ретикулоцитоз; 2. повышение уровня непрямого билирубина в крови; 3. снижение гематокрита; 4. снижение уровня сывороточного железа.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 971.** Инструкция по медицинскому освидетельствованию доноров крови плазмы, клеток крови (от 16. 11. 1998 г.) к абсолютным противопоказаниям к донорству крови и ее компонентов относит следующие заболевания: 1. носительство ВИЧ, СПИД, сифилис, туберкулез; 2. бруцеллез, сыпной тиф, туляремия, лепра; 3. вирусные гепатиты, положительный результат исследования на поверхностный антиген вируса гепатита В, антитела к вирусу гепатита С; 4. аллергические заболевания.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 972.** У больных с тромбоцитопенической кровоточивостью переливание тромбоцитов не показано при: 1. идиопатической аутоиммунной тромбоцитопенией; 2. тромбоцитарной тромбоцитопенической пурпуре; 3. посттрансфузионной тромбоцитопенической пурпуре; 4. гепаринзависимой тромбоцитопении.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 973.** Переливание концентрата тромбоцитов считается эффективным если: 1. наблюдается прирост количества тромбоцитов у реципиента через час после трансфузии и сохраняется в течение суток; 2. прекращается спонтанная кровоточивость; 3. отсутствуют свежие геморрагии; 4. уменьшается длительность кровотечения.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

- 974.** Для снижения риска посттрансфузионных осложнений необходимо: 1. введение безвозмездного донорства; 2. соблюдение принципа "один донор - один больной"; 3. принцип информированного согласия пациента о возможных посттрансфузионных осложнениях; 4. обучение, контроль, самоконтроль медперсонала по соблюдению строгих показаний для переливания крови и ее компонентов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 975.** Наиболее вероятной причиной В12-дефицитной анемии может являться: 1. катаракта; 2. инвазия острицами; 3. язвенная болезнь желудка; 4. инвазия широким лентецом.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 2, 3 и 4.
- 976.** К симптомам анемии относятся:
- А. одышка, бледность
 - Б. кровоточивость, боли в костях
 - В. увеличение селезенки, лимфатических узлов
- 977.** Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:
- А. хронической кровопотери
 - Б. апластической анемии
 - В. В₁₂- и фолиеводефицитной анемии
 - Г. сидероахрестической анемии
- 978.** В организме взрослого содержится:
- А. 2-5 г железа
 - Б. 4-5 г железа
- 979.** Признаками дефицита железа являются:
- А. выпадение волос
 - Б. иктеричность
 - В. увеличение печени
 - Г. парестезии
- 980.** Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию:
- А. синдрома Рейно
 - Б. умеренной анемии
 - В. сниженной СОЭ
 - Г. I группы крови
- 981.** Сфероцитоз эритроцитов:
- А. встречается при болезни Минковского-Шоффара

- Б. характерен для В₁₂-дефицитной анемии
 - В. является признаком внутрисосудистого гемолиза
- 982.** Препараты железа назначаются:
- А. на срок 1-2 недели
 - Б. на 2-3 месяца
- 983.** Гипохромная анемия:
- А. может быть только железодефицитной
 - Б. возникает при нарушении синтеза порфиринов
- 984.** Гипорегенераторный характер анемии указывает на:
- А. наследственный сфероцитоз
 - Б. аплазию кроветворения
 - В. недостаток железа в организме
 - Г. аутоиммунный гемолиз
- 985.** После спленэктомии при наследственном сфероцитозе:
- А. в крови не определяются сфероциты
 - Б. возникает тромбоцитоз
 - В. возникает тромбоцитопения
- 986.** У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина и увеличение селезенки. Вы можете предположить:
- А. наследственный сфероцитоз
 - Б. талассемию
 - В. В₁₂-дефицитную анемию
 - Г. болезнь Маркиавы-Мейкелли
 - Д. аутоиммунную панцитопению
- 987.** Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:
- А. головокружение
 - Б. парестезии
 - В. признаки фуникулярного миелоза
- 988.** Внутрисосудистый гемолиз:
- А. никогда не происходит в норме
 - Б. характеризуется повышением уровня непрямого билирубина
 - В. характеризуется повышением уровня прямого билирубина
 - Г. характеризуется гемоглобинурией
- 989.** Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:
- А. не возникают никогда
 - Б. возникают только при гемолитико-уремическом синдроме
 - В. возникают всегда
 - Г. характерны для внутриклеточного гемолиза

Д. характерны для внутрисосудистого гемолиза

- 990.** Наиболее информативным исследованием для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами, является:
- А. прямая проба Кумбса
 - Б. непрямая проба Кумбса
 - В. определение продолжительности жизни меченых эритроцитов больного
 - Г. определение продолжительности жизни меченых эритроцитов донора
- 991.** Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:
- А. об эритремии
 - Б. об апластической анемии
 - В. об остром лейкозе
 - Г. о B_{12} -дефицитной анемии
- 992.** Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома?
- А. острый лимфобластный лейкоз
 - Б. острый промиелоцитарный лейкоз
 - В. острый монобластный лейкоз
 - Г. эритромиелоз
- 993.** Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе?
- А. количество бластов в стернальном пунктате менее 5%
 - Б. количество бластов в стернальном пунктате менее 2%
- 994.** 019. В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации?
- А. рецидив
 - Б. ремиссия
 - В. развернутая стадия
 - Г. терминальная стадия
- 995.** В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?
- А. лимфоузлы
 - Б. селезенка
 - В. сердце
 - Г. кости
 - Д. почки
- 996.** Исход эритремии:
- А. хронический лимфолейкоз
 - Б. хронический миелолейкоз
 - В. агранулоцитоз

Г. ничего из перечисленного

997. Эритремию отличает от эритроцитозов:

- А. наличие тромбоцитопении
- Б. повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах
- В. увеличение абсолютного числа базофилов

998. Хронический миелолейкоз:

- А. возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
- Б. относится к миелопролиферативным заболеваниям
- В. характеризуется панцитопенией

999. Филадельфийская хромосома у больных с лейкозом:

- А. обязательный признак заболевания
- Б. определяется только в клетках гранулоцитарного ряда
- В. определяется в клетках-предшественниках мегакариоцитарного ростка

1000. Лечение сублейкемического миелоза:

- А. начинается сразу после установления диагноза
- Б. применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном
- В. обязательно проведение лучевой терапии
- Г. спленэктомия не показана

Эталоны ответов к экзаменационным тестам по специальности «Гематология»

1.	Б
2.	Г
3.	Б
4.	А
5.	А
6.	Д
7.	Д
8.	Д
9.	В
10.	Г
11.	Г
12.	Д
13.	Г
14.	Г
15.	Г
16.	А
17.	Б
18.	В
19.	В
20.	Б
21.	А
22.	А
23.	А
24.	Г
25.	А

26.	А
27.	А
28.	А
29.	Д
30.	Г
31.	А
32.	В
33.	Г
34.	Д
35.	Б
36.	Б
37.	Г
38.	Д
39.	В
40.	Г
41.	В
42.	Б
43.	А
44.	Б
45.	Б
46.	А
47.	А
48.	Г
49.	Б
50.	Б

51.	Г
52.	Б
53.	А
54.	Г
55.	Б
56.	А
57.	Б
58.	Г
59.	Г
60.	Б
61.	В
62.	Г
63.	Д
64.	Г
65.	В
66.	В
67.	А
68.	Б
69.	А
70.	Д
71.	В
72.	А
73.	А
74.	Г
75.	Г

76.	Г
77.	Г
78.	Б
79.	Г
80.	А
81.	А
82.	В
83.	В
84.	В
85.	Б
86.	В
87.	А
88.	А
89.	В
90.	Б

91.	Д
92.	Б
93.	А
94.	А
95.	Д
96.	А
97.	Б
98.	А
99.	А
100.	А
101.	Б
102.	Д
103.	В
104.	А
105.	В

106.	В
107.	Б
108.	В
109.	В
110.	В
111.	Б
112.	А
113.	В
114.	А
115.	Д
116.	В
117.	В
118.	В
119.	В
120.	В

121.	Г
122.	Г
123.	В
124.	В
125.	А
126.	А
127.	В
128.	В
129.	В
130.	В
131.	В
132.	В
133.	Д
134.	В
135.	Б
136.	Б
137.	В
138.	В
139.	А
140.	Д
141.	А
142.	А
143.	Д
144.	Б
145.	В
146.	В
147.	А
148.	А

149.	А
150.	А
151.	В
152.	Б
153.	В
154.	В
155.	А
156.	В
157.	Б
158.	Б
159.	Б
160.	Б
161.	А
162.	Б
163.	А
164.	В
165.	А
166.	Б
167.	В
168.	Б
169.	Б
170.	Г
171.	Б
172.	Г
173.	Г
174.	А
175.	Г
176.	Г

177.	Б
178.	А
179.	Б
180.	А
181.	В
182.	В
183.	А
184.	А
185.	А
186.	Б
187.	А
188.	Б
189.	А
190.	Б
191.	В
192.	А
193.	А
194.	Б
195.	А
196.	А
197.	А
198.	В
199.	А
200.	В
201.	В
202.	А
203.	А
204.	Б

205.	Б
206.	А
207.	В
208.	А
209.	В
210.	А
211.	В
212.	А
213.	А
214.	А
215.	Г
216.	Б
217.	Б
218.	А
219.	А

220.	Г
221.	Г
222.	Г
223.	Г
224.	Г
225.	А
226.	Г
227.	В
228.	Г
229.	Г
230.	Г
231.	А
232.	А
233.	Г
234.	В

235.	В
236.	Б
237.	Б
238.	Б
239.	А
240.	В
241.	А
242.	Д
243.	Б
244.	В
245.	Д
246.	В
247.	Д
248.	А
249.	Б

250.	Д
251.	Б
252.	Б
253.	Б
254.	Б
255.	Б
256.	Д
257.	В
258.	В
259.	В
260.	В
261.	В
262.	Б
263.	В
264.	Б
265.	В
266.	В
267.	А
268.	Б
269.	В
270.	Б
271.	В
272.	Б
273.	Б
274.	В
275.	А
276.	А
277.	Б

278.	В
279.	Г
280.	Г
281.	В
282.	А
283.	Б
284.	В
285.	А
286.	А
287.	Б
288.	А
289.	А
290.	Б
291.	А
292.	Б
293.	А
294.	Б
295.	Б
296.	А
297.	Д
298.	В
299.	Г
300.	Б
301.	Г
302.	Б
303.	Д
304.	Б
305.	В

306.	А
307.	В
308.	В
309.	А
310.	Б
311.	В
312.	А
313.	Д
314.	Б
315.	Г
316.	Б
317.	Б
318.	Б
319.	Б
320.	В
321.	В
322.	Б
323.	Д
324.	А
325.	А
326.	Б
327.	Г
328.	Д
329.	Б
330.	В
331.	Б
332.	В
333.	В

334.	А
335.	Б
336.	А
337.	В
338.	В
339.	Б
340.	В
341.	В
342.	Б
343.	В
344.	А
345.	В
346.	Б
347.	В
348.	А

349.	Г
350.	В
351.	Д
352.	Д
353.	Б
354.	В
355.	Д
356.	В
357.	Г
358.	Д
359.	Д
360.	Г
361.	А
362.	Г
363.	А

364.	А
365.	Д
366.	Б
367.	Д
368.	В
369.	В
370.	В
371.	Б
372.	Б
373.	Д
374.	Д
375.	Г
376.	А
377.	Б
378.	А

379.	А
380.	Б
381.	В
382.	Б
383.	А
384.	Б
385.	В
386.	В
387.	А
388.	Б
389.	В
390.	Б
391.	Д
392.	А
393.	Б
394.	А
395.	Д
396.	Д
397.	А
398.	Б
399.	Б
400.	А
401.	Д
402.	Д
403.	Б
404.	Д
405.	А
406.	Д

407.	Б
408.	Д
409.	В
410.	В
411.	В
412.	Б
413.	В
414.	В
415.	В
416.	А
417.	Б
418.	А
419.	А
420.	Г
421.	В
422.	Г
423.	Д
424.	Д
425.	А
426.	А
427.	В
428.	А
429.	Б
430.	Г
431.	А
432.	Б
433.	А
434.	Б

435.	Г
436.	Г
437.	Г
438.	В
439.	А
440.	Г
441.	В
442.	Б
443.	В
444.	А
445.	А
446.	А
447.	В
448.	А
449.	А
450.	Г
451.	А
452.	Г
453.	В
454.	А
455.	Г
456.	А
457.	Б
458.	А
459.	Б
460.	Б
461.	Д
462.	А

463.	В
464.	А
465.	Г
466.	А
467.	Б
468.	Б
469.	А
470.	Г
471.	Г
472.	А
473.	А
474.	Г
475.	В
476.	Б
477.	Б

478.	Д
479.	Д
480.	Г
481.	Г
482.	А
483.	Г
484.	А
485.	А
486.	А
487.	А
488.	А
489.	Б
490.	Б
491.	В
492.	Б

493.	Б
494.	В
495.	Б
496.	В
497.	Б
498.	Д
499.	А
500.	А
501.	Д
502.	В
503.	Б
504.	Б
505.	Г
506.	Д
507.	Д

508.	Д
509.	А
510.	А
511.	В
512.	А
513.	В
514.	В
515.	А
516.	Б
517.	А
518.	А
519.	В
520.	Б
521.	Б
522.	В
523.	Б
524.	А
525.	Д
526.	Б
527.	А
528.	А
529.	В
530.	Б
531.	А
532.	Б
533.	В
534.	Б
535.	Б

536.	А
537.	Б
538.	В
539.	Д
540.	В
541.	Б
542.	А
543.	А
544.	А
545.	Б
546.	Д
547.	А
548.	А
549.	Б
550.	Б
551.	Б
552.	А
553.	Д
554.	Д
555.	А
556.	Б
557.	В
558.	А
559.	Б
560.	Б
561.	В
562.	Д
563.	Г

564.	В
565.	Г
566.	Г
567.	А
568.	В
569.	Г
570.	В
571.	А
572.	А
573.	Г
574.	А
575.	Д
576.	А
577.	Б
578.	В
579.	Б
580.	А
581.	Б
582.	Г
583.	Б
584.	В
585.	Б
586.	Д
587.	В
588.	Б
589.	В
590.	В
591.	Д

592.	В
593.	Д
594.	А
595.	В
596.	Б
597.	В
598.	Б
599.	Д
600.	Д
601.	Д
602.	В
603.	Г
604.	В
605.	Д
606.	В

607.	А
608.	Г
609.	А
610.	В
611.	А
612.	Д
613.	Д
614.	А
615.	Б
616.	Д
617.	Д
618.	Б
619.	Б
620.	Д
621.	Д

622.	Д
623.	Д
624.	Г
625.	В
626.	Г
627.	Б
628.	А
629.	А
630.	Б
631.	А
632.	Д
633.	А
634.	А
635.	Д
636.	Д

637.	Г
638.	В
639.	В
640.	Б
641.	Г
642.	Д
643.	В
644.	А
645.	А
646.	А
647.	А
648.	В
649.	Д
650.	Д
651.	Б
652.	Б
653.	А
654.	Д
655.	Д
656.	А
657.	Д
658.	Г
659.	Д
660.	Г
661.	Д
662.	В
663.	А
664.	Д
665.	А
666.	Г
667.	Д
668.	Д
669.	Г
670.	А
671.	Г
672.	Д
673.	Г
674.	Г
675.	Б
676.	В
677.	А
678.	В
679.	Г
680.	Д
681.	В
682.	Б

683.	А
684.	Д
685.	Г
686.	А
687.	Г
688.	Б
689.	Г
690.	В
691.	Д
692.	Б
693.	А
694.	А
695.	Д
696.	В
697.	Д
698.	Д
699.	Д
700.	Д
701.	Б
702.	Д
703.	Д
704.	Д
705.	Д
706.	Д
707.	Д
708.	Д
709.	В
710.	В
711.	В
712.	В
713.	В
714.	Г
715.	В
716.	Б
717.	В
718.	А
719.	Б
720.	А
721.	Б
722.	А
723.	А
724.	Г
725.	А
726.	А
727.	Д
728.	В

729.	Г
730.	Б
731.	Б
732.	Б
733.	А
734.	Г
735.	В
736.	Д
737.	Д
738.	Д
739.	Д
740.	Д
741.	Б
742.	А
743.	Д
744.	Д
745.	Д
746.	В
747.	Г
748.	А
749.	Б
750.	Б
751.	Б
752.	Г
753.	Г
754.	Г
755.	Д
756.	Г
757.	Д
758.	Д
759.	Г
760.	Б
761.	Г
762.	В
763.	Б
764.	Д
765.	Д

766.	Г
767.	В
768.	А
769.	Б
770.	А
771.	Б
772.	В
773.	А

774.	В
775.	Г
776.	В
777.	Д
778.	Г
779.	Г
780.	Д
781.	Д
782.	Г
783.	А
784.	Б
785.	Б
786.	Д
787.	Б
788.	Б
789.	В
790.	А
791.	Д
792.	Б
793.	Г
794.	Б
795.	Б
796.	А
797.	Б
798.	А
799.	Д
800.	В
801.	В
802.	А
803.	Б
804.	Г
805.	А
806.	Г
807.	Г
808.	Г
809.	Г
810.	Д
811.	Г
812.	А
813.	А
814.	А
815.	А
816.	А
817.	А
818.	Б
819.	В

820.	Г
821.	В
822.	В
823.	А
824.	Б
825.	В
826.	Д
827.	А
828.	А
829.	Б
830.	А
831.	Д
832.	Г
833.	В
834.	В
835.	А
836.	Д
837.	Д
838.	А
839.	Б
840.	А
841.	А
842.	А
843.	В
844.	Г
845.	Д
846.	Б
847.	А
848.	А
849.	Г
850.	В
851.	В
852.	Б
853.	В
854.	Б
855.	А
856.	Д
857.	Б
858.	Б
859.	Г
860.	Д
861.	Г
862.	А
863.	Д
864.	Г
865.	В

866.	В
867.	А
868.	Б
869.	Г
870.	А
871.	Б
872.	А
873.	В
874.	А
875.	В
876.	Г
877.	Г
878.	В
879.	Б
880.	Г
881.	В
882.	В
883.	Г
884.	Д
885.	Д
886.	Г
887.	Г
888.	В
889.	Б
890.	Г
891.	Г
892.	В
893.	Г
894.	Б
895.	Г
896.	А
897.	Д
898.	Б
899.	Г
900.	В
901.	Б
902.	Б
903.	А
904.	Б
905.	А
906.	В
907.	В
908.	Б
909.	Д
910.	А
911.	В
912.	Г
913.	Г
914.	Б
915.	В

916.	Г
917.	А
918.	Б
919.	В
920.	Б
921.	А
922.	А
923.	Б
924.	В
925.	Г
926.	А
927.	Д
928.	В
929.	Б
930.	Д
931.	Б
932.	В
933.	А
934.	Б
935.	А
936.	В
937.	В
938.	В
939.	Б
940.	Б
941.	Д
942.	А
943.	А
944.	Д
945.	В
946.	Д
947.	Г
948.	А
949.	В
950.	Г
951.	Б
952.	Б
953.	Г
954.	Г
955.	В
956.	Б
957.	В
958.	Б
959.	А
960.	Б
961.	А
962.	В
963.	Б
964.	Г
965.	Б

966.	А
967.	А
968.	А
969.	Г
970.	Б
971.	Д
972.	Д
973.	Д
974.	Д
975.	Г
976.	А
977.	В
978.	Б
979.	А
980.	А
981.	А
982.	В
983.	В
984.	В
985.	В
986.	Д
987.	А
988.	Г
989.	Д
990.	Г
991.	В
992.	Б
993.	А
994.	В
995.	А
996.	Б
997.	Б
998.	Б
999.	В
1000.	Б

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с гематологическими заболеваниями
2. Сбор семейного гематологического и гемостазиологического анамнеза
3. Осмотр с выявлением симптомов повышенной кровоточивости – провокационные сосудистые пробы
4. Пальпация всех групп лимфоузлов
5. Пальпация и определение границ печени и селезенки.
6. Определение менингеальных симптомов
7. Аускультация легких и сердца
8. Пальпация всех костных образований
9. Измерение артериального давления
10. Оценка физического развития.
11. Оценка психо-эмоционального состояния гематологического больного.
12. Изменение сатурации кислородом капиллярной крови с помощью пульсоксиметра
13. Интерпретация клинического анализа крови
14. Оценка морфологического состава крови по микроскопии мазка
15. Выполнение пункции подвздошной кости для оценки миелограммы
16. Выполнение трепанобиопсии
17. Выполнение люмбальной пункции, эндолумбальное введение препаратов
18. Интерпретация заключения исследования костного мозга: морфологического, иммуногистохимического, цитогенетического.
19. Интерпретация результатов УЗИ исследования брюшной полости.
20. Интерпретация результатов УЗИ исследования лимфоузлов
21. Интерпретация результатов УЗИ исследования патологических образований различной локализации
22. Интерпретация результатов УЗИ исследования суставов
23. Интерпретация заключения доплерографического исследования сосудов
24. Интерпретация рентгграммы грудной клетки
25. Интерпретация ангиограммы
26. Интерпретация результатов МРТ-исследований
27. Интерпретация результатов КТ-исследований
28. Интерпретация результатов исследования функции тромбоцитов.
29. Интерпретация коагулограммы.
30. Интерпретация тромбоэластограммы.
31. Интерпретация биохимических маркеров гемолиза
32. Интерпретация результатов исследований нарушения обмена железа
33. Интерпретация результатов биохимических исследований при различных видах анемий.
34. Интерпретация результатов исследований для выявления гемоглобинопатии
35. Интерпретация результатов исследований маркеров тромбофилии

36. Интерпретация результатов молекулярно-генетических исследований системы гемостаза
37. Интерпретация результатов молекулярно-генетических исследований при онко-гематологической патологии
38. Интерпретация результатов молекулярно-генетических исследований при орфанных заболеваниях
39. Пункция периферической вены
40. Определения группы крови и резус-фактора
41. Алгоритм проверки на совместимость и переливания крови
42. Неотложная помощь при носовом кровотечении
43. Неотложная помощь при гемартрозе
44. Неотложная помощь при открытом кровотечении
45. Неотложная помощь при анафилактическом шоке
46. Алгоритм неотложной помощи при массивной кровопотере, геморрагическом шоке
47. Базовая сердечно-легочная реанимация

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов). Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но: алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с

веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:
 - а) состоянием внешней среды
 - б) гигиеническими факторами
 - в) состоянием здравоохранения
 - г) наличие гигиенических навыков
 - д) условиями и образом жизни
2. На здоровье населения влияют:
 - а) социально-экономические факторы
 - б) социально-биологические факторы
 - в) медицинские факторы
 - г) природно-климатические факторы
 - д) все перечисленное верно
3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:
 - а) текущую регистрацию рождаемости
 - б) перепись населения
 - в) выборочные демографические исследования
 - г) социологический опрос населения
 - д) все перечисленное верно
4. Динамика населения изучает:
 - а) механическое движение населения
 - б) естественное движение населения
 - в) миграционные процессы
 - г) все перечисленное верно
5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:
 - а) живыми
 - б) мертвыми
 - в) живыми и мертвыми
 - г) проживших 168 часов
6. Основной причиной материнской смертности является:
 - а) акушерские причины
 - б) инфекционные заболевания
 - в) новообразования
 - г) болезни органов дыхания
 - д) заболевания ССС
7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:
 - а) умерших в возрасте до 1 года
 - б) родившихся мертвыми
 - в) умерших с 28 недель беременности
 - г) населения в возрасте до 1 года
 - д) умерших в течении 168 часов

8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:

- а) умершие на 1 году жизни
- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования
- д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости

- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей
- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень
- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности

д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные
- г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты
- в) две комнаты санитарной обработки

г) родовую палату

30. В наблюдательное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой
- г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксик
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет
- д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное

- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года. Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодовитости это:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени

- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну
- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»
- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ
- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

1. д	18. д	35. в
2. д	19. г	36. д
3. б	20. д	37. б
4. г	21. г	38. б
5. а	22. а	39. д
6. а	23. д	40. в
7. а	24. г	41. д
8. б	25. д	42. б
9. в	26. г	43. б
10. б	27. в	44. а
11. в	28. д	45. а
12. в	29. г	46. а
13. в	30. г	47. а
14. г	31. в	48. в
15. г	32. г	49. а
16. г	33. д	50. б
17. в	34. д	

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, ее определение и содержание.
2. Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.
3. Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.
4. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.
5. Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.
6. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).
7. Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.
8. Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.
9. Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.
10. Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.
11. Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.

12. Основные принципы охраны здоровья населения России.
13. Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы изучения состояния здоровья населения.
14. Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).
15. Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и долгосрочные прогнозы.
16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения работы врача общей практики; структура, организация работы.
21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клинко-анатомические конференции.
33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с

- внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное лечение.
34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
 35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
 36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
 37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
 38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходованием средств в стационаре и поликлинике.
 39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
 40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
 41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
 42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
 43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и эффективности диспансеризации.
 44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
 45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
 46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
 47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
 48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
 49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
 50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
 51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
 52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
 53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
 54. Медико-социальное страхование здоровья.
 55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
 56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
 57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
 58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
 59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.

60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.
61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками восстановления трудоспособности.
65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы работы по определению инвалидности.
66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.
70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия

- изучаемого признака.
80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
 81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия с χ^2 (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
 82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
 83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
 84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
 85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала. Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.
 86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
 87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной техники в планировании здравоохранения.
 88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
 89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
 90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
 91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
 92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
 93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
 94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
 95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
 96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
 98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
 99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
 1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
 2. семья, школа, общество
 3. знания, умения и навыки учащихся
 4. педагоги, учащиеся, родители
2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
 1. предметно-манипулятивная деятельность
 2. учебная деятельность
 3. сюжетно-ролевая игра
 4. непосредственное эмоциональное общение
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
 1. подготовки педагогов
 2. развития технологий обучения
 3. требований родителей
 4. социальных и научных достижений
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс, определяют его...
 1. целенаправленность
 2. индивидуальность
 3. управляемость
 4. целостность
5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...
 1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
 2. помощь ребенку в преодолении проблем
 3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
 4. бескорыстная любовь к ребенку
6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...
 1. модель контракта
 2. партнерства
 3. руководства-партнерства
 4. руководства
7. Основными категориями педагогики являются...
 1. знания, умения, навыки
 2. среда, наследственность, воспитание
 3. воспитание, обучение, образование
 4. созревание, система, социализация
8. В древней Греции педагогами называли...
 1. преподавателей ораторского искусства
 2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
 3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
 4. учителей Спарты

9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением

1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств
4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.
 - а. формирование
 - б. обучение
 - в. самовоспитание
 - г. развитие

10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...

1. генетически ограничены
2. определяются только влиянием наследственности
- 3.предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
4. не имеют предела

11. Предметом педагогики как науки является...

- 1.целенаправленно организуемый педагогический процесс
2. профессиональная педагогическая деятельность
3. развитие личности
- 4.образовательные системы

12. В структуру педагогических наук не входит...

1. андрогогика
2. анатомия
3. педагогика высшей школы
4. история педагогики

13.В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:

- 1.Познавательные процессы, мотивация, темперамент
- 2.Познавательные процессы, мотивация, активность
- 3.Когнитивные процессы, эмоции

14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:

- 1.сюжетно-ролевая игра
- 2.непосредственное эмоциональное общение
- 3.предметно-манипулятивная деятельность
- 4.учебная деятельность

15. Манипулятивное общение – это

16.Укажите возможные типы манипуляторов:

- 1.активный, пассивный, ригидный
2. активный, пассивный, безразличный
- 3.пассивный, ригидный, безразличный

17. Цели обучения определяются...
1. средствами обучения
 2. потребностями и возможностями общества
 3. мастерством педагога
 4. индивидуальными особенностями учащегося
18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к _____ умениям.
1. рефлексивным
 2. информационно-дидактическим
 3. организационным
 4. коммуникативным
19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется _____ психологическая установка.
1. адекватная
 2. катотимная
 3. неадекватная
 4. позитивная
20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:
1. анозогнозический
 2. тревожный
 3. сенситивный
21. Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....
22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании _____ мотивов.
1. смыслообразующих
 2. реально действующих
 3. неосознаваемых
 4. понимаемых
23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...
1. обмен знаниями
 2. конфликт
 3. теоретический анализ
 4. эмпатия
24. Стил ь педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...
1. демократическим
 2. игнорирующим
 3. авторитарным
 4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....
1. словесными
 2. неимитационными
 3. наглядными
 4. имитационными
26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...
1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
 2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
 3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
 4. беседа, классификация, синтез, шкалирование
27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.
1. Диагностирующая функция
 2. Презентативная функция
 3. Корректирующая функция
- а. ориентирована на изложение учебного материала
б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
в. обеспечивает обратную связь
28. Расставьте в правильном порядке этапы учебного познания
1. активное воспроизведение информации
 2. восприятие объекта
 3. процесс запоминания
 4. осмысление
29. Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)
1. пациенты с установленными диагнозами
 2. здоровые люди
 3. родственники пациентов
 4. пациенты, проходящие диагностическое обследование
30. Эмпатия – это
1. способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
 2. устойчивое позитивное чувство к другому человеку
 3. вчувствование в переживания другого человека
31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)
1. популяризация здорового образа жизни
 2. формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
 3. формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
 4. выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32. Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

1. стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
2. тенденция к привлечению внимания к себе
3. тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

1. диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно используются обсуждение, понимание, убеждение
2. педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся
3. педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

- А. попустительский
Б. игнорирующий
В. демократический

34. К барьерам коммуникации относят:

1. незнание языка
2. эмоциональное состояние
3. некорректная обратная связь
4. все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям - это

1. внушение
2. заражение
3. убеждение

ОТВЕТЫ:

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 1 | 19. 2 |
| 2. 2 | 20. 3 |
| 3. 4 | 21. |
| 4. 4 | 22. 3 |
| 5. 1 | 23. 4 |
| 6. 4 | 24. 3 |
| 7. 3 | 25. 4 |
| 8. 2 | 26. 2 |
| 9. 1г, | 27. 1в, 2а, 3б |
| 2б, 3в, | 28. 2, 4, 3, 1 |
| 4а | 29. 1, 2, 3, 4 |
| 10. 4 | 30. 3 |
| 11. 1 | 31. 1, 3, 4 |
| 12. 2 | 32. 3 |
| 13. 2 | 33. 1в, 2а, 3б |
| 14. 1 | 34. 4 |
| 15. | 35. 1 |

- 16. 2
- 17. 2
- 18. 2

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

- 1. Педагогика как наука.
- 2. Задачи педагогики.
- 3. Основные категории педагогики.
- 4. Образование как система, как процесс и как результат.
- 5. Обучение как педагогический процесс.
- 6. Структура педагогического процесса.
- 7. Средства обучения.
- 8. Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
- 9. Методы и формы воспитания.
- 10. Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
- 11. Цели и задачи педагогической деятельности врача.
- 12. Субъекты педагогической деятельности врача.
- 13. Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
- 14. Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
- 15. Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
- 16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
- 17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
- 18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
- 19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
- 20. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
- 21. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
- 22. Психологический смысл.
- 23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья.
- 24. Типы отношения к болезни.
- 25. Биопсихосоциальная природа человека.
- 26. Педагогическая психология как наука.
- 27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
- 28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
- 29. Психология учебной деятельности.
- 30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
- 31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
- 32. Стиль педагогической деятельности.
- 33. Общения, его функции, цели, задачи.
- 34. Виды и уровни общения.
- 35. Принципы гуманистического общения.
- 36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
- 37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.

38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию
39. Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
40. Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
41. Основные правила позитивного общения.
42. Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
43. Педагогическое общение, его специфика, основные функции.
44. Стили педагогического общения.
45. Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
47. Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
48. Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
49. Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
50. Этические принципы в деятельности врача.
51. Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
52. Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача
53. Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
54. Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
57. Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
58. Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
59. Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
61. Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.
62. Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
63. Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
64. Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
65. Понятие педагогики высшей школы.
66. Исторические аспекты развития высшей школы.
67. Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
68. Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
69. Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
70. Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
71. Формы обучения в высшей школе.
72. Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.

73. Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.
74. Образовательные учреждения высшего профессионального образования.
75. Профессиональное становление преподавателя высшей школы.
76. Профессионализм и саморазвитие личности педагога.
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.
78. Педагогическая культура преподавателя.
79. Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций»

1. Геополитическое влияние России в мире определяется:
 - а) ходом её экономического развития;
 - б) реформой армии для повышения её обороноспособности;
 - в) стиранием грани между внутренней и внешней экономикой.
2. Какая мера борьбы с терроризмом является для России наиболее приемлемой?
 - а) объединение усилий всего международного сообщества;
 - б) повышение эффективности имеющихся форм и методов борьбы с этой угрозой;
 - в) принятие безотлагательных мер по её нейтрализации.
3. К какой сфере национальной безопасности относятся попытки противодействия укреплению России как одного из центров влияния в многополярном мире?
 - а) международной сфере;
 - б) информационной сфере;
 - в) социальной сфере;
 - г) военной сфере.
4. Военная безопасность России, в первую очередь, обеспечивается:
 - а) наличием в её распоряжении сил, средств и ресурсов;
 - б) обладанием ядерным потенциалом, способным гарантированно обеспечить нанесение заданного ущерба любому агрессору (теория разумной достаточности);
 - в) любыми невоенными (политическими, дипломатическими) средствами предотвращения, локализации и нейтрализации военных угроз.
5. Какой принцип военной безопасности обеспечивается проведением военной реформы?
 - а) централизованное руководство военной организацией с гражданским контролем;
 - б) адекватность реагирования на угрозы;
 - в) достаточность сил, средств и ресурсов;
 - г) соответствие уровня готовности и подготовки;
 - д) нанесение ущерба международной и национальной безопасности других стран.
6. В какой период осуществляются мероприятия по переводу ВС РФ на условия военного времени (в том числе по их мобилизационному развёртыванию)?
 - а) в мирное время;
 - б) в угрожаемый период;
 - в) с началом войны.
7. Какая проблема информационной безопасности России имеет особую важность?
 - а) незаконный доступ к информации её хищение и разрушение;
 - б) возможности манипуляций различного рода информацией для негативного воздействия

на процесс принятия политических решений;
в) нанесение существенного экономического ущерба, снижение темпов научно-технического развития страны.

8. Какая концепция (система взглядов) является для страны первостепенной?

- а) концепция национальной безопасности;
- б) концепция информационной войны;
- в) концепция внешней политики;
- г) концепция подготовки граждан РФ к военной службе.

9. Обеспечение информационной безопасности страны направлено на:

- а) создание достаточной и эффективной армии нового образца, оснащённой современными видами оружия;
- б) повышение экономического и научно-технического потенциала страны;
- в) сохранение и укрепление нравственных ценностей общества, традиций патриотизма и гуманизма, культурного и научного потенциала страны.

10. Положения военной доктрины конкретизируются:

- а) в посланиях Президента РФ Федеральному собранию;
- б) в рамках военного планирования;
- в) в ходе принятия военного бюджета страны.

11. В военную организацию государства не входят:

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?

- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
- б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;
- в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;
- г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;
- д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.

14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:

- а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;
- б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;

в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.

15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:

а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;

б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;

в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением НАТО на восток;

г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.

16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:

а) единство обучения и воспитания;

б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;

в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;

г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.

17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:

а) новому витку гонки вооружения;

б) корректировке военного планирования;

в) изменению военной доктрины;

г) увеличению военно-экономического потенциала страны.

18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?

а) снижение роли СБ ООН;

б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;

в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;

г) перспективы и направленность развития ШОС;

д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.

19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:

а) развёрнутые группировки сил и средств;

б) наличие боевого резерва и его отмобилизование;

в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.

20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:

а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;

б) перспективы и направленность развития ШОС;

в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.

21. Современные войны характеризуются:

- а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;
- б) завоеванием информационного пространства;
- в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.

22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:

- а) аэрозольный;
- б) трансмиссивный,
- в) диверсионный.

23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:

- а) стойкие;
- б) нестойкие;
- в) медленнодействующие;
- г) условно контагиозные.

24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?

- а) быстродействующие ОВ;
- б) медленнодействующие ОВ.

25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:

- а) сочетанные поражения;
- б) проникающие поражения;
- в) комбинированные поражения.

26. Синдром взаимного отягощения возникает при:

- а) комбинированных поражениях;
- б) сочетанных поражениях;
- в) множественных поражениях;
- г) изолированных поражениях.

27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:

- а) радиационные поражения;
- б) травматические повреждения;
- в) ожоги.

28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:

- а) массовых санитарных потерь;
- б) выхода из строя медицинских подразделений;
- в) радиоактивного заражения местности;
- г) использования профилактических антидотов.

29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?

- а) Конституция РФ;
- б) Федеральный конституционный закон;
- в) Федеральный закон;
- г) Указ Президента РФ;
- д) Постановление Правительства РФ.

30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?

- а) Конституция РФ;
- б) Федеральный конституционный закон;
- в) Федеральный закон;
- г) Указ Президента РФ;
- д) Постановление Правительства РФ.

31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
а) централизованное руководство;
б) заблаговременность, плановость и контроль;
в) своевременность и преемственность;
г) комплексность и взаимосогласованность.
33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?
а) органы управления специальными формированиями;
б) тыловые госпитали здравоохранения;
в) обсервационные пункты.
38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?
а) органы управления специальными формированиями;
б) тыловые госпитали здравоохранения;
в) обсервационные пункты.
39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:
а) тыловые госпитали;
б)) госпитальные базы;
в) больничные базы;

- г) эвакуационные приемники;
- д) наблюдательные пункты

40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:

- а) в военное время;
- б) в мирное время;
- в) в период, предшествующий военному положению.

41. Органы управления специальными формированиями расформируются:

- а) после окончания боевых действий;
- б) после объявления об окончании войны;
- в) после завершения работы тыловых госпиталей и наблюдательных пунктов;
- г) после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.

42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- б) органы управления здравоохранения субъектов РФ;
- в) Генеральный штаб ВС РФ

43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:

- а) военно-медицинским управлением фронта;
- б) органами управления здравоохранения;
- в) медицинской службой военного округа;
- г) главным военно-медицинским управлением МО;
- д) службой военных сообщений;
- е) министерством по чрезвычайным ситуациям;
- ж) местными органами власти.

44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?

- а) отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
- б) развертывание прирельсовых эвакуационных пунктов;
- в) погрузка раненых и больных в транспортные средства.

45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:

- а) которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
- б) нуждающиеся в длительном лечении;
- в) для оказания специализированной медицинской помощи.

46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:

- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
- б) по линии Министерства обороны;
- в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.

47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:

- а) органами Министерства обороны;
- б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
- в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.

48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:

- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах

военных действий;

- б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
- в) развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.

49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:

- а) их рассредоточенность;
- б) наличие жилого фонда;
- в) время доставки раненых и больных ;
- г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
- д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.

50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:

- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
- б) массовость санитарных потерь;
- в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
- г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
- д) ухудшение экологической обстановки.

51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Министерство обороны;
- в) местные органы здравоохранения.

52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:

- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;
- б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
- в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

54. Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

55. Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период

мобилизации.

56. Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

57. Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:

- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
- б) погрузку их в транспортные средства;
- в) оказание медицинской помощи;
- г) уход за ранеными и больными в пути следования;
- д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
- е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
- ж) оказание специализированной медицинской помощи.

58. В какой ТГЗ коллектора ГБТС будет направлен раненый психоневрологического профиля?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический.

59. В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:

- а) возвращены в строй;
- б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
- в) уволены из ВС;
- г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;
- д) переведены в другие лечебные учреждения.

60. Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?

- а) преемственность;
- б) последовательность;
- в) своевременность;
- г) эвакуация по назначению.

61. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф:

- 1) медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов медицинского имущества и средств защиты;
- 2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов;
- 3) все виды помощи;
- 4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов Российской службы медицины катастроф;
- 5) проведение неотложных мероприятий.

62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) неотложный и экстренный режим;
- 2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;
- 3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС;
- 4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим повышенной готовности;
- 5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

- 1) медицинскими учреждениями;
- 2) врачами-хирургами;
- 3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;
- 4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;
- 5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) стационарные и поликлинические учреждения;
- 2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные и специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;
- 3) головная и профильные больницы;
- 4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;
- 5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:

- 1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;
- 2) описание места происшествия;
- 3) расчет температуры и влажности;
- 4) определение гибели населения;
- 5) получение экономических затрат.

66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:

- 1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;
- 2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;
- 3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;
- 4) принять решение и довести его до исполнителей;
- 5) планирование действий и строгое их выполнение.

67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:

- 1) данных прогноза возможных последствий катастроф;

- 2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;
- 3) распространении поражающих факторов;
- 4) разумной достаточности;
- 5) методических рекомендациях.

68. Комплектование имущества проводится за счет:

- 1) лечебного учреждения;
- 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
- 3) неснижаемого запаса;
- 4) анализа оперативной информации;
- 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.

69. Основные задачи службы медицины катастроф:

- 1) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения;
- 2) сохранение здоровья населения;
- 3) лечебная и гигиеническая;
- 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
- 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.

70. Силы территориальной службы медицины катастроф:

- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
- 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
- 3) медицинские отряды;
- 4) врачебно-сестринские бригады;
- 5) бригады доврачебной помощи.

71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:

- 1) федеральном;
- 2) региональном;
- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:

- 1) врач, 2 медицинские сестры;
- 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
- 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
- 4) врач и медицинская сестра;
- 5) 2 фельдшера.

73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:

- 1) любая, которую можно использовать;
- 2) первая медицинская
- 3) первая врачебная и квалифицированная;
- 4) первая медицинская и доврачебная;
- 5) госпитализация в лечебное учреждение.

74. Этап медицинской эвакуации определяется как:

- 1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в опреде-

ленном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;

- 2) система организации оказания помощи;
- 3) догоспитальный, госпитальный,
- 4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,
- 5) особый вид помощи.

75. Медицинской сортировкой называется:

- 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;
- 2) разделение потока пострадавших;
- 3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;
- 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
- 5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".

76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:

- 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;
- 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;
- 3) в определении очередности оказания медицинской помощи;
- 4) в регулировании движения автотранспорта;
- 5) определяет лечебное учреждение.

77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:

- 1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;
- 2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;
- 3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время;
- 4) определить сроки, объем помощи;
- 5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:

- 1) сами формирования;
- 2) учреждения формирователи;
- 3) склады ГО;
- 4) аптеки лечебных учреждений;
- 5) склады "Медтехника" и "Росфармация".

79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

- 1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
- 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны

чрезвычайной ситуации:

- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
- 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и

- подозрительных на инфекционные заболевания;
- 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
- 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.

81. Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :

- 1) до установления возбудителя;
- 2) после установления вида организма;
- 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.

82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
- 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
- 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;

- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- 4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;
- 3) холера;
- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;
- 6) мелиоидоз;
- 6) геморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;

- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;
- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;
- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;
- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;
- 5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.29. «Гематология»**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра детских болезней имени профессора И.М.Воронцова
Специальность 31.08.29. «Гематология»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Морфологические и функциональные особенности эритроцитов недоношенного ребенка. Динамика показателей.
2. ДВС-синдром в педиатрии
3. Болезнь Гоше, современные методы диагностики, лечения, прогноз.

Зав. кафедрой _____ подпись _____ расшифровка

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} на

_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} обсуждены на заседании кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_Д / ФОС_П) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{ГИА}) _____ / _____ /