

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России)

Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Гематология, трансфузиология Индекс Б1.Б.39

Направление подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(указывается код и наименование направления подготовки)
Профиль подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(указывается код и наименование профиля подготовки, при наличии)
Квалификация (степень) Врач-лечебник
(из приказа от 10.04.2017 г. № 320 МОН РФ)
Форма обучения очная
(очная, очно-заочная, заочная)

Курс III-IV-VI _____

Семестр 5, 6, 8, 11

Одобен на заседании кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России
Протокол № 11 от « 23 » мая 2018 г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Поспелова Т.И. _____



Авторы/составители ФОС по дисциплине:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, звание	Кафедра
1	2	3	4
Поспелова Т.И.	Зав. кафедрой	Д.м.н., профессор	Терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Лямкина А.С.	Доцент	К.м.н.	Терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Гребенюк А.А.	Ассистент		Терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень,	Кафедра
1	2	3	4
Солдатова Г.С.	Зав. кафедрой внутренних болезней	Д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней НГУ
Паначева Л.А.	Профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации	Д.м.н., доцент	Госпитальной терапии и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО НГМУ

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании цикловой методической комиссии по терапии

Протокол № 5 от «13» июня 2018 г.

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Гематология, трансфузиология»**

№ п/п	Контролируемые дидактические единицы	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1	Гематология, трансфузиология	ПК5 ПК6 ПК8 ОПК1	Тесты, собеседование, кураторский лист, ситуационные задачи

* Дидактические единицы соответствуют наименованию раздела или тем (разделов) и берутся из РП дисциплины.

**Комплект тестовых заданий
по дисциплине
«Гематология, трансфузиология»**

Входной контроль (11, 12 семестр)

1. Увеличение ретикулоцитов имеет место при:

- №1 Апластической анемии
 - №2 Гипопластической анемии
 - №3 Гемолитической анемии
 - №4 Метастазах рака в кости
 - №5 Все перечисленное верно
- Ответ: 3

2. Одним из проявлений хронического лимфолейкоза может быть:

- №1 Гинекомастия
 - №2 Гемолитическая анемия
 - №3 Остеолитические очаги
 - №4 Гиперкальциемия
 - №5 Базофилия крови
- Ответ: 2

3. Какой из следующих признаков является диагностическим для аутоиммунной гемолитической анемии:

- №1 Гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
 - №2 Трофические язвы голеней
 - №3 Спленомегалия
 - №4 Увеличение уровня Г-6-ФДГ
 - №5 Положительная непрямая проба Кумбса
- Ответ: 5

4. Выявление CD20-антигена на клетках опухоли позволяет назначить:

- №1 Цитозар
 - №2 Имматиниб
 - №3 Ритуксимаб
 - №4 Интрон А
- Ответ: 3

5. При классической болезни Ходжкина иммунологический фенотип представлен:

- №1 CD20+
- №2 CD 15+, CD30+

№3 CD15-, CD4+
№4 CD5+, CD10+
№5 CD34+
Ответ: 2

6. Для фазы акселерации ХМЛ характерно все, кроме:

№1 резистентности к ранее проводимой терапии
№2 Спленомегалии
№3 Повышенного содержания базофилов в крови и костном мозге
№4 Тотальной бластной инфильтрации костного мозга
№5 Анемии и нередко тромбоцитопения
Ответ: 4

7. Гипорегенераторный характер анемии указывает на все, кроме:

№1 апластическая анемия;
№2 фолиеводефицитная анемия;
№3 железодефицитная анемия;
№4 аутоиммунная гемолитическая анемия.
Ответ: 4

8. Проявлением каких из перечисленных заболеваний может быть аутоиммунная гемолитическая анемия:

№1 системная красная волчанка;
№2 гипертоническая болезнь;
№3 подагра;
№4 остеопороз;
№5 гемохроматоз
Ответ: 1

9.Ph-хромосома (Филадельфийская) характерна для:

№1 хронического миелолейкоза
№2 хронического лимфолейкоза
№3 эритремии
№4 острого монобластного лейкоза
Ответ: 1

10. Что в миелограмме подтверждает острый лейкоз:

№1 увеличение количества бластных клеток более 20%;
№2 сужение эритроцитарного ростка;
№3 уменьшение числа мегакариоцитов;
№4 все перечисленные признаки;
Ответ: 1

11. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- №1 ангиоматозный
 - №2 васкулитно-пурпурный
 - №3 гематомный
 - №4 смешанный
 - №5 петехиально-экхимозно-пятнистый
- Ответ: 5

12. Геморрагический микротромбоваскулит является заболеванием:

- №1 сцепленным с X-хромосомой
 - №2 аллергическим
 - №3 иммунодефицитным
 - №4 иммунокомплексным
- Ответ: 4

13. Тип кровотоочивости при геморрагической микротромбоваскулите:

- №1 петехиально-экхимозный
 - №2 гематомный
 - №3 смешанный
 - №4 васкулитно-пурпурный
- Ответ: 4

14. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра:

- №1 геморрагический васкулит
 - №2 болезнь Верльгофа
 - №3 гемофилия
 - №4 болезнь Рандю-Ослера
- Ответ: 3

15. Тельца Жолли – это:

- №1 внутриклеточные микроорганизмы;
 - №2 гранулы гемосидерина;
 - №3 остатки ядра мегалоцита;
 - №4 остатки цитоплазмы эритроцита.
- Ответ: 3

16. Для клинической картины В12-дефицитной анемии характерно:

- №1 нарушение болевой и тактильной чувствительности;
- №2 желание есть мел, известку;
- №3 койлонихии;
- №4 участки гиперпигментации кожи;

№5 увеличение лимфатических узлов.

Ответ: 1

17. Выполнение стеральной пункции при подозрении на В12-дефицитную анемию:

№1 абсолютно неинформативно;

№2 необязательно;

№2 обязательно.

Ответ: 2

18. Через какой период времени от начала терапии В12-дефицитной анемии необходим контроль показателей общего анализа крови:

№1 2-3 дня;

№2 5-8 дней;

№3 через 1 месяц;

№4 через 2 – 3 месяца.

Ответ: 2

19. Б-0, э-2, Бл-0, п/м-0, ми-0, ю-0, п/я-4, с/я-69, л-22, м-3. В данной лейкоцитарной формуле есть следующие изменения:

№1 сдвиг лейкоцитарной формулы влево

№2 сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

№3 лейкоэмический провал

№4 изменений нет

Ответ: 4

20. При увеличении уровня белка крови, СОЭ:

№1 увеличится

№2 уменьшится

№3 не изменится

Ответ: 1

Тема 1. Современные методы обследования больных с заболеваниями системы крови (5 семестр)

1. Нормальные значения гемоглобина у женщин:

№1 115-150 г/л

№2 130-160 г/л

№3 120-140 г/л

№4 110-140 г/л

Ответ: 3

2. MCV- это:

№1 среднее содержание гемоглобина в эритроците

№2 средний объем эритроцита

№3 средняя продолжительность жизни эритроцита

№4 средняя кривизна эритроцита

Ответ: 2

3. RDW – это:

№1 коэффициент вариации среднего объема эритроцитов

№2 ширина распределения эритроцитов по массе

№3 процент зрелых форм эритроцитов

№4 показатель гиперрегенерации костного мозга

Ответ: 1

4. При эритроцитозе СОЭ:

№1 увеличится

№2 уменьшится

№3 не изменится

Ответ: 2

5. Длительность кровотечения зависит от:

№1 количества фибриногена плазмы

№2 количества активированных Т-хелперов

№3 количества и функции тромбоцитов, функциональной активности эндотелия

№4 количества и функции ретикулоцитов, функциональной активности эпителия

Ответ: 3

6. Стернальная пункция производится с целью:

№1 получения костного мозга

№2 получения костных фрагментов

№3 прокола кости для дальнейшего введения зонда

№4 получение биоптата загрудинных лимфоузлов

Ответ: 1

7. Стернальная пункция проводится с помощью:

№1 инъекционной иглы

№2 иглы Овчинникова

№3 Двупросветной аспирационной иглы

№4 иглы Кассирского

Ответ: 4

8. Трепанобиопсия проводится с помощью:

- №1 иглы Кассирского
 - №2 иглы Джемшиди
 - №3 инъекционной иглы
 - №4 иглы Савирского
- Ответ: 2

9. В каких единицах измеряется количество гемоглобина в эритроците?

- №1 пикограммы
 - №2 микролитры
 - №3 пиколитры
 - №4 граммы
- Ответ: 1

10. Б-0, Э-2, Бл-65, п/м-0, ми-0, ю-0, п/я-0, с/я-20, л-12, м-1. В данной лейкоцитарной формуле есть следующие изменения:

- №1 лейкомиический провал
 - №2 изменений нет
 - №3 сдвиг лейкоцитарной формулы влево
 - №4 сдвиг лейкоцитарной формулы вправо
- Ответ: 1

11. Нормальные значения гемоглобина у мужчин:

- №1 130-160 г/л
 - №2 120-140 г/л
 - №3 115-150 г/л
 - №4 125-155 г/л
- Ответ: 1

12. Средние показатели эритроцитов у женщин

- №1 $3,6-4,6 \times 10^9/\text{л}$
 - №2 $3,2-5,9 \times 10^{12}/\text{л}$
 - №3 $3,5-4,7 \times 10^{12}/\text{л}$
 - №4 $5,2-6,1 \times 10^{12}/\text{л}$
- Ответ: 3

13. Гематокрит – это:

- №1 отношение объема плазмы к объему форменных элементов крови

- №2 отношение объема форменных элементов к объему плазмы
 - №3 индекс плотности кровяного потока
 - №4 относительное значение количества эритроцитов и лейкоцитов
- Ответ: 2

14. Б-0, э-2, Бл-0, п/м-0, ми-0, ю-0, п/я-4, с/я-69, л-22, м-3. В данной лейкоцитарной формуле есть следующие изменения:

- №1 сдвиг лейкоцитарной формулы влево
 - №2 сдвиг лейкоцитарной формулы вправо
 - №3 лейкемический провал
 - №4 изменений нет
- Ответ: 4

15. При увеличении уровня белка крови, СОЭ:

- №1 увеличится
 - №2 уменьшится
 - №3 не изменится
- Ответ: 1

16. Время свертывания крови зависит от:

- №1 наличия и функциональной активности сывороточных факторов свертывания крови
 - №2 количества и активности тромбоцитов
 - №3 скорости оседания тромбоцитов
 - №4 количества альбуминов в плазме крови
- Ответ: 1

17. Место проведения стеральной пункции:

- №1 теменная кость
 - №2 рукоятка грудины на уровне II-III межреберья
 - №3 верхняя задняя ость подвздошной кости
 - №4 IV-V межреберье
- Ответ: 2

18. Кривая Прайс-Джонса отражает:

- №1 распределение лейкоцитов по диаметру
 - №2 распределение эритроцитов по диаметру
 - №3 сдвиг лейкоцитарной формулы влево
 - №4 графическое отображение скорости кровотока в сосудах
- Ответ: 2

19.Трепанобиопсия-это:

№1 метод прижизненного извлечения костной ткани для исследования костного мозга

№2 метод получения лейкоцитарной взвеси

№3 метод извлечения костных осколков из раны

№4 метод определения внутрикостного давления

Ответ: 1

20. В каких единицах измеряется объем эритроцитов?

№1 микролитрах

№2 нанометрах

№3 фемтолитрах

№4 фемтометрах

Ответ: 3

Тема 2. Симптоматология анемий: классификация, основные клинические синдромы (5 семестр)

1. Гипорегенераторный характер анемии указывает на все, кроме:

№1 апластическая анемия;

№2 фолиеводефицитная анемия;

№3 железодефицитная анемия;

№4 аутоиммунная гемолитическая анемия.

Ответ: 4

2. Если у больного имеется нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная анемия, следует думать о:

№1 железодефицитной анемии;

№2 сидеробластной анемии;

№3 В12-дефицитной анемии;

№4 гемолитической анемии.

Ответ: 4

3. Критерием дефицита железа является:

№1 ретикулоцитоз;

№2 уровень МСН выше референсных значений;

№3 низкое содержание ферритина сыворотки крови;

№4 гиперхромия;

№5 гемоглобин ниже 120 г/л.

Ответ: 3

4. К развитию железодефицитной анемии приводит:

- №1 гиперполименорея;
- №2 дивертикулез толстого кишечника;
- №3 поликистоз яичников;
- №4 грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Ответ: 1

5. При железодефицитной анемии встречаются все перечисленные симптомы КРОМЕ:

- №1 ломкость и сухость волос;
- №2 гипертрихоз;
- №3 извращение вкуса и обоняния;
- №4 койлонихии.

Ответ: 2

6. Наиболее частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является:

- №1 алкогольный гепатит;
- №2 гематурическая форма гломерулонефрита;
- №3 гломические опухоли;
- №4 кровопотеря из желудочно-кишечного тракта.

Ответ: 4

7. Основной процесс всасывания железа происходит в:

- №1 желудке;
- №2 нисходящем отделе ободочной кишки;
- №3 двенадцатиперстной и тощей кишках;
- №4 подвздошной кишке;
- №5 сигмовидной кишке.

Ответ: 3

8. Больная 70 лет, отмечает выраженную общую слабость, отсутствие аппетита, неуверенную походку. При осмотре бледность кожных покровов и слизистых. В крови: Нв-75 г/л, Эр- $1,9 \times 10^{12}/л$, цп-1,2, ретикулоциты-0,2%, лейкоциты- $3,1 \times 10^9/л$, тромбоциты- $98 \times 10^9/л$, СОЭ-34 мм/час. Что будет в миелограмме?

- №1 гипоплазия кроветворения;
- №2 эритро-нормобластический эритропоэз с нормальным количеством клеток
- №3 мегалобластный тип кроветворения
- №4 увеличение количества плазматических клеток
- №5 гиперплазия эритропоэза

Ответ: 3

9. Проявлением каких из перечисленных заболеваний может быть аутоиммунная гемолитическая анемия:

№1 системная красная волчанка;

№2 гипертоническая болезнь;

№3 подагра;

№4 остеопороз;

№5 гемохроматоз

Ответ: 1

10. Что из нижеперечисленного входит в понятие сидеропенического синдрома:

№1 гипертрихоз;

№2 парестезии;

№3 макроглоссия;

№5 койлонихии;

№6 фибрильная лихорадка.

Ответ: 5

11. Латентный дефицит железа диагностируется на основании исследования:

№1 общего анализа крови;

№2 сидеропенического синдрома;

№3 исследования сывороточного железа и ферритина;

№4 исследования уровня витамина В12 в сыворотке крови.

Ответ: 3

12. Что из нижеперечисленного подтверждает диагноз аутоиммунной гемолитической анемии:

№1 повышение уровня прямого билирубина сыворотки

№2 содержание ретикулоцитов 0,6%

№3 сниженный уровень сывороточного железа

№4 цветной показатель 0,8

№5 положительная прямая проба Кумбса

Ответ: 5

13. Наиболее информативное исследование для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами:

№1 прямая проба Кумбса

№2 непрямая проба Кумбса

№3 определение продолжительности жизни меченных эритроцитов больного

№4 определение продолжительности жизни меченных эритроцитов донора

Ответ: 4

14. Анемия тяжелой степени диагностируется при снижении уровня гемоглобина ниже:

- №1 80 г/л
- №2 85 г/л
- №3 70 г/л
- №4 90 г/л

Ответ: 3

15. В12-дефицитной анемией чаще болеют:

- №1 в возрасте 10-15 лет
- №2 в возрасте 20-30 лет;
- №3 в возрасте 40-50 лет;
- №4 пожилые (старше 60 лет).

Ответ: 4

16. Кольца Кебота – это:

- №1 остатки оболочки ядра мегалоцита;
- №2 остатки ядра мегалоцита;
- №3 остатки разрушенного лимфоцита;
- №4 мишеневидные эритроциты.

Ответ: 1

17. К лабораторным признакам В12-дефицитной анемии относятся:

- №1 ретикулоцитоз;
- №2 уровень МСН ниже референсных значений;
- №3 повышение уровня общего белка;
- №4 ядерные формы эритроцитов в периферической крови.

Ответ: 4

18. Для клинической картины В12-дефицитной анемии характерно:

- №1 асцит;
- №2 Гунтеровский глоссит;
- №3 кольца Кайзера-Флейшера;
- №4 фебрильная температура тела.

Ответ: 2

19. Для талассемии и железодефицитной анемии является общим признаком:

- №1 повышение уровня фетального гемоглобина;
- №2 гипербилирубинемия;
- №3 мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов;
- №4 гипохромия эритроцитов;
- №5 ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза.

Ответ: 4

20. Снижение осмотической стойкости эритроцитов характерно:

- №1 для аутоиммунной гемолитической анемии;
- №2 для наследственного микросфероцитоза;
- №3 для пароксизмальной ночной гемоглобинурии;
- №4 для сидероахрестической анемии.

Ответ: 2

Тема 3. Симптоматология острых и хронических лейкозов: кроветворение в норме и при гемобластозах, классификация, основные клинические синдромы (6 семестр)

1. Ph-хромосома (Филадельфийская) характерна для:

- №1 хронического миелолейкоза
- №2 хронического лимфолейкоза
- №3 эритремии
- №4 острого монобластного лейкоза

Ответ: 1

2. Что в миелограмме подтверждает острый лейкоз:

- №1 увеличение количества бластных клеток более 20%;
- №2 сужение эритроцитарного ростка;
- №3 уменьшение числа мегакариоцитов;
- №4 все перечисленные признаки;

Ответ: 1

3. Лейкоцитоз с содержанием бластов в лейкограмме - 60 %, выраженная нормохромная анемия, тромбоцитопения периферической крови и гиперклеточный костный мозг с большим количеством бластов характерны для:

- №1 острого лейкоза;
- №2 хронического миелолейкоза;
- №3 хронического лимфолейкоза;
- №4 лимфогранулематоза;
- №5 миеломной болезни.

Ответ: 1

4. Гиперлейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, умеренная нормохромная анемия, количество тромбоцитов нормальное. В

костном мозге лимфоидных клеток до 70 %. Гемограмма характерна для:

- №1 острого лейкоза;
- №2 хронического лимфолейкоза;
- №3 лимфогранулематоза;
- №4 миеломной болезни;
- №5 хронического моноцитарного лейкоза.

Ответ: 2

5. Какое из нижеперечисленных проявлений не характерно для хронического лимфолейкоза?

- №1 геморрагический васкулит;
- №2 синдром повышенной вязкости, обусловленный наличием М-протеина;
- №3 опоясывающий лишай (Herpes zoster);
- №4 патологические переломы трубчатых костей;
- №5 аутоиммунная гемолитическая анемия.

Ответ: 4

6. При остром лейкозе наиболее характерными показателями периферической крови являются:

- №1 анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных форм;
- №2 умеренная анемия, тромбоцитоз, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме до миелоцитов;
- №3 умеренная анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- №4 эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом;
- №5 нормальное количество эритроцитов и тромбоцитов, небольшая лейкопения без особых сдвигов в лейкограмме.

Ответ: 1

7. В период полной ремиссии острого лейкоза в миелограмме бластные клетки не должны превышать:

- №1 1 %;

№2 5 %;

№3 10 %;

№4 20 %;

Ответ: 2

8. Под определением “клоновое” происхождение лейкозов понимают:

№1 приобретение клетками новых свойств;

№2 анаплазия гемопоэтических клеток;

№3 потомство мутированной клетки;

№4 разнообразие форм лейкозных клеток;

№5 все перечисленное.

Ответ: 3

9. В дифференциальной диагностике агранулоцитоза и острого лейкоза по периферической крови имеет значение:

№1 степень нейтропении;

№2 наличие лейкопении;

№3 наличие токсической зернистости в нейтрофилах;

№4 отсутствие бластов;

№5 все перечисленное.

Ответ: 4

10. Для хронического лимфолейкоза стадии А (по Binnet) не характерно одно из перечисленного:

№1 нормальное количество эритроцитов с небольшим лейкоцитозом;

№2 снижение Нв менее 100г/л;

№3 нормальное количество тромбоцитов с небольшим лейкоцитозом;

№4 отсутствие гепатоспленомегалии;

№5 лимфоцитоз на фоне незначительного лейкоцитоза.

Ответ: 2

11. Для терминальной стадии хронического миелолейкоза (фазы бластного криза) характерны все перечисленные признаки, за исключением:

№1 бластемия, анемия, тромбоцитопения;

№2 лихорадка;

№3 исчезновение Филадельфийской хромосомы;
№4 рост селезенки и печени;
№5 похудание.
Ответ: 3

12. Для одного из вариантов острого лейкоза характерен резко выраженный геморрагический синдром с самого начала:

№1 миелобластный;
№2 промиелоцитарный;
№3 лимфобластный;
№4 недифференцированный;
№5 плазмобластный.
Ответ: 2

13. Один из клинических признаков не характерен для терминальной стадии хронического миелолейкоза:

№1 лихорадка;
№2 похудание;
№3 уменьшение размеров печени и селезенки;
№4 гепатоспленомегалия;
№5 геморрагический синдром.
Ответ: 3

14. Субстратом опухоли при остром лейкозе являются клетки:

№1 любого класса кроветворения;
№2 1-4 классов;
№3 5-6 классов;
№4 1-3 классов.
Ответ: 2

15. Термин «гематосаркома» свидетельствует о:

№1 первичном поражении опухолью периферического органа кроветворения;
№2 наличии опухолевых клеток в периферической крови;
№3 скорости прогрессирования заболевания;
№4 первичном поражении опухолью костного мозга;
№5 наличии опухолевых клеток в костном мозге.
Ответ: 1

16. Цитохимическая характеристика лимфобластов включает:

№1 пероксидаза положительная;
№2 гликоген положительный в крупногранулярной форме.
Ответ: 2

17. Критерием острого лейкоза является:

№1 содержание бластных элементов в миелограмме более 10%;
№2 гепатоспленомегалия;
№3 обнаружение бластных форм в периферической крови;
№4 бластоз в костном мозге более 20%;
№5 быстрое прогрессирование клиники заболевания.
Ответ: 4

18. Выберите характерное описание спленомегалии при ХМЛ:

№1 плотная, болезненная, бугристая, в подреберье;
№2 мягкая, эластичная, безболезненная;
№3 выраженная спленомегалия, безболезненная, плотная;
№4 незначительная спленомегалия, мягкая, болезненная.
Ответ: 3

19. В понятие «гиперпластического синдрома» при остром лейкозе не входит:

№1 лихорадка;
№2 лимфаденопатия;
№3 гепатоспленомегалия;
№4 нейрорлейкемия;
№5 поражение опухолью яичек.
Ответ: 1

20. К диагностическим критериям ХЛЛ относится все, за исключением:

№1 лимфоцитоза в костном мозге 30% и более;
№2 клоновости лимфоцитов;
№3 абсолютного лимфоцитоза в периферической крови $10 \cdot 10^9/\text{л}$ и более;
№4 тени Боткина-Гумпрехта;
Ответ: 4

Тема 4. Симптоматология геморрагических диатезов: нормальный гемостаз и его нарушения, классификация, основные клинические синдромы (6 семестр)

1. Клинико-лабораторная диагностика гемофилий основана на всем перечисленном, кроме:

- №1 определение АЧТВ;
- №2 определения дефицита факторов свертывания крови;
- №3 наличия гематомного типа геморрагического синдрома;
- №4 определения агрегации тромбоцитов с коллагеном.

Ответ: 4

2. При гемофилии А и В наблюдается особый вариант геморрагического синдрома:

- №1 петехиально-синячковый;
- №2 гематомный;
- №3 гематомно-петехиальный;
- №4 васкулитно-пурпурный;
- №5 ангиоматозный.

Ответ: 2

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

- №1 АЧТВ;
- №2 протромбинового индекса;
- №3 тромбинового времени;
- №4 агрегации тромбоцитов;

Ответ: 4

4. Какие тесты отражают внутренний механизм свертывания крови?

- №1 АЧТВ;
- №2 протромбиновое время
- №3 тромбиновое время;
- №4 определение уровня фибриногена;

Ответ: 1

5. Какой из тестов отражает внешний механизм свертывания крови?

- №1 протромбиновое время;
- №2 АЧТВ;
- №3 АКТ;
- №4 тромбиновое время;
- №5 уровень фибриногена.

Ответ: 1

6. Какой дефицит факторов VIII и IX соответствует легкой форме гемофилии:

- №1 0 – 3%;
- №2 3 – 5%;
- №3 5 – 10%;
- №4 10 – 15%.

Ответ: 3

7. Для какого вида геморрагических диатезов характерны кровоизлияния в суставы:

- №1 тромбастения Гланцмана;
- №2 болезнь Виллебранда;
- №3 гемофилия А;
- №4 идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.

Ответ: 3

8. Дефицит какого фактора свертывания крови наблюдается при гемофилии В:

- №1 фактора VIII;
- №2 фактора IX;
- №3 фактора XIII;
- №4 фактор X.

Ответ: 2

9. Какова причина развития ДВС-синдрома при кровопотере:

- №1 гипоксия и ацидоз;
- №2 уменьшение синтеза естественных антикоагулянтов;
- №3 уменьшение синтеза активаторов фибринолиза;
- №4 уменьшение синтеза ингибиторов фибринолиза.

Ответ: 1

10. При какой степени кровопотери развивается ДВС-синдром:

- №1 5% ОЦК;
- №2 2% ОЦК;
- №3 10% ОЦК;
- №4 40% ОЦК.

Ответ: 4

11. Возможны следующие типы геморрагического синдрома:

- №1 петехиально-синячковый;
- №2 гематомный и гематомно-петехиальный тип;
- №3 васкулитно-пурпурный;
- №4 ангиоматозный;
- №5 все перечисленные.

Ответ: 5

12. Патогенетической причиной развития иммунной тромбоцитопении является:

- №1 активация системы комплимента;
- №2 иммунокомплексный синдром;
- №3 появление аутоантител к тромбоцитам;
- №4 дефицит тромбомодулина;
- №5 наследственный дефицит C-3b-субкомпонента комплимента.

Ответ: 3

13. Какова концентрация тромбоцитов в крови здорового человека:

- №1 $150 \times 10^9 - 400 \times 10^9 / \text{л}$;
- №2 $350 \times 10^9 - 600 \times 10^9 / \text{л}$;
- №3 $100 \times 10^9 - 250 \times 10^9 / \text{л}$;
- №4 $50 \times 10^9 - 100 \times 10^9 / \text{л}$.

Ответ: 1

14. Каковы причины тромбоцитопатий:

- №1 понижение продукции тромбоцитов;
- №2 ускорение разрушения и потребления тромбоцитов;
- №3 перераспределение тромбоцитов в кровотоке;
- №4 дефект структуры IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Ответ: 4

15. Чему равно время свертывания крови по Ли-Уайт:

№1 15 – 18 минут;

№2 12 – 15 минут;

№3 8 – 12 минут;

№4 5 – 10 минут.

Ответ: 4

16. Каковы нормальные значения времени кровотечения по Дюке?

№1 10 – 12 минут;

№2 12 – 14 минут;

№3 6 – 10 минут;

№4 2 – 4 минут;

№5 5 – 8 минут.

Ответ: 4

17. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

№1 ангиоматозный

№2 васкулитно-пурпурный

№3 гематомный

№4 смешанный

№5 петехиально-экхимозно-пятнистый

Ответ: 5

18. Геморрагический микротромбоваскулит является заболеванием:

№1 сцепленным с X-хромосомой

№2 аллергическим

№3 иммунодефицитным

№4 иммунокомплексным

Ответ: 4

19. Тип кровоточивости при геморрагической микротромбоваскулите:

№1 петехиально-экхимозный

№2 гематомный

№3 смешанный

№4 васкулитно-пурпурный

Ответ: 4

**20. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после
легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в
области**

правого бедра:

№1 геморрагический васкулит

№2 болезнь Верльгофа

№3 гемофилия

№4 болезнь Рандю-Ослера

Ответ: 3

Тема 5. Организация службы крови. Донорство. Категории доноров. Медицинское освидетельствование донора. Обеспечение безопасности донорской крови. (5 семестр)

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №1

Ф.И.О. донора

Забавина Л.В.

Дата заполнения: 20.02.14

Возраст (полное число лет)

31

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Булочка, чай	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?		+
Какие? _____ (указать)		
7. Производились ли прививки? Грипол - 08.02.14	+	
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		
Если "ДА", по какому поводу У гастроэнтеролога, по поводу хронического некалькулезного холецистита	+	
Б. За прошедшие 6 месяцев:		+
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		+
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. Крово(плазма)дачи? (нужное подчеркнуть)		+
Если "ДА", указать дату последней _____		+
6. Были ли отводы от кроводач? _____		+
		+

Если "ДА", указать дату и причину отвода		+
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		
Если "ДА", указать дату и название страны		+
		+
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации 10.02.14		+
	(указать)	
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		+
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		

A(II)Rh пол.; Kell отр.; Hb -130г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №2

Ф.И.О. донора

Петров И.В.

Дата заполнения: 18.02.14

Возраст (полное число лет)

40

Пол

мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Кофе	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? Омепразол (профилактика ГЭРБ)		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+

3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i> Гонорея 2008г	+	
5. Крово (плазма) дачи? <i>(нужное подчеркнуть)</i> Если "ДА", указать дату последней <u>16.12.2013.</u>	+	
6. Были ли отводы от кроводач? Если "ДА", указать дату и причину отвода <u>Прием алкоголя</u>	+	
7. Выезд за рубеж за последние 3 года? Если "ДА", указать дату и название страны _____		+
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации _____ <i>(указать)</i>		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

B(III)Rh положительный; Kell положительный.; Hb -165г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №3

Ф.И.О. донора Петров В.И. Дата заполнения: 18.02.2014.

Возраст *(полное число лет)* 23 Пол мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>поливитамины</u> <i>(указать)</i>		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача? Если "ДА", по какому поводу _____ <i>(указать)</i>		+
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+

3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку? июнь 2012	+	
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
5. Крово (<u>плазма</u>) дачи? <i>(нужное подчеркнуть)</i> Если "ДА", указать дату последней <u>15.01.2014</u>	+	
6. Были ли отводы от кроводач? _____ Если "ДА", указать дату и причину отвода _____		+
7. Выезд за рубеж за последние 3 года? Если "ДА", указать дату и название страны _____		+
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации _____ <i>(указать)</i>		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

A(II)Rh положительный; Kell отрицательный; Hb -134г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №4

Ф.И.О. донора

Сидорова Л.И.

Дата заполнения: 18.02.2014.

Возраст *(полное число лет)*

33

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>поливитамины</u> <i>(указать)</i>		
7. Производились ли прививки?		+

8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. Крово(плазма)дачи? (нужное подчеркнуть)		+
Если "ДА", указать дату последней _____		
6. Были ли отводы от кроводач? _____	+	
Если "ДА", указать дату и причину отвода 23.07.13 - анемия _____		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны _____		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации 12.02.14 -17.02.14. _____ (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

O(I) Rh отрицательная; Kell отрицательная; Hb -118г/л.

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.

2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №5

Ф.И.О. донора

Пугачева А.Б.

Дата заполнения: 15.03.2014

Возраст (полное число лет)

56

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле,		+

насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>эксфорж</u>		
<i>(указать)</i>		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		
Если "ДА", по какому поводу <u>ГБ Ц, АГ 2степени, риск 3</u>		
<i>(указать)</i>		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
5. Крово(плазма)дачи? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
Если "ДА", указать дату последней		
6. Были ли отводы от кроводач?		
Если "ДА", указать дату и причину отвода		+
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации <u>менопауза</u>		
<i>(указать)</i>		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		+

A(II)Rh положительная; Kell отрицательная; Hb -156г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №6

Ф.И.О. донора

Петрова А.В.

Дата заполнения: 13.05.2014

Возраст (полное число лет)

66

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?		+
Какие? _____ (указать)		+
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. <u>Крово</u> (плазма)дачи? (нужное подчеркнуть)	+	
Если "ДА", указать дату последней _____ 10.01.2014		
6. Были ли отводы от кроводач? _____		+
Если "ДА", указать дату и причину отвода _____		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны _____		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации _____ менопауза (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		+
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

O(I) Rh отрицательная; Kell отрицательная; Hb -130г/л.

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.

2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №7

Ф.И.О. донора

Листов З.К.

Дата заполнения 20.02.14

Возраст (полное число лет)

56

Пол

мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?		+
Какие? _____ (указать)		+
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. Крово(плазма)дачи? (нужное подчеркнуть)	+	
Если "ДА", указать дату последней _____ 17.12.13		
6. Были ли отводы от кроводач? _____		
Если "ДА", указать дату и причину отвода _____		+
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		
Если "ДА", указать дату и название страны _____		+
Г. Дополнительно для женщин:		

1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации _____ (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		

B(III) Rh отрицательный; Kell отрицательный; Hb -176г/л.

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.

2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №8

Ф.И.О. донора

Иванов А.П.

Дата заполнения: 17.02.2014

Возраст (полное число лет)

32

Пол

мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу?		+
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>Аспирин 12.02.14</u> (указать)		
7. Производились ли прививки? <u>Грипол 12.02.14</u>	+	
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. Крово(плазма)дачи? (нужное подчеркнуть) Если "ДА", указать дату последней <u>28.01.14</u>	+	
6. Были ли отводы от кроводач? _____		

Если "ДА", указать дату и причину отвода _____		+
7. Выезд за рубеж за последние 3 года? Если "ДА", указать дату и название страны _____		+
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации _____ (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

A(II) Rh положительный; Kell отрицательный; Hb -135/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №9

Ф.И.О. донора

Петрова Е.С.

Дата заполнения: 18.02.14

Возраст (полное число лет)

31

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Чай	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?		+
Какие? _____ (указать)		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+

3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть) урогенитальный трихомоноз в 2007г.	+	
5. Крово (плазма)дачи? (нужное подчеркнуть) Если "ДА", указать дату последней <u>22.10.13</u>	+	
6. Были ли отводы от кроводач? Если "ДА", указать дату и причину отвода <u>анемия – 14.08.2012.</u>	+	
7. Выезд за рубеж за последние 3 года? Если "ДА", указать дату и название страны _____		+
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации <u>03.02.14-07.02.14</u> (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

A(II) Rh отрицательный; Kell отрицательный; Hb -139г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №10

Ф.И.О. донора

Иванов Е.М.

Дата заполнения: 17.02.14

Возраст (полное число лет)

45

Пол

мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Чай, печенье, хлеб с джемом	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>Пентальгин, аскорутин 15.02.2014</u> (указать)		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача? Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		+
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+

2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки? 2008г –голодный обморок на фоне голодания	+	
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
5. Крово(<u>плазма</u>)дачи? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		
Если "ДА", указать дату последней	10.01.2014	
6. Были ли отводы от кроводач?	23.05.13 – гипопроотеинемия 08.03.12 -гипопроотеинемия	+
Если "ДА", указать дату и причину отвода		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации		
	<i>(указать)</i>	
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		

AB(IV) Rh положительный; Kell отрицательный; Hb -152г/л.

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.

2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №11

Ф.И.О. донора

Мосин А.В.

Дата заполнения: 19.02.14

Возраст *(полное число лет)*

30

Пол

мужской

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Хлеб, чай	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? СаD3никомед		
	<i>(указать)</i>	

7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу _____ (указать)		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? (нужное подчеркнуть)		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть)		+
5. Крово(плазма)дачи? (нужное подчеркнуть)		
Если "ДА", указать дату последней _____ 01.02.14	+	
6. Были ли отводы от кроводач? _____ ОРЗ	+	
Если "ДА", указать дату и причину отвода _____		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны _____		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
2. Срок последней менструации _____ (указать)		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину _____		

AB(IV) Rh положительный; Kell отрицательный; Hb -170г/л.

Задачи по трансфузиологии

1. Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.

2. При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №12

Ф.И.О. донора

Белова Э.Ю.

Дата заполнения: 20.02.14

Возраст (полное число лет)

17

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	

2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Чай с печеньем	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? Метамизол натрия		
<i>(указать)</i>		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?		+
Если "ДА", по какому поводу		
<i>(указать)</i>		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
5. Крово(плазма)дачи? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
Если "ДА", указать дату последней		
6. Были ли отводы от кроводач?		+
Если "ДА", указать дату и причину отвода		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации 07.02.14-10.02.14		
<i>(указать)</i>		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		+

AB(IV) Rh отрицательная; Kell отрицательная; Hb -128г/л.

Задачи по трансфузиологии

- Оцените заполненную потенциальным донором типовую анкету, данные первичного определения группы крови и уровень гемоглобина.
- При наличии, укажите вид противопоказания (относительное/абсолютное), дайте рекомендации.

АНКЕТА ДОНОРА №13

Ф.И.О. донора

Сидорова М.А.

Дата заполнения: 18.02.14

Возраст (полное число лет)

25

Пол

женский

А. Общее состояние здоровья	Да	Нет
1. Общее самочувствие в настоящее время хорошее?	+	
2. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? Чай с печеньем	+	
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?		+
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?		+
6. Принимали ли за последний месяц лекарства?	+	
Какие? <u>Джес</u>		
<i>(указать)</i>		
7. Производились ли прививки?		+
8. Наблюдаетесь ли сейчас у врача?	+	
Если "ДА", по какому поводу Хронический пиелонефрит единственной почки, вне обострения.		
<i>(указать)</i>		
Б. За прошедшие 6 месяцев:		
1. Производили ли Вам инъекции лекарств?		+
2. Подвергались ли Вы хирургической операции?		+
3. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов?		+
4. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?		+
5. Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
В. Были ли у Вас когда-нибудь:		
1. Потеря веса?		+
2. Ночные поты?		+
3. Обмороки?		+
4. Гепатит, венерические заболевания? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
5. Крово(плазма)дачни? <i>(нужное подчеркнуть)</i>		+
Если "ДА", указать дату последней		
6. Были ли отводы от кроводач?		+
Если "ДА", указать дату и причину отвода		
7. Выезд за рубеж за последние 3 года?		+
Если "ДА", указать дату и название страны		
Г. Дополнительно для женщин:		
1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		+
2. Срок последней менструации 09.02.14-14.02.14		
<i>(указать)</i>		
3. Состоите ли Вы на диспансерном учете?		

Если "ДА", указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину		+

O(I) Rh отрицательная; Kell отрицательная; Hb -124г/л

Тема 6. Антигенные системы эритроцитов. Система ABO, Резус (5 семестр)

1. Определение группы крови с помощью цоликлонов проводится с экспозицией:

- №1 1 мин
- №2 3 мин
- №3 5 мин
- №4 7 мин
- №5 10 мин
- Ответ: 2

2. Оптимальное соотношение цоликлонов и эритроцитов при определении группы крови системы ABO:

- №1 5:1
- №2 10:1
- №3 2:1
- №4 1:2
- №5 3:1
- Ответ: 2

3. Если при определении группы крови наблюдается агглютинация с цоликлоном анти-A и анти-B, для подтверждения результата проводится контроль с:

- №1 10% желатином
- №2 33% полиглюкином
- №3 дистиллированной водой
- №4 стандартной сывороткой AB (IV)
- №5 0,9% NaCl
- Ответ: 5

4. Определите группу крови, если агглютинация произошла только с цоликлоном анти-A

- №1. O (I)
- №2. AB (IV)
- №3. B (III)

№4. А (II)

№5. группа крови не определяется

Ответ: 4

5. Определите группу крови, если агглютинация произошла только с цоликлоном анти-В

№1. О (I)

№2. АВ (IV)

№3. группа крови не определяется

№4. В (III)

№5. А (II)

Ответ: 4

6. Определите группу крови, если агглютинация не произошла ни с цоликлоном анти-А, ни с цоликлоном анти-В

№1. О (I)

№2. АВ (IV)

№3. группа крови не определяется

№4. В (III)

№5. А (II)

Ответ 1

7. Для определения группы крови системы АВО с помощью цоликлонов используется все, кроме:

№1. цоликлона анти-А

№2. цоликлона анти-В

№3. цоликлона анти-D

№4 0,9% NaCl

№5. цоликлона анти-АВ

Ответ: 3

8. Перед прочтением результата реакции при определении группы крови системы АВО надо в каждую каплю, где произошла агглютинация добавить:

№1. 10% желатин

№2. 33% полиглюкин

№3. дистиллированную воду

№4. стандартную сыворотку АВ (IV)

№5. 0,9% NaCl

Ответ: 5

9. Резус-отрицательный донор – это донор:

№1 не имеющий ни одного из больших резус-антигенов;

№2 имеющий сDe-фенотип;

№3 имеющий DСe-фенотип;

№4 имеющий dсЕ-фенотип.

Ответ 1

10. Резус-антиген обнаруживается:

№1 в плазме крови

№2 на мембране лейкоцитов

№3 на мембране тромбоцитов

№4 на мембране эритроцитов

Ответ: 4

11. Наибольшей антигенной силой обладает антиген:

№1 D

№2 C

№3 E

№4 c

№5 e

Ответ: 1

12. Цоликлоны, применяемые для определения групп крови, это:

№1 анти-А и анти-В антитела сыворотки крови человека

№2 антигены А и В эритроцитов человека

№3 моноклональные антитела к А- и В-антигенам эритроцитов человека

Ответ: 3

13.Раципиенту с группой крови 0 можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 5

14. Раципиенту с группой крови А можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 2

15. Раципиенту с группой крови В можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 3

16. Реципиенту с группой крови АВ можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 1

17. Донорскую кровь группы 0 можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 1

18. Донорскую кровь группы А можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 2, 4

19. Донорскую кровь группы В можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 3, 4

20. Донорскую кровь группы АВ можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 4

Тема 1. Анемии: железодефицитная, мегалобластная, гемолитическая. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение (8 семестр)

1. При железодефицитной анемии в гемограмме может возникать все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 гипохромия эритроцитов;
- №2 анизо–пойкилоцитоз;
- №3 уровень МСН ниже референсных значений;
- №4 гиперсегментация ядер нейтрофилов.

Ответ: 4

2. Показателем, наиболее точно отражающим запасы железа в организме, является:

- №1 ферритин;
- №2 общая железосвязывающая способность сыворотки;
- №3 железо сыворотки крови;
- №4 коэффициент насыщения трансферрина.

Ответ: 1

3. Исследование кровопотери из желудочно-кишечного тракта при помощи анализа кала на скрытую кровь показано при:

- №1 раке прямой кишки с меленой;
- №2 подозрении на желудочно-кишечное кровотечение;
- №3 гиперполименореи.

Ответ: 2

4. Определение содержания железа и ферритина в сыворотке крови производят:

- №1 перед месячными;
- №2 в период приемов препаратов железа;
- №3 спустя 1 день после отмены препаратов железа;
- №4 спустя неделю после отмены препаратов железа.

Ответ: 4

5. Выберите неверное утверждение:

- №1 при железодефицитной анемии снижено количество сидербластов в костном мозге;
- №2 при железодефицитной анемии возрастает выделение железа с мочей в десфераловом тесте;
- №3 при железодефицитной анемии повышена общая железосвязывающая способность сыворотки;
- №4 отмечается снижение уровня ферритина.

Ответ: 2

6. Для талассемии и железодефицитной анемии является общим признаком:

- №1 повышение уровня фетального гемоглобина;
- №2 гипербилирубинемия;

- №3 мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов;
- №4 гипохромия эритроцитов;
- № ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза.

Ответ: 4

7. Основной формой депонирования железа является:

- №1 гем;
- №2 трансферрин;
- №3 ферритин;
- №4 протопорфирин.

Ответ: 3

8. Клиническими проявлениями сидеропенического синдрома являются все, КРОМЕ:

- №1 геморрагий;
- №2 ангулярного стоматита;
- №3 извращения вкуса и обоняния;
- №4 глоссита.

Ответ: 1

9. Решающим фактором, определяющим всасывание железа, является:

- №1 общее количество железа в продукте;
- №2 содержание железа в виде гема;
- №3 нормальная секреция соляной кислоты в желудке;
- №4 нормальная секреция пепсина.

Ответ: 2

10. Терапия В12-дефицитной анемии средней степени тяжести (Hb 85г/л) включает в себя:

- №1 щадящую диету;
- №2 пероральный прием препаратов железа;
- №3 трансфузию эритроцитарной массы;
- №4 в/в введение цианокобаламина.

Ответ: 4

11. При железодефицитной анемии средней степени тяжести препараты железа следует применять:

- №1 1 неделю;
- №2 2 недели;
- №3 1 месяц;
- №4 1,5 – 2 месяца.

Ответ: 4

12. К побочным эффектам при приеме железа относится:

- №1 диспептический синдром (поносы, запоры);
- №2 желтуха;
- №3 задержка мочи;
- №4 вестибулярные нарушения;
- №5 полинейропатии.

Ответ: 1

13. Препаратом для парентерального введения является:

- №1 Феринжент;
- №2 Тотема;
- №3 Сорбифер Дурулес.

Ответ: 1

14. Беременным с железодефицитной анемией следует:

- №1 включить в диету красную рыбу, гранат, морковь;
- №2 принимать препарат железа перорально до родов и весь период кормления ребенка грудью;
- №3 сделать 10 внутривенных инъекций препарата железа;
- №4 перелить эритроцитарную массу перед родами.

Ответ: 2

15. В12-дефицитная анемия относится в следующую группу патофизиологической классификации:

- №1 анемии, вследствие острой кровопотери;
- №2 анемии, вследствие нарушения образования и созревания эритроцитов (дизэритропоэтические);
- №3 анемии, вследствие повышенного кроверазрушения.

Ответ: 2

16. К причинам, развития В12-дефицитной анемии относится:

- №1 гиперполименорея;
- №2 аллергия на пыльцу;
- №3 дивертикулез кишечника;
- №4 постоперационный период аппендэктомии.

Ответ: 3

17. Тельца Жолли – это:

- №1 внутриклеточные микроорганизмы;
- №2 гранулы гемосидерина;
- №3 остатки ядра мегалоцита;
- №4 остатки цитоплазмы эритроцита.

Ответ: 3

18. Для клинической картины В12-дефицитной анемии характерно:

- №1 нарушение болевой и тактильной чувствительности;
- №2 желание есть мел, известку;
- №3 койлонихии;
- №4 участки гиперпигментации кожи;
- №5 увеличение лимфатических узлов.

Ответ: 1

19. Выполнение стеральной пункции при подозрении на В12-дефицитную анемию:

- №1 абсолютно неинформативно;
- №2 необязательно;
- №2 обязательно.

Ответ: 2

20. Через какой период времени от начала терапии В12-дефицитной анемии необходим контроль показателей общего анализа крови:

- №1 2-3 дня;
- №2 5-8 дней;
- №3 через 1 месяц;
- №4 через 2 – 3 месяца.

Ответ: 2

Тема 2. Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз, истинная полицитемия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение (8 семестр)

1. Термин «гематосаркома» свидетельствует о:

- №1 скорости прогрессирования заболевания;
- №2 первичном поражении опухолью периферического органа кроветворения;
- №3 первичном поражении опухолью костного мозга;
- №4 наличии опухолевых клеток в периферической крови;
- №5 наличии опухолевых клеток в костном мозге.

Ответ: 2

2. К миелоидному ряду относятся:

- №1 лимфоциты и гранулоциты;
- №2 лейкоциты, лимфоциты и тромбоциты;
- №3 гранулоциты, эритроциты и мегакарициты;
- №4 плазматические клетки.

Ответ: 3

3. Клеточный субстрат хронического миелолейкоза составляют:

- №1 эритробласты;
- №2 мегакариоциты;
- №3 преимущественно гранулоциты;
- №4 зрелые и созревающие лимфоциты.

Ответ: 3

4. В анализах крови в хроническую фазу ХМЛ наблюдаются все следующие изменения, КРОМЕ:

- №1 эозинофильно-базофильной ассоциации;
- №2 нормального или умеренно повышенного числа тромбоцитов;
- №3 содержания бластных клеток, превышающих 20%;
- №4 нейтрофильного гиперлейкоцитоза со сдвигом до незрелых форм.

Ответ: 3

5. Поликлоновое поражение костного мозга характерно для одной из стадий хронического миелолейкоза:

- №1 ранней хронической;
- №2 поздней хронической;
- №3 акселерации;
- №4 бластного криза.

Ответ: 4

6. Для дифференциального диагноза хронического миелолейкоза и лейкомоидной реакции инфекционного генеза необходимо:

- №1 проведение НБТ-теста;
- №2 определение щелочной фосфатазы нейтрофилов;
- №3 анализ миелограммы.

Ответ: 2

7. Среди данных утверждений верны все, КРОМЕ:

- №1 Ph-хромосома выявляется у 95% больных ХМЛ;
- №2 Ph-хромосома является следствием делеции 22 пары хромосомы;
- №3 Ph-хромосома образуется в результате обмена участками хромосом между 9 и 22 парами хромосом;
- №4 Ph-хромосома у большинства больных кодирует синтез белка p210.

Ответ: 2

8. При хроническом миелолейкозе в хронической стадии характерными признаками в общем анализе крови является все, КРОМЕ:

- №1 сдвиг влево до метамиелоцитов и миелоцитов;
- №2 базофильно-эозинофильная ассоциация;
- №3 тромбоцитопения;
- №4 увеличение числа лейкоцитов.

Ответ: 3

9. Для терминальной стадии (бластного криза) хронического миелоидного лейкоза характерны все следующие признаки, КРОМЕ:

- №1 увеличение тени средостения;
- №2 увеличение селезенки;
- №3 увеличение печени;
- №4 лейкоэмические инфильтраты в коже.

Ответ: 1

10. Для хронического миелолейкоза характерны все признаки, КРОМЕ:

- №1 теней цитолiza в периферической крови;
- №2 спленомегалии;
- №3 наличия Ph-хромосомы;
- №4 снижения активности щелочной фосфатазы нейтрофилов.

Ответ: 1

11. Для фазы акселерации ХМЛ характерно все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 повышенного содержания базофилов в крови и костном мозге;
- №2 резистентности к ранее проводимой терапии;
- №3 тотальной бластной инфильтрации костного мозга;
- №4 анемии и часто тромбоцитопении.

Ответ: 3

12. Наиболее приемлемой терапевтической тактикой в терминальной стадии (бластном кризе) ХМЛ является:

- №1 монотерапия преднизолоном;
- №2 монотерапия иматинибом;
- №3 полихимиотерапия;
- №4 облучение селезенки.

Ответ: 2

13. Больной хроническим миелолейкозом обратился за помощью с жалобами на резкую боль в селезенке и ее увеличение. Объективно: при пальпации проекции селезенки защитное напряжение мышц, выраженная боль, селезенка в размерах увеличена, пульсирующая. При аускультации – шум трения. Какое осложнение следует заподозрить:

- №1 острый панкреатит;
- №2 рефлексорная спленомегалия;
- №3 острый гепатит;
- №4 инфаркт селезенки.

Ответ: 4

14. При неэффективности терапии ингибиторами тирозинкиназ первой линии, больному с высокой группой риска при ХМЛ показана:

- №1 терапия Гидреа в сочетании с альфа-интерфероном;
- №2 циклофосан + онковир + преднизолон;
- №3 терапия нилотинибом или дазатинибом с последующей трансплантацией костного мозга;
- №4 монотерапия миелосаном с последующей трансплантацией костного мозга.

Ответ: 3

15. Основным критериям истинной полицитемии относятся:

- №1 уровень сывороточного эритропоэтина ниже нормы;
- №2 панмиелоз;
- №3 повышение гемоглобина у мужчин более 180г/л;
- №4 участки фиброза в трепанобиоптате.

Ответ: 2

16. При трансплантации аллогенного костного мозга больным ХМЛ характерным является все, КРОМЕ:

- №1 проводится при наличии HLA-совместимых доноров;
- №2 проводится в хроническую фазу заболевания;
- №3 рекомендуется проведение в возрасте до 50 лет;
- №4 выздоровление 100% больных ХМЛ.

Ответ: 4

17. Для клинической картины бластного криза при ХМЛ характерно все, КРОМЕ:

- №1 преобладания бластных клеток в периферической крови или костном мозге;
- №2 высокой чувствительности к химиотерапии;
- №3 выраженной анемии;
- №4 оссалгий.

Ответ: 2

18. Эритромелалгия – это:

- №1 носовое кровотечение;
- №2 пятнистая бело-красная окраска кожи пальцев кистей рук;
- №3 багрово-красный цвет пальцев кистей рук;
- №4 жгучие боли в кончиках пальцев.

Ответ: 4

19. Для клинической картины истинной полицитемии характерно все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 ксеростомии;
- №2 артериальной гипертензии;

- №3 спленомегалии;
- №4 приступов стенокардии.

Ответ: 1

20. В основе патогенеза истинной полицитемии лежит:

- №1 метаплазия жировой ткани в трубчатых костях в красный костный мозг
- №2 появление очагов кроветворения в печени и селезенке
- №3 трехростковая гиперплазия костного мозга.
- №4 гиперплазия мегакариоцитарного ростка

Ответ: 3

Тема 3. Лимфопролиферативные заболевания: хронический лимфолейкоз, В-клеточные лимфомы. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение (8 семестр)

1. Выберите верное утверждение:

- №1 при хроническом лимфолейкозе возраст большинства больных меньше 40 лет;
- №2 при хроническом лимфолейкозе большинство больных – дети;
- №3 при хроническом лейкозе заболеваемость женщин в два раза выше, чем мужчин;
- №4 при хроническом лейкозе с возрастом заболеваемость возрастает;
- №5 при хроническом лимфолейкозе отмечается увеличение частоты заболеваемости при контакте с бензолом.

Ответ: 4

2. В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит:

- №1 характер течения заболевания;
- №2 возраст больных;
- №3 степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
- №4 степень зрелости морфологического субстрата опухоли (молодые и зрелые клетки).

Ответ: 4

3. В большинстве случаев клетки субстрата при ХЛЛ представлены:

- №1 Т-хелперами;
- №2 Т-супрессорами;
- №3 В-лимфоцитами;
- №4 плазматическими клетками;
- №5 моноцитами.

Ответ: 3

4. В лимфопролиферативный синдром входит все, КРОМЕ:

- №1 фебрильная температура тела;
- №2 лимфаденопатия;
- №3 спленомегалия.

Ответ: 1

5. Наиболее сложно проводить дифференциальную диагностику хронического лимфолейкоза с одним из указанных заболеваний:

- №1 мелкоклеточными неходжкинскими лимфомами;
- №2 лимфомой Ходжкина;
- №3 гаптеновым агранулоцитозом;
- №4 острым лейкозом;
- №5 инфекционным мононуклеозом.

Ответ: 1

6. Для хронического лимфолейкоза стадии А (по Binet) характерно:

- №1 Hb более 100г/л, тромбоциты более 100тыс/мкл, поражено 1-2 лимфатические области;
- №2 Hb более 100г/л, тромбоциты более 100тыс/мкл, поражено 3 и более лимфатических областей;
- №3 Hb менее 100г/л или тромбоциты менее 100тыс/мкл.

Ответ: 1

7. Одним из проявлений хронического лимфолейкоза может быть:

- №1 гиперкальциемия;
- №2 гемолитическая анемия;
- №3 гинекомастия;
- №4 базофилия крови;
- №5 остеолитические очаги.

Ответ: 2

8. Характерный иммунологический фенотип патологических клеток при В-ХЛЛ:

- №1 CD10+/CD15+;
- №2 CD19-/CD38+;
- №3 CD19+/CD5+/CD23+;
- №4 CD25+/CD103+.

Ответ: 3

9. Характерным для гемограммы при хроническом лимфолейкозе является:

- №1 эритроцитоз;
- №2 абсолютная нейтропения;
- №3 абсолютный лимфоцитоз;
- №4 лейкопения.

Ответ: 3

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

- №1 гиперлейкоцитозом;
- №2 лейкопенией;
- №3 дефектами иммунного ответа;
- №4 анемией.

Ответ: 3

11. В начальной стадии хронического лимфолейкоза не выявляется:

- №1 лейкоцитоз;
- №2 относительная нейтропения;
- №3 базофилия;
- №4 лимфоцитоз.

Ответ: 3

12. У больных ХЛЛ проводят курсы полихимиотерапии по программе:

- №1 протокол Хельцера;
- №2 схема «7+3»;
- №3 схема FC (флюдарабин+циклофосфан);
- №4 схема ABVD.

Ответ: 3

13. У пациента выявлено системное увеличение лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, иктеричность склер. В общем анализе крови: RBC $2,4 \times 10^{12}/л$, Hg 58г/л, PLT $145 \times 10^9/л$, Rt 20%, WBC $56 \times 10^9/л$, п - 1%, с - 7%, л - 87%, м - 5%, СОЭ 55мм/ч. Развитие какого осложнения основного заболевания можно предположить:

- №1 апластическая анемия;
- №2 агранулоцитоз;
- №3 токсическая нейтропения;
- №4 В12-дефицитную анемию;
- №5 приобретенную гемолитическую анемию.

Ответ: 5

14. Для химиотерапии ХЛЛ применяется все, КРОМЕ:

- №1 лейкерана;
- №2 миелосана;
- №3 циклофосфана;
- №4 флюдарабина.

Ответ: 2

15. К методам биотерапии хронического лимфолейкоза относятся:

- №1 антибиотикотерапия;
- №2 использование цитостатических средств;
- №3 использование моноклональных антител;
- №4 гемотрансфузия отмытых эритроцитов.

Ответ: 3

16. Что из перечисленного не относится к лимфопролиферативным заболеваниям:

- №1 множественная миелома;
- №2 фолликулярная лимфома;
- №3 Т-клеточная лимфома;
- №4 неклассифицируемая миелодисплазия.

Ответ: 4

17. Диагнозу хронический лимфолейкоз соответствует следующий результат проточной цитометрии:

- №1 менее 2000 патологических моноклональных В-клеток в 1 мкл;
- №2 менее 4000 патологических моноклональных В-клеток в 1 мкл;
- №3 менее 5000 патологических моноклональных В-клеток в 1 мкл;
- №4 более 5000 патологических моноклональных В-клеток в 1 мкл.

Ответ: 4

18. Как называются опухолевые клетки при лимфоме Ходжкина:

- №1 мегалобласты;
- №2 клетки Березовского-Рид-Штернберга;
- №3 клетки Штенгеймера-Мальбина;
- №4 клетки Боткина-Гумпрехта;
- №5 тельца Жолли.

Ответ: 2

19. Больная К, 62 года, обратилась к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, выраженную потливость. При опросе было выявлено снижение массы тела на 20кг за год, частые простудные заболевания в течение года. При пальпации определяются подмышечные и шейные лимфоузлы до 1,5см с обеих сторон, мягкоэластические, безболезненные, смещаемые. В общем анализе крови: Hg – 105 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/л$, PLT - $218 \times 10^9/л$, WBC- $89 \times 10^9/л$, лимфоцитов - 76 %. Направлена к гематологу, при проведении проточной цитометрии подтверждено наличие хронического лимфолейкоза. Наличие хронических заболеваний отрицает. Какая терапия рекомендована данному пациенту:

- №1 удаление лимфоузлов;
- №2 тактика «наблюдай и жди»;
- №3 начало полихимиотерапии;
- №4 проведение лучевой терапии.

Ответ: 3

20. Тени Боткина-Гумпрехта - это:

- №1 измененные ядра патологических лимфоцитов, разрушенных в момент приготовления мазка;
- №2 лимфопролиферативные инфильтраты внутренних органов;
- №3 гиперсегментированные нейтрофилы;
- №4 эритроциты с остатками ядер.

Ответ: 1

Тема 4. Острые лейкозы. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Особенности острых лейкозов в детском возрасте (8 семестр)

- 1. Больной 25 лет жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость. Болен в течение 2 недель. Бледен, пальпируются умеренно увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические изменения миндалин, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура - 37,3°C. В крови: Нв - 70 г/л. Лейкоциты - $10 \times 10^9/\text{л}$, бластные клетки - 76 %, СОЭ – 27 мм/час. Диагноз:**

№1 ангина Венсана;

№2 хронический лимфолейкоз;

№3 острый лейкоз;

№4 апластическая анемия;

№5 инфекционный мононуклеоз.

Ответ 3

- 2. Что в миеелограмме подтверждает острый лейкоз:**

№1 увеличение количества бластных клеток более 20%;

№2 сужение эритроцитарного ростка;

№3 уменьшение числа мегакариоцитов;

№4 все перечисленные признаки;

№5 ничто из перечисленного.

Ответ 1

- 3. Для установления варианта острого лейкоза наибольшее значение имеет:**

№1 мазок периферической крови;

№2 пунктат костного мозга;

№3 трепанобиопсия подвздошной кости;

№4 иммуноцитохимическое исследование клеток крови (костного мозга);

№5 все перечисленное.

Ответ 4

- 4. Лейкоцитоз с содержанием бластов в лейкограмме - 60 %, выраженная нормохромная анемия, тромбоцитопения периферической крови и гиперклеточный костный мозг с большим количеством бластов характерны для:**

- №1 острого лейкоза;
- №2 хронического миелолейкоза;
- №3 хронического лимфолейкоза;
- №4 лимфогранулематоза;
- №5 миеломной болезни.

Ответ 1

- 5. При остром лейкозе наиболее характерными показателями периферической крови являются:**

- №1 анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных форм;
- №2 умеренная анемия, тромбоцитоз, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме до миелоцитов;
- №3 умеренная анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- №4 эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом;
- №5 нормальное количество эритроцитов и тромбоцитов, небольшая лейкопения без особых сдвигов в лейкограмме.

Ответ 1

- 6. В период полной ремиссии острого лейкоза в миелограмме бластные клетки не должны превышать:**

- №1 1 %;
- №2 5 %;
- №3 10 %;
- №4 20 %;
- №5 нет принятых границ.

Ответ 2

- 7. Бластоз в крови более 20 % характерен для:**

- №1 мегалобластной анемии;

- №2 болезней печени и почек;
- №3 состояния после переливания крови;
- №4 острых лейкозов;
- №5 все перечисленное верно.

Ответ 4

8. Под определением “клоновое” происхождение лейкозов понимают:

- №1 приобретение клетками новых свойств;
- №2 анаплазия гемопоэтических клеток;
- №3 потомство мутированной клетки;
- №4 разнообразие форм лейкозных клеток;
- №5 все перечисленное.

Ответ: 3

9. В дифференциальной диагностике агранулоцитоза и острого лейкоза по периферической крови имеет значение:

- №1 степень нейтропении;
- №2 наличие лейкопении;
- №3 наличие токсической зернистости в нейтрофилах;
- №4 отсутствие бластов;
- №5 все перечисленное.

Ответ: 4

10. Для одного из вариантов острого лейкоза характерен резко выраженный геморрагический синдром с самого начала:

- №1 миелобластный;
- №2 промиелоцитарный;
- №3 лимфобластный;
- №4 недифференцированный;
- №5 плазмобластный.

Ответ: 2

11. Субстратом опухоли при остром лейкозе являются клетки:

- №1 любого класса кроветворения;
 - №2 1-4 классов;
 - №3 5-6 классов;
 - №4 1-3 классов.
- Ответ: 2

12. Цитохимическая характеристика лимфобластов включает:

- №1 пероксидаза положительная;
 - №2 гликоген положительный в крупногранулярной форме.
- Ответ: 2

13. В понятие «гиперпластического синдрома» при остром лейкозе не входит:

- №1 лихорадка;
 - №2 лимфаденопатия;
 - №3 гепатоспленомегалия;
 - №4 нейрорлейкемия;
 - №5 поражение опухолью яичек.
- Ответ: 1

14. Термин «лейкоз» свидетельствует о:

- №1 первичном поражении опухолью периферического органа кроветворения;
 - №2 наличии опухолевых клеток в периферической крови;
 - №3 скорости прогрессирования заболевания;
 - №4 первичном поражении опухолью костного мозга;
 - №5 наличии опухолевых клеток в костном мозге.
- Ответ: 4

15. В триаду опухолевой интоксикации входят следующие симптомы:

- №1 дневная потливость, слабость, субфебрилитет;
 - №2 фебрильная лихорадка, утомляемость, кожный зуд;
 - №3 лимфаденопатия, фебрильная лихорадка, потливость;
 - №4 головные боли, неукротимая рвота, субфебрилитет;
 - №5 фебрильная лихорадка, снижение массы тела, профузные ночные поты.
- Ответ: 5

16. Цитохимически миелобласты характеризуются всеми признаками за исключением:

- №1 пероксидазы положительной;

№2 липидов положительных;
№3 гликогена положительного в крупногранулярной форме.
Ответ: 3

17. Для клиники острого лейкоза характерно все, за исключением:

№1 лихорадки;
№2 оссалгий;
№3 очагов остеодеструкции;
№4 развития некротической ангины;
№5 геморрагического синдрома.
Ответ: 3

18. В анализе крови больного острым лейкозом не характерно наличие:

№1 тромбоцитопении;
№2 эритроцитоза;
№3 лейкоцитоза;
№4 лейкемического провала;
№5 анемии.
Ответ: 2

19. В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит:

№1 характер течения заболевания;
№2 возраст больных;
№3 степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
№4 субстрат опухоли (зрелые или молодые клетки).
Ответ: 4

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

№1 центральная нервная система;
№2 почки;
№3 поджелудочная железа;
№4 кожа.
Ответ: 1

Тема 5. Геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопатия, тромбоцитопения. Этиология патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение (8 семестр)

1. Какой вид кровоточивости сопровождается появлением выступающих над поверхностью кожи элементов пурпурного цвета, оставляющие после себя пятна бурой пигментации кожи?

- №1. Гематомный.
- №2. Петехиально-пятнистый.
- №3. Смешанный петехиально-гематомный.
- №4. Васкулитно-пурпурный.
- №5. Ангиоматозный.

Ответ: 4

2. О нарушении в каком звене системы свертывания крови свидетельствует удлинение времени кровотечения?

- №1. Сосудисто- тромбоцитарном.
- №2. Плазматических прокоагулянтов.
- №3. Фибринолитическом.
- №4. Всех перечисленных вместе.

Ответ: 1

3. Какое звено в системе свертывания крови нарушено, если имеет место удлинение протромбинового времени, а активированное частичное тромбопластиновое время не меняется?

- №1. Тромбоцитарное звено.
- №2. Дефицит фактора VII.
- №3. Дефицит факторов VIII и IX.
- №4. Дефицит факторов X, V, протромбина (II), фибриногена (I).
- №5. Фибринолитическое звено.

Ответ: 2

4. Какое звено в системе свертывания крови нарушено, если протромбиновое время нормальное, а активированное частичное тромбопластиновое время увеличено?

№1. Сосудистое звено.

№2. Дефицит фактора VII.

№3. Дефицит факторов VIII и IX.

№4. Дефицит факторов X, V, протромбина (II), фибриногена (I).

№5. Фибринолитическое звено.

Ответ: 3

5. Чему равно время свертывания крови по Ли-Уайт:

№1 15 – 18 минут;

№2 12 – 15 минут;

№3 8 – 12 минут;

№4 5 – 10 минут.

Ответ: 4

6. Каковы нормальные значения времени кровотечения по Дюке?

№1 10 – 12 минут;

№2 12 – 14 минут;

№3 6 – 10 минут;

№4 2 – 4 минут;

№5 5 – 8 минут.

Ответ: 4

7. Тип кровотоочивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

№1 ангиоматозный

№2 васкулитно-пурпурный

№3 гематомный

№4 смешанный

№5 петехиально-экхимозно-пятнистый

Ответ: 5

8. Клинико-лабораторная диагностика гемофилий основана на всем перечисленном, кроме:

- №1 определение АЧТВ;
 - №2 определения дефицита факторов свертывания крови;
 - №3 наличия гематомного типа геморрагического синдрома;
 - №4 определения агрегации тромбоцитов с коллагеном.
- Ответ: 4

9. При гемофилии А и В наблюдается особый вариант геморрагического синдрома:

- №1 петехиально-синячковый;
- №2 гематомный;
- №3 гематомно-петехиальный;
- №4 васкулитно-пурпурный;
- №5 ангиоматозный

Ответ: 2

10. Гемофилия А — это:

- №1 наследственное доминантное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, с дефицитом или молекулярными аномалиями фактора VIII;
- №2 наследственное рецессивное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, с дефицитом или молекулярными аномалиями фактора VIII;
- №3 наследственное доминантное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, с дефицитом или молекулярными аномалиями фактора IX;
- №4 наследственное рецессивное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, с дефицитом или молекулярными аномалиями фактора IX.

Ответ: 2

11. При какой степени кровопотери развивается ДВС-синдром:

- №1 5% ОЦК;
- №2 2% ОЦК;
- №3 10% ОЦК;
- №4 40% ОЦК.

Ответ: 4

12. Возможны следующие типы геморрагического синдрома:

- №1 петехиально-синячковый;
- №2 гематомный и гематомно-петехиальный тип;
- №3 васкулитно-пурпурный;
- №4 ангиоматозный;
- №5 все перечисленные.

Ответ: 5

13. Патогенетической причиной развития иммунной тромбоцитопении является:

- №1 активация системы комплимента;
- №2 иммунокомплексный синдром;
- №3 появление аутоантител к тромбоцитам;
- №4 дефицит тромбомодулина;
- №5 наследственный дефицит C-3b-субкомпонента комплимента.

Ответ: 3

14. Какова концентрация тромбоцитов в крови здорового человека:

- №1 $150 \times 10^9 - 400 \times 10^9 / \text{л}$;
- №2 $350 \times 10^9 - 600 \times 10^9 / \text{л}$;
- №3 $100 \times 10^9 - 250 \times 10^9 / \text{л}$;
- №4 $50 \times 10^9 - 100 \times 10^9 / \text{л}$.

Ответ: 1

15. Каковы причины тромбоцитопатий:

- №1 понижение продукции тромбоцитов;
- №2 ускорение разрушения и потребления тромбоцитов;
- №3 перераспределение тромбоцитов в кровотоке;
- №4 дефект структуры Ib/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Ответ: 4

16. К категории опасных для жизни кровотечений при гемофилии относят кровотечения:

- №1 в мышцы/суставы;

№2 в центральную нервную систему;
№3 из желудочно-кишечного тракта;
№4 в зоне «шея/горло»;
№5 с гематурией.
Ответ: 4

17. При каких состояниях и заболеваниях снижается агрегационная способность тромбоцитов:

№1 гемофилия А;
№2 гемофилия С;
№3 гемофилия В;
№4 болезнь Виллебранда;
№5 послеоперационный период
Ответ: 4

18. Геморрагический микротромбоваскулит является заболеванием:

№1 сцепленным с X-хромосомой
№2 аллергическим
№3 иммунодефицитным
№4 иммунокомплексным
Ответ: 4

19. Тип кровотоочивости при геморрагической микротромбоваскулите:

№1 петехиально-экхимозный
№2 гематомный
№3 смешанный
№4 васкулитно-пурпурный
Ответ: 4

**20. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после
легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в
области
правого бедра:**

№1 геморрагический васкулит
№2 болезнь Верльгофа
№3 гемофилия
№4 болезнь Рандю-Ослера
Ответ: 3

Тема 1. Дифференциальный диагноз анемических состояний (гипохромные, эритропоэтин-зависимые, анемии хронических заболеваний, мегалобластные, гемолитические) (11, 12 семестр)

1. При железодефицитной анемии в гемограмме может возникать все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 гипохромия эритроцитов;
- №2 анизо–пойкилоцитоз;
- №3 уровень МСН ниже референсных значений;
- №4 гиперсегментация ядер нейтрофилов.

Ответ: 4

2. Показателем, наиболее точно отражающим запасы железа в организме, является:

- №1 ферритин;
- №2 общая железосвязывающая способность сыворотки;
- №3 железо сыворотки крови;
- №4 коэффициент насыщения трансферрина.

Ответ: 1

3. Исследование кровопотери из желудочно-кишечного тракта при помощи анализа кала на скрытую кровь показано при:

- №1 раке прямой кишки с меленой;
- №2 подозрении на желудочно-кишечное кровотечение;
- №3 гиперполименореи.

Ответ: 2

4. Определение содержания железа и ферритина в сыворотке крови производят:

- №1 перед месячными;
- №2 в период приемов препаратов железа;
- №3 спустя 1 день после отмены препаратов железа;
- №4 спустя неделю после отмены препаратов железа.

Ответ: 4

5. Выберите неверное утверждение:

- №1 при железодефицитной анемии снижено количество сидербластов в костном мозге;
- №2 при железодефицитной анемии возрастает выделение железа с мочей в десфераловом тесте;
- №3 при железодефицитной анемии повышена общая железосвязывающая способность сыворотки;
- №4 отмечается снижение уровня ферритина.

Ответ: 2

6. Для талассемии и железодефицитной анемии является общим признаком:

- №1 повышение уровня фетального гемоглобина;
- №2 гипербилирубинемия;
- №3 мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов;
- №4 гипохромия эритроцитов;
- № ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза.

Ответ: 4

7. Основной формой депонирования железа является:

- №1 гем;
- №2 трансферрин;
- №3 ферритин;
- №4 протопорфирин.

Ответ: 3

8. Клиническими проявлениями сидеропенического синдрома являются все, КРОМЕ:

- №1 геморрагий;
- №2 ангулярного стоматита;
- №3 извращения вкуса и обоняния;
- №4 глоссита.

Ответ: 1

9. Решающим фактором, определяющим всасывание железа, является:

- №1 общее количество железа в продукте;
- №2 содержание железа в виде гема;
- №3 нормальная секреция соляной кислоты в желудке;
- №4 нормальная секреция пепсина.

Ответ: 2

10. Терапия В12-дефицитной анемии средней степени тяжести (Нв 85г/л) включает в себя:

- №1 щадящую диету;
- №2 пероральный прием препаратов железа;
- №3 трансфузию эритроцитарной массы;
- №4 в/в введение цианокобаламина.

Ответ: 4

11. При железодефицитной анемии средней степени тяжести препараты железа следует применять:

- №1 1 неделю;
- №2 2 недели;
- №3 1 месяц;
- №4 1,5 – 2 месяца.

Ответ: 4

12.К побочным эффектам при приеме железа относится:

- №1 диспептический синдром (поносы, запоры);
- №2 желтуха;
- №3 задержка мочи;
- №4 вестибулярные нарушения;
- №5 полинейропатии.

Ответ: 1

13. Препаратом для парентерального введения является:

- №1 Феринжект;
- №2 Тотема;
- №3 Сорбифер Дурулес.

Ответ: 1

14. Беременным с железодефицитной анемией следует:

- №1 включить в диету красную рыбу, гранат, морковь;
- №2 принимать препарат железа перорально до родов и весь период кормления ребенка грудью;
- №3 сделать 10 внутривенных инъекций препарата железа;
- №4 перелить эритроцитарную массу перед родами.

Ответ: 2

15. В12-дефицитная анемия относится в следующую группу патофизиологической классификации:

- №1 анемии, вследствие острой кровопотери;
- №2 анемии, вследствие нарушения образования и созревания эритроцитов (дизэритропоэтические);
- №3 анемии, вследствие повышенного кроверазрушения.

Ответ: 2

16. К причинам, развития В12-дефицитной анемии относится:

- №1 гиперполименорея;
- №2 аллергия на пыльцу;
- №3 дивертикулез кишечника;
- №4 постоперационный период аппендэктомии.

Ответ: 3

17. Тельца Жолли – это:

- №1 внутриклеточные микроорганизмы;
- №2 гранулы гемосидерина;
- №3 остатки ядра мегалоцита;
- №4 остатки цитоплазмы эритроцита.

Ответ: 3

18. Для клинической картины В12-дефицитной анемии характерно:

- №1 нарушение болевой и тактильной чувствительности;
- №2 желание есть мел, известку;
- №3 койлонихии;
- №4 участки гиперпигментации кожи;
- №5 увеличение лимфатических узлов.

Ответ: 1

19. Выполнение стеральной пункции при подозрении на В12-дефицитную анемию:

- №1 абсолютно неинформативно;
- №2 необязательно;
- №2 обязательно.

Ответ: 2

20. Через какой период времени от начала терапии В12-дефицитной анемии необходим контроль показателей общего анализа крови:

- №1 2-3 дня;
- №2 5-8 дней;
- №3 через 1 месяц;
- №4 через 2 – 3 месяца.

Ответ: 2

Тема 2. Дифференциальный диагноз лимфопролиферативного синдрома (лимфаденопатии, спленомегалии, лейкомоидные реакции лимфоцитарного типа). Алгоритм диагностики и подходы к терапии лимфомы Ходжкина и неходжкинских лимфом. (11, 12 семестр)

1. Частота Т-клеточного варианта хронического лимфолейкоза в популяции:

- №1 2-5%;
- №2 15-20%;
- №3 50%;
- №4 до 90%.

Ответ: 1

2. Увеличенным лимфатическим узлам при ХЛЛ свойственно все, КРОМЕ:

- №1 тестоватая консистенция;
- №2 подвижность, неспаянность с окружающими их тканями;

- №3 болезненность при пальпации;
- №4 сдавливают окружающие ткани.

Ответ: 3

3. Для хронического лимфолейкоза характерно все, КРОМЕ:

- №1 патологические переломы трубчатых костей;
- №2 геморрагический васкулит;
- №3 опоясывающий лишай;
- №4 аутоиммунная гемолитическая анемия.

Ответ: 1

4. К характерным клиническим проявлениям при хроническом лимфолейкозе относится все, КРОМЕ:

- №1 склонность к инфекциям;
- №2 лимфаденопатия;
- №3 оссалгии;
- №4 аутоиммунные кризы.

Ответ: 3

5. Признаком, возникающим на начальной стадии ХЛЛ, является:

- №1 филадельфийская хромосома;
- №2 эозинофильно-базофильная ассоциация;
- №3 лимфоцитоз;
- №4 лейкопения.

Ответ: 3

6. Характерный признак хронического лимфолейкоза в общем анализе крови:

- №1 микроцитарная анемия;
- №2 лейкоэмический провал;
- №3 тени цитолита;
- №4 тельца Жолли и кольца Кебота.

Ответ: 3

7. В трепанобиоптате при ХЛЛ наблюдается:

- №1 мегакариоцитоз;
- №2 отсутствие гранулоцитарного ряда;
- №3 фиброз костного мозга;
- №4 диффузная лимфоидная метаплазия.

Ответ: 4

8. В план обследования первичного больного ХЛЛ входит все, КРОМЕ:

- №1 общий анализ крови с определением уровня ретикулоцитов;
- №2 миелограмма;
- №3 иммунофенотипирование крови;
- №4 исследование филадельфийской хромосомы.

Ответ: 4

9. Основной терапевтической тактикой для больных ХЛЛ со стадией А по Binet является:

- №1 «наблюдай и жди»;
- №2 первично-сдерживающая терапия;
- №3 курсовая полихимиотерапия;
- №4 интерферонотерапия.

Ответ: 1

10. Хроническому лимфолейкозу стадии III по Rai соответствует:

- №1 изолированный лейкоцитоз периферической крови;
- №2 лейкоцитоз + анемия;
- №3 лейкоцитоз + лимфаденопатия;
- №4 лейкоцитоз + спленомегалия.

Ответ: 2

11. Лечение аутоиммунной гемолитической анемии при ХЛЛ начинают с:

- №1 проведения гемотрансфузии;
- №2 назначения НПВС;
- №3 назначения глюкокортикоидов;
- №4 спленэктомии.

Ответ: 3

12. Какой из перечисленных препаратов является моноклональным антителом:

- №1 кладрибин
- №2 флюдарабин;
- №3 альфа-интерферон;
- №4 ритуксимаб.

Ответ: 4

13. Больной Т. 56 лет, при поступлении в гематологический стационар жалуется на слабость, утомляемость, тяжесть в подреберьях. При пальпации определяются периферические лимфатические узлы всех групп до 1 см в диаметре, тестоватой консистенции, безболезненные, смещаемые. Нижний край печени на 3 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка на 2 см из-под края реберной дуги. В общем анализе крови: Hg – 120 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}/л$, PLT - $155 \times 10^9/л$, WBC- $125 \times 10^9/л$, лимфоцитов - 86 %. При дообследовании верифицирован диагноз хронического лимфолейкоза. Какая терапия рекомендована данному пациенту:

- №1 схема RFC;
- №2 преднизолон;
- №3 антибиотикотерапия;
- №4 удаление лимфоузлов.

Ответ: 1

14.Выберите верную формулировку симптома, входящего в синдром опухолевой интоксикации:

- №1 снижение массы тела на 10 кг за полгода;
- №2 снижение массы тела на 10кг за год;
- №3 снижение массы тела на 10% от исходной за полгода;
- №4 снижение массы тела на 10% от исходной за год.

Ответ: 3

15.Под синдромом Рихтера подразумевается:

- №1 трансформация ХЛЛ в острый лейкоз;
- №2 трансформация ХЛЛ в крупноклеточную, высокоагрессивную лимфому;
- №3 трансформация ХЛЛ в мелкоклеточную лимфому;
- №4 трансформация ХЛЛ в миелофиброз.

Ответ: 2

16.Под термином «лимфогранулематоз» подразумевают:

- №1 лимфому Беркитта;
- №2 лимфому Ходжкина;
- №3 неходжкинскую лимфому.

Ответ: 2

17.При подозрении на лимфопролиферативный процесс в лимфатическом узле наиболее информативно выполнение:

- №1 пункционной биопсии лимфатического узла;
- №2 инцизионной биопсии лимфатического узла;
- №3 эксцизионной биопсии лимфатического узла.

Ответ: 1

18.Для проведения проточной цитометрии при подозрении на хронический лимфолейкоз необходим следующий материал:

- №1 трепанобиоптат;
- №2 пунктат костного мозга;
- №3 пунктат лимфатического узла;
- №4 периферическая кровь.

Ответ:

19.Лимфоидная клетка - прототип элементов опухолевого субстрата лимфомы – называется:

- №1 лимфоидный прототип;
- №2 лимфоидный аналог;
- №3 неопухолевый аналог;
- №4 предшественник.

Ответ: 4

20.Диагностическим критерием хронического лимфолейкоза является содержание в костном мозге лимфоцитов:

- №1 более 20%;
- №2 более 30%;
- №3 более 40%;
- №4 более 50%.

Ответ: 2

Тема 3. Дифференциальный диагноз парапротеинемий (понятие моноклональных гаммапатий, критерии диагноза, алгоритм диагностики и современные подходы к терапии парапротеинемических гемобластозов: множественной миеломы и болезни Вальденстрема) (11, 12 семестр)

1. Проявлениями миеломной болезни могут быть все, кроме:

- №1 остеопороза грудного отдела позвоночника
- №2 протеинурии
- №3 гиперпротеинемии
- №4 инфекционных осложнений вследствие иммунодефицита
- №5 абсолютного лимфоцитоза в крови.

Ответ: 5

2. Протеинурия при миеломной болезни является следствием:

- №1 первичного поражения базальной мембраны клубочков при данном заболевании
- №2 первичного поражения канальцев при данном заболевании
- №3 синтеза миеломными клетками тяжелых цепей иммуноглобулинов
- №4 синтеза миеломными клетками легких цепей иммуноглобулинов
- №5 гиперпротеинемии

Ответ: 4

3. 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 грудины количество плазматических клеток увеличено до 50 %. Предположительный диагноз:

- №1 острый лейкоз
- №2 железодефицитная анемия
- №3 миеломная болезнь
- №4 агранулоцитоз
- №5 микросфероцитоз

Ответ: 3

4. Иммунологические варианты множественной миеломы выделяются в зависимости:

- №1 От локализации костных поражений
- №2 Типа синтезируемых иммуноглобулинов
- №3 Наличия или отсутствия висцеральных поражений
- №4 Наличия или отсутствия геморрагического синдрома
- №5 Наличия или отсутствия почечного синдрома

Ответ: 2

5. Субстратом опухоли при множественной миеломе являются:

- №1 Бласты
- №2 Плазматические клетки
- №3 Зрелые лимфоциты
- №4 Мегакариоциты
- №5 Гигантские клетки Ходжкина

Ответ: 2

6. Для оценки стадии множественной миеломы не учитывается:

- №1 Уровень гемоглобина
- №2 Величина очагов костной деструкции
- №3 Количество плазматических клеток в костном мозге
- №4 Уровень М-протеина в крови (или моче)
- №5 Уровень кальция в крови

Ответ: 2

7. Морфологический субстрат макроглобулинемии Вальденстрема представлен:

- №1 плазмócитами
- №2 лимфоцитами и плазмócитами
- №3 «волосатыми» клетками
- №4 лимфоцитами и тучными клетками

Ответ: 2

8. «Золотым» стандартом терапии множественной миеломы является:

- №1 Курс МР
- №2 Курс МРV
- №3 Курс VMCP
- №4 Курс VBAP

Ответ: 1

9. Оссалгии при множественной миеломе обусловлены:

- №1 очагами некроза ткани
 - №2 нарушением иннервации
 - №3 костно-деструктивным процессом
 - №4 кровоизлияниями под надкостницу
 - №5 воспалительной инфильтрацией костной ткани
- Ответ: 3

10. Основными критериями диагноза множественной миеломы являются:

- №1 Бластоз в костном мозге свыше 20%
 - №2 Абсолютный зрелоклеточный лимфоцитоз в периферической крови и более 30% лимфоцитов в костном мозге
 - №3 Гиперплазия эритроидного ростка
 - №4 Плазмоклеточная инфильтрация костного мозга (плазмочитов более 10%), наличие моноклонального М-градиента, остеолитические поражения скелета или диффузный остеопороз
 - №5 Аплазия костного мозга
- Ответ: 4

11. Современным методом терапии рефрактерных и рецидивирующих форм множественной миеломы является:

- №1 Алкеран в монорежиме
 - №2 Миелосан
 - №3 Интерферонотерапия
 - №4 Велкейд (бортезомиб)
 - №5 Протокол МР
- Ответ: 4

12. Отличительным признаком болезни Вальденстрема от миеломной болезни является:

- №1 Поражение клетки-предшественницы В-лимфоцитов
 - №2 Наличие синдрома повышенной вязкости
 - №3 Нормохромная анемия
 - №4 Значительное увеличение СОЭ
 - №5 Синтез опухолевыми клетками IgM (мароглобулина)
- Ответ: 5

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

- №1 Печени и селезенки
 - №2 Медиастинальных лимфоузлов
 - №3 Забрюшинных лимфоузлов
 - №4 Периферических лимфоузлов
- Ответ: 1

14. Проявлениями наличия моноклонового протеина (М-протеина) у больных миеломной болезнью могут быть все признаки, кроме:

- №1 синдрома Рейно
 - №2 нефропатии
 - №3 аутоиммунной гемолитической анемии
 - №4 геморрагического синдрома
 - №5 энцефалопатии
- Ответ: 5

15. Наличие моноклонового протеина (М-градиент) наименее характерно для одного из заболеваний:

- №1 хронический лимфолейкоз;
 - №2 хронический миелолейкоз;
 - №3 лимфома кишечника;
 - №4 лимфома селезенки;
 - №5 макроглобулинемия Вальденстрема.
- Ответ: 2

16. Для протеинограммы больных с множественной миеломой типичными являются:

- №1 Увеличение общего уровня белка за счет альбумина
- №2 Увеличение общего уровня белка за счет глобулинов
- №3 Увеличение общего уровня белка за счет парапротеина
- №4 Гипопротеинемия
- №5 Гипопротеинемия за счет альбуминов

Ответ: 3

17. В лечение множественной миеломы не используется:

- №1 Цитостатическая терапия
 - №2 Трансплантация костного мозга
 - №3 Оперативное лечение
 - №4 Лучевая терапия
 - №5 Плазмаферез
- Ответ: 3

18. При болезнях тяжелых цепей (БТЦ) на электрофореграмме обычно не бывает М-градиента потому, что:

- №1 Нет моноклональной секреции иммуноглобулинов
 - №2 Секретируются поликлональные Н-цепи иммуноглобулинов
 - №3 Фрагменты Н-цепей несут разные электрические заряды
 - №4 Фрагменты Н-цепей образуют разные по структуре полимеры
- Ответ: 3

19. Основными причинами развития анемического синдрома при множественной миеломе являются:

- №1 Нарушение работы ферментных систем в клетках эритроидного ряда
 - №2 Нарушение синтеза ДНК в гемопоэтических клетках
 - №3 Гемолиз эритроцитов
 - №4 Плазмоклеточная инфильтрация костного мозга, снижение продукции эндогенного эритропоэтина
 - №5 Нарушение процесса гемоглобинизации эритроидных клеток
- Ответ: 4

20. Остеодеструктивный процесс:

- №1 Является обязательным симптомом множественной миеломы
 - №2 Не является обязательным симптомом множественной миеломы
 - №3 Появляется только на поздних стадиях болезни
 - №4 Присутствует у лиц пожилого возраста
- Ответ: 2

Тема 4. Дифференциальный диагноз миелопролиферативного синдрома (лейкемоидные реакции миелоидного типа, вторичные эритроцитозы, вторичные тромбоцитозы). Критерии диагноза, дифференциальная диагностика и современные подходы к терапии хронических миелопролиферативных заболеваний. (11, 12 семестр)

1. Термин «лейкоз» свидетельствует о:

- №1 наличии опухолевых клеток в периферической крови;
 - №2 наличии опухолевых клеток в костном мозге;
 - №3 скорости прогрессирования заболевания;
 - №4 первичном поражении опухолью периферического органа кроветворения.
- Ответ: 2

2. Ph-хромосома – это:

- №1 транспозиции 9;22;
- №2 транслокации 9;22;
- №3 транслокации 8;22;
- №4 девиации 6;18.

Ответ: 2

3. При дифференциальной диагностике хронического миелолейкоза и лейкомоидной реакции основным диагностическим признаком является:

- №1 степень лейкоцитоза;
- №2 обнаружение гена BCR/ABL;
- №3 наличие в крови промиелоцитов и миелоцитов;
- №4 увеличение селезенки.

Ответ: 2

4. В триаду опухолевой интоксикации входят следующие симптомы:

- №1 лимфаденопатия, фебрильная лихорадка, потливость;
- №2 дневная потливость, общая слабость, субфебрилитет;
- №3 фебрильная лихорадка, утомляемость, кожный зуд;
- №4 фебрильная лихорадка, снижение массы тела, профузные ночные поты.

Ответ: 4

5. Характерными клиническими признаками терминальной стадии хронического миелолейкоза является все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 гепатоспленомегалия;
- №2 уменьшение размеров печени и селезенки;
- №3 геморрагический синдром;
- №4 лихорадка.

Ответ: 2

6. Увеличение и уплотнение селезенки в ранней стадии ХМЛ связано с:

- №1 геморрагическим васкулитом;
- №2 поражением ткани селезенки опухолевыми элементами;
- №3 образованием очагов экстрамедуллярного кроветворения;
- №4 развитием болезни тяжелых цепей.

Ответ: 3

7. При хроническом миелолейкозе в хронической стадии характерными особенностями анализа периферической крови являются все, КРОМЕ:

- №1 анемия;
- №2 лейкоцитоз;
- №3 сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов;
- №4 базофильно-эозинофильная ассоциация.

Ответ: 1

8. Для миелопролиферативного синдрома в гемограмме у больных с хроническим миелолейкозом характерно все, КРОМЕ:

- №1 тромбоцитоза;
- №2 лейкоцитоза;
- №3 анемии;
- №4 базофильно-эозинофильной ассоциации.

Ответ: 3

9. Фазе акселерации хронического миелолейкоза соответствует все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 уровень бластов менее 30%;
- №2 сумма бластов и миелоцитов 20% и более в костном мозге;
- №3 сумма бластов и промиелоцитов 30% и более в периферической крови;
- №4 количество базофилов 20% и более в периферической крови.

Ответ: 4

10. При неэффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы первой линии больному с ХМЛ в хронической фазе в низкой группе риска наиболее показано:

- №1 трасплантация костного мозга;
- №2 терапия нилотинибом, дазатинибом
- №3 терапия «Гидреа» в сочетании с альфа-интерфероном;
- №4 монотерапия миелосаном.

Ответ: 2

11. Для стадии бластного криза хронического миелолейкоза характерно:

- №1 морфология клеток крови и костного мозга не отличается от таковой в развернутой стадии;
- №2 нейтролейкемия не свойственна;
- №3 частичная рефрактерность к миелосану;
- №4 возникновение новых не способных к дифференцировке мутантных субклонов, непрерывно пролиферирующих и вытесняющих исходный клон клеток.

Ответ: 4

12. Для клинической картины бластного криза при ХМЛ характерно все, КРОМЕ:

- №1 преобладания бластных клеток в периферической крови или костном мозге;
- №2 высокой чувствительности к химиотерапии;
- №3 выраженной анемии;
- №4 оссалгий.

Ответ: 1

13. У больных хроническим миелолейкозом могут возникнуть все перечисленные осложнения, КРОМЕ:

- №1 тромбозы;
- №2 кровотечения;
- №3 вторичная инфекция;
- №4 лимфаденопатия.

Ответ: 4

14. Наличие у больного ХМЛ «кинжальных» болей в левой половине живота, лихорадки, бледности, тошноты и рвоты требует исключения у него:

- №1 острого панкреатита;
- №2 острого холецистита;
- №3 тромбоза верхней полой вены;
- №4 инфаркта селезенки.

Ответ: 4

15. К основным критериям истинной полицитемии относятся:

- №1 уровень сывороточного эритропоэтина ниже нормы;
- №2 панмиелоз;
- №3 повышение гемоглобина у мужчин более 180г/л;
- №4 участки фиброза в трепанобиоптате.

Ответ: 2

16. К плеторическому синдрому относится все перечисленное, КРОМЕ:

- №1 багрово-цианотичный цвет лица с яркой окраской губ;
- №2 эритема лица в виде бабочки;
- №3 выраженная гиперемия конъюнктивы;
- №4 кожа туловища и конечностей розовая, подкожные вены расширены.

Ответ: 2

17. Причиной развития анемии у больных истинной полицитемией не может быть:

- №1 дефицит железа в результате кровопусканий;
- №2 развитие миелофиброза;
- №3 развитие острого лейкоза;
- №4 потеря чувствительности стволовых клеток к эритропоэтину;
- №5 гиперспленизм.

Ответ: 4

18. В терапии истинной полицитемии используется все, КРОМЕ:

- №1 аппаратный эритроцитоз;
- №2 гидроксикарбамид;
- №3 антиагреганты;
- №4 ингибиторы тирозинкиназы.

19. К миелоидному ряду относятся:

- №1 лимфоциты и гранулоциты;
- №2 лейкоциты, лимфоциты и тромбоциты;
- №3 гранулоциты, эритроциты и мегакариоциты;
- №4 плазматические клетки.

Ответ: 3

20. Клеточный субстрат хронического миелолейкоза составляют:

- №1 эритробласты;
- №2 мегакариоциты;
- №3 преимущественно гранулоциты;
- №4 зрелые и созревающие лимфоциты.

Ответ: 3

Тема 5. Дифференциальная диагностика геморрагического синдрома. Критерии диагноза геморрагических диатезов и современные стандарты лечения. (11, 12 семестр)

1. Клинико-лабораторная диагностика гемофилий основана на всем перечисленном, кроме:

- №1 определение АЧТВ;
- №2 определения дефицита факторов свертывания крови;
- №3 наличия гематомного типа геморрагического синдрома;
- №4 определения агрегации тромбоцитов с коллагеном.

Ответ: 4

2. При гемофилии А и В наблюдается особый вариант геморрагического синдрома:

- №1 петехиально-синячковый;
- №2 гематомный;
- №3 гематомно-петехиальный;
- №4 васкулитно-пурпурный;
- №5 ангиоматозный.

Ответ: 2

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

- №1 АЧТВ;
 - №2 протромбинового индекса;
 - №3 тромбинового времени;
 - №4 агрегации тромбоцитов;
- Ответ: 4

4. Какие тесты отражают внутренний механизм свертывания крови?

- №1 АЧТВ;
 - №2 протромбиновое время
 - №3 тромбиновое время;
 - №4 определение уровня фибриногена;
- Ответ: 1

5. Какой из тестов отражает внешний механизм свертывания крови?

- №1 протромбиновое время;
 - №2 АЧТВ;
 - №3 АКТ;
 - №4 тромбиновое время;
 - №5 уровень фибриногена.
- Ответ: 1

6. Какой дефицит факторов VIII и IX соответствует легкой форме гемофилии:

- №1 0 – 3%;
 - №2 3 – 5%;
 - №3 5 – 10%;
 - №4 10 – 15%.
- Ответ: 3

7. Для какого вида геморрагических диатезов характерны кровоизлияния в суставы:

- №1 тромбастения Гланцмана;
 - №2 болезнь Виллебранда;
 - №3 гемофилия А;
 - №4 идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
- Ответ: 3

8. Дефицит какого фактора свертывания крови наблюдается при гемофилии В:

№1 фактора VIII;

№2 фактора IX;

№3 фактора XIII;

№4 фактор X.

Ответ: 2

9. Какова причина развития ДВС-синдрома при кровопотере:

№1 гипоксия и ацидоз;

№2 уменьшение синтеза естественных антикоагулянтов;

№3 уменьшение синтеза активаторов фибринолиза;

№4 уменьшение синтеза ингибиторов фибринолиза.

Ответ: 1

10. При какой степени кровопотери развивается ДВС-синдром:

№1 5% ОЦК;

№2 2% ОЦК;

№3 10% ОЦК;

№4 40% ОЦК.

Ответ: 4

11. Возможны следующие типы геморрагического синдрома:

№1 петехиально-синячковый;

№2 гематомный и гематомно-петехиальный тип;

№3 васкулитно-пурпурный;

№4 ангиоматозный;

№5 все перечисленные.

Ответ: 5

12. Патогенетической причиной развития иммунной тромбоцитопении является:

- №1 активация системы комплимента;
- №2 иммунокомплексный синдром;
- №3 появление аутоантител к тромбоцитам;
- №4 дефицит тромбомодулина;
- №5 наследственный дефицит C-3b-субкомпонента комплимента.

Ответ: 3

13. Какова концентрация тромбоцитов в крови здорового человека:

- №1 $150 \times 10^9 - 400 \times 10^9 / \text{л}$;
- №2 $350 \times 10^9 - 600 \times 10^9 / \text{л}$;
- №3 $100 \times 10^9 - 250 \times 10^9 / \text{л}$;
- №4 $50 \times 10^9 - 100 \times 10^9 / \text{л}$.

Ответ: 1

14. Каковы причины тромбоцитопатий:

- №1 понижение продукции тромбоцитов;
- №2 ускорение разрушения и потребления тромбоцитов;
- №3 перераспределение тромбоцитов в кровотоке;
- №4 дефект структуры Pb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Ответ: 4

15. Чему равно время свертывания крови по Ли-Уайт:

- №1 15 – 18 минут;
- №2 12 – 15 минут;
- №3 8 – 12 минут;
- №4 5 – 10 минут.

Ответ: 4

16. Каковы нормальные значения времени кровотечения по Дюке?

- №1 10 – 12 минут;
- №2 12 – 14 минут;
- №3 6 – 10 минут;
- №4 2 – 4 минут;
- №5 5 – 8 минут.

Ответ: 4

17. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- №1 ангиоматозный

- №2 васкулитно-пурпурный
 - №3 гематомный
 - №4 смешанный
 - №5 петехиально-экхимозно-пятнистый
- Ответ: 5

18. Геморрагический микротромбоваскулит является заболеванием:

- №1 сцепленным с X-хромосомой
 - №2 аллергическим
 - №3 иммунодефицитным
 - №4 иммунокомплексным
- Ответ: 4

19. Тип кровоточивости при геморрагической микротромбоваскулите:

- №1 петехиально-экхимозный
 - №2 гематомный
 - №3 смешанный
 - №4 васкулитно-пурпурный
- Ответ: 4

20. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра:

- №1 геморрагический васкулит
 - №2 болезнь Верльгофа
 - №3 гемофилия
 - №4 болезнь Рандю-Ослера
- Ответ: 3

Тема 6. Апластические состояния кроветворения: лейкопении, апластическая анемия. Миелодиспластический синдром, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. (11, 12 семестр)

1. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются:

- №1 γ -радиация;
 - №2 β -лучи и α -лучи;
 - №3 цитостатические препараты;
 - №4 глюкокортикостероиды;
 - №5 правильно 1, 2 и 3.
- Ответ 5

2. Основой патогенеза цитостатической болезни является:

- №1 иммунный конфликт;
 - №2 острый цитолиз;
 - №3 торможение клоногенных предшественников и развитие аплазии костного мозга;
 - №4 всё перечисленное.
- Ответ 3

3. Иммунный фактор имеет решающее значение в генезе некоторых вариантов агранулоцитоза:

- №1 аутоиммунного агранулоцитоза;
 - №2 миелотоксического агранулоцитоза;
 - №3 гаптенowego агранулоцитоза;
 - №4 правильно 1 и 2;
 - №5 правильно 1 и 3.
- Ответ 5

4. Для уточнения диагноза агранулоцитоза применяют следующие методы:

- №1 трепанобиопсию;
 - №2 стерильную пункцию;
 - №3 компьютерную томографию;
 - №4 правильно 2 и 3;
 - №5 правильно 1 и 2.
- Ответ 5

5. Профилактика миелотоксического агранулоцитоза состоит в:

- №1 сохранении иммунитета;
 - №2 исключении случайного облучения;
 - №3 ограничении приема цитостатических средств;
 - №4 все перечисленное верно;
 - №5 верно только 1 и 2.
- Ответ 3

6. Апластическая анемия характеризуется следующими клиническими симптомами:

- №1 кровоточивостью;
 - №2 склонностью к инфекциям;
 - №3 обильными потоми;
 - №4 кожным зудом;
 - №5 правильно 1 и 2.
- Ответ 5

7. При осмотре у больного апластической анемией выявляется:

- №1 увеличение лимфатических узлов;
 - №2 увеличение печени и селезенки;
 - №3 лимфоузлы не пальпируются;
 - №4 печень и селезенка нормальных размеров;
 - №5 правильно 3 и 4.
- Ответ 5

8. При апластической анемии характерны изменения костного мозга:

- №1 преобладание кроветворного костного мозга над жировым;
 - №2 снижение клеточности костного мозга;
 - №3 очаговая пролиферация лимфоцитов;
 - №4 нормальное соотношение кроветворного и жирового костного мозга;
 - №5 фиброз стромы костного мозга.
- Ответ 1

9. Лабораторное исследование при апластической анемии выявляет:

- №1 панцитопению в периферической крови;
 - №2 ретикулоцитоз;
 - №3 низкий уровень сывороточного железа;
 - №4 повышение печеночных трансаминаз.
- Ответ 1

10. Терапия апластической анемии включает:

- №1 проведение курсов антилимфоцитарного глобулина;
 - №2 применение циклоспорина А;
 - №3 аллогенную трансплантацию костного мозга;
 - №4 спленэктомия;
 - №5 все перечисленное.
- Ответ 5

11. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются:

- №1 диарея;
 - №2 артериальная гипотония;
 - №3 высокая лихорадка;
 - №4 все перечисленное
- Ответ 3

Тема 7. Антигенные системы эритроцитов. Подгруппы в системе АВО, фенотип системы резус. Алгоритм выполнения гемотрансфузий (11, 12 семестр)

1. Определение группы крови с помощью цоликлонов проводится с экспозицией:

- №1 1 мин
 - №2 3 мин
 - №3 5 мин
 - №4 7 мин
 - №5 10 мин
- Ответ: 2

2. Оптимальное соотношение цоликлонов и эритроцитов при определении группы крови системы АВО:

- №1 5:1
 - №2 10:1
 - №3 2:1
 - №4 1:2
 - №5 3:1
- Ответ: 2

- 3. Если при определении группы крови наблюдается агглютинация с цоликлоном анти-А и анти-В, для подтверждения результата проводится контроль с:**

№1 10% желатином
№2 33% полиглюкином
№3 дистиллированной водой
№4 стандартной сывороткой АВ (IV)
№5 0,9% NaCl
Ответ: 5

- 4. Определите группу крови, если агглютинация произошла только с цоликлоном анти-А**

№1. О (I)
№2. АВ (IV)
№3. В (III)
№4. А (II)
№5. группа крови не определяется
Ответ: 4

- 5. Определите группу крови, если агглютинация произошла только с цоликлоном анти-В**

№1. О (I)
№2. АВ (IV)
№3. группа крови не определяется
№4. В (III)
№5. А (II)
Ответ: 4

- 6. Определите группу крови, если агглютинация не произошла ни с цоликлоном анти-А, ни с цоликлоном анти-В**

№1. О (I)
№2. АВ (IV)
№3. группа крови не определяется
№4. В (III)
№5. А (II)
Ответ 1

- 7. Для определения группы крови системы АВО с помощью цоликлов используется все, кроме:**

№1. цоликлона анти-А
№2. цоликлона анти-В
№3. цоликлона анти-Д

№4 0,9% NaCl

№5. цоликлона анти-AB

Ответ: 3

8. Перед прочтением результата реакции при определении группы крови системы ABO надо в каждую каплю, где произошла агглютинация добавить:

№1. 10% желатин

№2. 33% полиглюкин

№3. дистиллированную воду

№4. стандартную сыворотку AB (IV)

№5. 0,9% NaCl

Ответ: 5

9. Резус-отрицательный донор – это донор:

№1 не имеющий ни одного из больших резус-антигенов;

№2 имеющий cDe-фенотип;

№3 имеющий DSe-фенотип;

№4 имеющий dcE-фенотип.

Ответ 1

10. Резус-антиген обнаруживается:

№1 в плазме крови

№2 на мембране лейкоцитов

№3 на мембране тромбоцитов

№4 на мембране эритроцитов

Ответ: 4

11. Наибольшей антигенной силой обладает антиген:

№1 D

№2 C

№3 E

№4 c

№5 e

Ответ: 1

12. Цоликлоны, применяемые для определения групп крови, это:

№1 анти-A и анти-B антитела сыворотки крови человека

№2 антигены A и B эритроцитов человека

№3 моноклональные антитела к A- и B-антигенам эритроцитов человека

Ответ: 3

13. Реципиенту с группой крови 0 можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 5

14. Реципиенту с группой крови А можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 2

15. Реципиенту с группой крови В можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 3

16. Реципиенту с группой крови АВ можно переливать группу

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 1

17. Донорскую кровь группы 0 можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 1

18. Донорскую кровь группы А можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

Ответ: 2, 4

19. Донорскую кровь группы В можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 3, 4

20. Донорскую кровь группы АВ можно переливать реципиенту с группой

№1 любую

№2 А

№3 В

№4 АВ

№5 0

Ответ: 4

***Тема 8. Компоненты донорской крови. Технологии производства.
Применение в клинической практике. (11, 12 семестр)***

1. СЗП – это плазма, замороженная после эксфузии из вены в течение:

№1. 6 часов

№2. 8 часов

№3. 10 часов

№4. 12 часов

№5. 24 часов

Ответ 1

2. Срок хранения отмытых эритроцитов:

№1. 12 часов

№2. 24 часа

№3. 48 часов

№4. 5 дней

№5. 7 дней

Ответ 2

3. Доза тромбомассы составляет:

№1. 20 мл

№2. 30 мл

№3. 40 мл

№4. 50 мл

№5. 60мл

Ответ 4

4. К кровезаменителям гемодинамического действия относится:

№1. перфторан

№2. реамбирин

№3. гемодез

№4. стабизол

№5. раствор гемоглобина

Ответ 4

5. При температуре –25 С СЗП хранится в течение:

№1. 36 месяцев

№2. 3 месяца

№3. 6 месяцев

№4. 12 месяцев

№5. 24 месяца

Ответ 1

6. Криосупернатантная плазма не содержит:

№1. VIII фактор

№2. VII фактор

№3. фибриноген

№4. фибрин

№5. фактор Виллебранда

Ответ 1

7. Срок хранения тромбомассы составляет:

№1. 24 часа

№2. 5 дней

№3. 10 дней

№4. 14 дней

№5. 21 день

Ответ 2

8. Доза криопреципитата составляет:

№1. 10 мл

№2. 20 мл

№3. 30 мл

№4. 40 мл

№5. 50 мл

Ответ 3

9. К тканевым антигипоксантам относятся:

№1. производные низкомолекулярного поливинилпирролидона

№2. производные желатина

№3. производные декстрана

№4. производные фумарата

№5. производные гидроксиэтилкрахмала

Ответ 4

10. Перегревание, замораживание эритроцитарной массы и введение её вместе с гипертоническим раствором может вызвать:

- №1. цитратную интоксикацию
 - №2. тромбоэмболию
 - №3. острое поражение легких
 - №4. неиммунный гемолиз
 - №5. фебрильные негемолитические реакции
- Ответ 4

11.Тромбомасса хранится при температуре:

- №1. +2 +4 C
 - №2. +6 +8 C
 - №3. +12 +14 C
 - №4. +16 +19 C
 - №5. +20 +24 C
- Ответ 5

12.Эритроцитную массу можно ресуспендировать в:

- №1. 5% растворе глюкозы
 - №2. 0,9% растворе хлорида натрия
 - №3. поляризующей смеси
 - №4. 4% растворе бикарбоната натрия
 - №5. все перечисленное верно
- Ответ 2

13.Гаммаоблучение крови относится к мерам профилактики:

- №1. цитомегаловирусной инфекции
 - №2. посттрансфузионной пурпуры
 - №3. посттрансфузионной болезни трансплантат против хозяина
 - №4. острого поражения легких
 - №5. анафилактического шока
- Ответ 3

14.Контейнеры с остатками трансфузионной среды после переливания должны храниться в холодильнике в течение:

- №1. 12 ч.
- №2. 24 ч.
- №3. 36 ч.

№4. 48 ч.

№5. 60 ч.

Ответ 4

Тема 9. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. (11, 12 семестр)

1. Циркуляторная перегрузка сердца относится к:

№1. иммунным острым осложнениям

№2. неиммунным острым осложнениям

№3. иммунным отсроченным осложнениям

№4. неиммунным отсроченным осложнениям

№5. не относится к посттрансфузионным осложнениям

Ответ 2

2. К вариантам анафилактического шока относятся все, кроме:

№1. асфиктический

№2. типичный

№3. атипичный

№4. гемодинамический

№5. церебральный

Ответ 3

3. Острое поражение легких развивается вследствие:

№1. реакции антитромбоцитарных антител донора с тромбоцитами реципиента

№2. реакции антилейкоцитарных антител донора и лейкоцитов реципиента

№3. реакции антиэритроцитарных антител и эритроцитов реципиента

№4. повышенного количества пирогенов в донорской крови

№5. циркуляторной перегрузки

Ответ 2

4. При развитии посттрансфузионной пурпуры не используется:

№1. преднизолон

№2. дексаметазон

№3. переливание тромбомассы

№4. однократный плазмаферез

№5. в/в иммуноглобулин

Ответ 3

5. К мерам профилактики цитратной интоксикации относится:

- №1. тщательное обследование донора
 - №2. тщательное обследование реципиента
 - №3. 20 мг преднизолона перед гемотрансфузией
 - №4. введение 10% хлорида кальция перед гемотрансфузией
 - №5. назначение дисферала после гемотрансфузии
- Ответ 4

6. Основные лечебные мероприятия при остром внутрисосудистом гемолизе направлены на:

- №1. профилактику ДВС-синдрома
 - №2. профилактику острой почечной недостаточности
 - №3. поддержание сердечной деятельности
 - №4. верно 1 и 3
 - №5. все перечисленное верно.
- Ответ 5

7. Перегревание, замораживание эритроцитарной массы и введение её вместе с гипертоническим раствором может вызвать:

- №1. цитратную интоксикацию
 - №2. тромбоэмболию
 - №3. острое поражение легких
 - №4. неиммунный гемолиз
 - №5. фебрильные негемолитические реакции
- Ответ 4

8. При быстром введении (120 мл/мин.) каких длительно хранившихся трансфузионных сред может возникнуть калиевая интоксикация:

- №1. СЗП
 - №2. криопреципитата
 - №3. концентрата тромбоцитов
 - №4. отмытых эритроцитов
 - №5. эритроцитарной массы
- Ответ 5

9. Заражение реципиента вирусным гепатитом С при гемотрансфузии относится к:

- №1. иммунным острым осложнениям
- №2. неиммунным острым осложнениям
- №3. иммунным отсроченным осложнениям
- №4. неиммунным отсроченным осложнениям

№5. не относится к посттрансфузионным осложнениям

Ответ 4

10. Посттрансфузионная пурпура развивается, в основном, у:

№1. молодых нерожавших женщин

№2. женщин старше 50 лет с предшествующими беременностями

№3. молодых мужчин

№4. мужчин старше 50 лет

№5. одинаково часто у мужчин и женщин

Ответ 2

11. Массивная гемотрансфузия-это замещение:

№1. 2/3 ОЦК за 24 часа

№2. 1 или более ОЦК за 72 часа

№3. ½ ОЦК за 24 часа

№4. 1 или более ОЦК за 24 часа

№5. 2/3 ОЦК за 48 часов

Ответ 2

12. Ранние посттрансфузионные реакции – это реакции, развивающиеся в течение:

№1. 24 часов после гемотрансфузии

№2. 48 часов после гемотрансфузии

№3. 72 часов после гемотрансфузии

№4. 5 дней после гемотрансфузии

№5. 7 дней после гемотрансфузии

Ответ 1

13. К мерам профилактики развития реакции «трансплантат против хозяина» относится:

№1. тщательное обследование донора

№2. тщательное обследование реципиента

№3. облучение крови в дозе 25 Гр

№4. введение 20 мг преднизолона перед гемотрансфузией

№5. введение 20 мг преднизолона после гемотрансфузии

Ответ 3

14. К категориям негативных последствий массивной гемотрансфузии не относятся эффекты:

№1. Разведения

№2. антикоагулянтов и консервантов

- №3. продуктов повреждения хранящейся крови
 - №4. иммунокомпетентных клеток
 - №5. быстрой инфузии холодной крови
- Ответ 4

15. Поздние посттрансфузионные осложнения развиваются не ранее, чем через

- №1. 24 часа после гемотрансфузии
 - №2. 48 часов после гемотрансфузии
 - №3. 72 часа после гемотрансфузии
 - №4. 5 дней после гемотрансфузии
 - №5. 7 дней после гемотрансфузии
- Ответ 2

16. К мерам профилактики фебрильных негемолитических реакций относится:

- №1. введение антигистаминных средств
 - №2. введение глюкокортикостероидов в малых дозах
 - №3. облучение компонентов крови перед гемотрансфузией
 - №4. применение лейкоцитарных фильтров
 - №5. применение жаропонижающих средств перед гемотрансфузией
- Ответ 4

17. Посттрансфузионная болезнь «трансплантат против хозяина» обусловлена:

- №1. В-лимфоцитами
 - №2. Т-лимфоцитами
 - №3. иммуноглобулинами класса М
 - №4. иммуноглобулинами класса G
 - №5. моноцитами
- Ответ 2

18. Отек легочной ткани при остром иммунном поражении легких обусловлен:

- №1. закупоривании агрегатами лейкоцитов микрососудистого русла легких
- №2. закупоривании агрегатами эритроцитов микрососудистого русла легких
- №3. закупоривании агрегатами тромбоцитов микрососудистого русла легких
- №4. развитием иммунокомплексного воспаления
- №5. все перечисленное верно

Ответ 1

19. Наиболее частой причиной острого иммунного гемолиза является:

- №1. несовместимость крови донора и реципиента по системе резус
- №2. несовместимость крови донора и реципиента по система ABO
- №3. несовместимость крови донора и реципиента по системе Kell
- №4. наличием в донорской крови большого количества гемолизированных эритроцитов
- №5. нарушение техники размораживания крови

Ответ 2

20. Причины развития гемолитической болезни новорожденных (ГБН):

- №1 иммунологическая несовместимость крови матери и плода;
- №2 переливание матери несовместимой крови;
- №3 функциональные изменения со стороны печени у матери;
- №4 внутриутробная инфекция плода;
- №5 осложнение при родовспоможении

Ответ 1

Выходной контроль (11, 12 семестр)

1. Увеличение ретикулоцитов имеет место при:

- №1 Апластической анемии
- №2 Гипопластической анемии
- №3 Гемолитической анемии
- №4 Метастазах рака в кости
- №5 Все перечисленное верно

Ответ: 3

2. Одним из проявлений хронического лимфолейкоза может быть:

- №1 Гинекомастия
- №2 Гемолитическая анемия
- №3 Остеолитические очаги
- №4 Гиперкальциемия
- №5 Базофилия крови

Ответ: 2

3. Какой из следующих признаков является диагностическим для аутоиммунной гемолитической анемии:

- №1 Гипербилирубинемия за счет непрямой фракции

- №2 Трофические язвы голеней
 - №3 Спленомегалия
 - №4 Увеличение уровня Г-6-ФДГ
 - №5 Положительная непрямая проба Кумбса
- Ответ: 5

4. Выявление CD20-антигена на клетках опухоли позволяет назначить:

- №1 Цитозар
 - №2 Имматиниб
 - №3 Ритуксимаб
 - №4 Интрон А
- Ответ: 3

5. При классической болезни Ходжкина иммунологический фенотип представлен:

- №1 CD20+
 - №2 CD 15+, CD30+
 - №3 CD15-, CD4+
 - №4 CD5+, CD10+
 - №5 CD34+
- Ответ: 2

6. Для фазы акселерации ХМЛ характерно все, кроме:

- №1 резистентности к ранее проводимой терапии
 - №2 Спленомегалии
 - №3 Повышенного содержания базофилов в крови и костном мозге
 - №4 Тотальной бластной инфильтрации костного мозга
 - №5 Анемии и нередко тромбоцитопения
- Ответ: 4

7. Гипорегенераторный характер анемии указывает на все, кроме:

- №1 апластическая анемия;
 - №2 фолиеводефицитная анемия;
 - №3 железодефицитная анемия;
 - №4 аутоиммунная гемолитическая анемия.
- Ответ: 4

8. Проявлением каких из перечисленных заболеваний может быть аутоиммунная гемолитическая анемия:

- №1 системная красная волчанка;
- №2 гипертоническая болезнь;
- №3 подагра;
- №4 остеопороз;
- №5 гемохроматоз

Ответ: 1

9. Ph-хромосома (Филадельфийская) характерна для:

- №1 хронического миелолейкоза
- №2 хронического лимфолейкоза
- №3 эритремии
- №4 острого монобластного лейкоза

Ответ: 1

10. Что в миелограмме подтверждает острый лейкоз:

- №1 увеличение количества бластных клеток более 20%;
- №2 сужение эритроцитарного ростка;
- №3 уменьшение числа мегакариоцитов;
- №4 все перечисленные признаки;

Ответ: 1

11. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- №1 ангиоматозный
- №2 васкулитно-пурпурный
- №3 гематомный
- №4 смешанный
- №5 петехиально-экхимозно-пятнистый

Ответ: 5

12. Геморрагический микротромбоваскулит является заболеванием:

- №1 сцепленным с X-хромосомой
- №2 аллергическим
- №3 иммунодефицитным
- №4 иммунокомплексным

Ответ: 4

13. Тип кровоточивости при геморрагической микротромбоваскулите:

- №1 петехиально-экхимозный
- №2 гематомный
- №3 смешанный
- №4 васкулитно-пурпурный

Ответ: 4

14. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра:

№1 геморрагический васкулит

№2 болезнь Верльгофа

№3 гемофилия

№4 болезнь Рандю-Ослера

Ответ: 3

15. Тельца Жолли – это:

№1 внутриклеточные микроорганизмы;

№2 гранулы гемосидерина;

№3 остатки ядра мегалоцита;

№4 остатки цитоплазмы эритроцита.

Ответ: 3

16. Для клинической картины В12-дефицитной анемии характерно:

№1 нарушение болевой и тактильной чувствительности;

№2 желание есть мел, известку;

№3 койлонихии;

№4 участки гиперпигментации кожи;

№5 увеличение лимфатических узлов.

Ответ: 1

17. Выполнение стеральной пункции при подозрении на В12-дефицитную анемию:

№1 абсолютно неинформативно;

№2 необязательно;

№2 обязательно.

Ответ: 2

18. Через какой период времени от начала терапии В12-дефицитной анемии необходим контроль показателей общего анализа крови:

№1 2-3 дня;

№2 5-8 дней;

№3 через 1 месяц;

№4 через 2 – 3 месяца.

Ответ: 2

19. Б-0, э-2, Бл-0, п/м-0, ми-0, ю-0, п/я-4, с/я-69, л-22, м-3. В данной лейкоцитарной формуле есть следующие изменения:

№1 сдвиг лейкоцитарной формулы влево

№2 сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

№3 лейкомиический провал

№4 изменений нет

Ответ: 4

20. При увеличении уровня белка крови, СОЭ:

№1 увеличится

№2 уменьшится

№3 не изменится

Ответ: 1

Комплект вопросов для собеседования по дисциплине «Гематология, трансфузиология»

5, 6 семестр (3 курс)

Тема 1 Современные методы обследования больных с заболеваниями системы крови. Симптоматология анемий: классификация, основные клинические синдромы

1. Современное представление о схеме кроветворения.
2. Роль стромального микроокружения в гемопоэзе.
3. Кроветворные стволовые клетки костного мозга.
4. Органы кроветворения.
5. Клинический анализ крови: алгоритм оценки.
6. Анализ пунктата костного мозга.
7. Гистологическое исследование костного мозга и лимфоидных органов.
8. Иммунологические методы исследования.
9. Стандартная цитогенетика в метафазных пластинках.
10. Молекулярно-биологические методы исследования.
11. Методы исследования гемостаза.
12. Исследование М-градиента.
13. Определение анемии.
14. Этиология железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии.
15. Обмен железа.
16. Обмен витамина В12.
17. Клиническое значение микроэлементов в организме (железо и витамин В12)
18. Факторы риска развития железодефицитной, В12 – дефицитной анемии.
19. Патогенез железодефицитной, В12 – и фолиеводефицитной, гемолитической анемии.
20. Классификация анемий (этиопатогенетическая классификация Кассирского И.А., по степени тяжести, по способности костного мозга к регенерации, по цветовому показателю, по размеру эритроцитов)
21. Основные клинические признаки железодефицитной, В12 – дефицитной и фолиеводефицитной, гемолитической анемии, выявляемые при расспросе, осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации.

22. Характерные признаки, выявляемые при лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследованиях при каждом виде анемий.
23. Синдромы, составляющие клинику железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии. Фуникулярный миелоз. Сидеропенический синдром.

Тема 2 Симптоматология острых и хронических лейкозов: кроветворение в норме и при гемобластозах, классификация, основные клинические синдромы

1. Определение Гемобластоза.
2. Определение лейкоза. Понятие о хроническом и остром лейкозе.
3. Возможные этиологические и провоцирующие факторы ОЛ.
4. Состав опухолевой массы, наиболее специфичные маркеры опухоли.
5. Синдромы, составляющие клинику ОЛ – патогенез их развития.
6. Классификация ОЛ, наиболее характерные проявления.
7. Характерные изменения в общем анализе крови при ОЛ.
8. Основные клинические признаки ОЛ, выявляемые при расспросе, осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации.
9. Характерные признаки, выявляемые при лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследованиях при ОЛ.
10. Особенности клиники ОЛ, в зависимости формы ОЛ.
11. Критерии диагноза ОЛ (признаки верифицирующие болезнь: клинические и инструментальные).
12. Понятие индукции ремиссии, консолидации ремиссии, рестадирования, рецидива.

Тема 3 Симптоматология геморрагических диатезов: нормальный гемостаз и его нарушения, классификация, основные клинические синдромы

1. Определение системы гемостаза. Основные компоненты системы гемостаза.
2. Современные представления о процессе свертывания крови.
3. Типы кровоточивости по З.С. Баркагану. Клиническая характеристика каждого типа кровоточивости.
4. Гемофилия А и В. Патогенез, клиника, диагностика.
5. Наследственные и приобретенные тромбоцитопатии. Клинико-лабораторная диагностика.
6. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Патогенез, клинико-лабораторная диагностика.
7. Геморрагический васкулит (Болезнь Шенлейна-Геноха). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.

8. Наследственная телеангиэктазия (Болезнь Рандю-Ослера). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.

Тема 4 Организация службы крови. Донорство. Категории доноров. Медицинское освидетельствование донора. Обеспечение безопасности донорской крови.

1. Дайте определение понятиям «донор» и «реципиент».
2. Показания и противопоказания для переливания донорской крови.
3. Подготовка донора к кроводаче.
4. Подготовка реципиента к переливанию крови.
5. Показания к переливанию донорской крови – абсолютные и относительные.
6. Противопоказания к переливанию крови – абсолютные и относительные.

Тема 5 Антигенные системы эритроцитов. Система АВО, Резус.

1. Кровь как внутренняя среда организма, функции крови.
2. Группы крови и их антигенный состав.
3. Метод определения групп крови со стандартными гемагглютинирующими сыворотками.
4. Метод определения групп крови с использованием цоликлонов (моноклональных антигенов).
5. Резус-фактор и его определение экспресс-методом.
6. Пробы на совместимость по группе крови и резус-фактору, их значение.
7. Проба на биологическую совместимость крови донора и крови реципиента.
8. Хранение донорской крови и определение ее пригодности к переливанию.
9. Показания к переливанию донорской крови – абсолютные и относительные.
10. Противопоказания к переливанию крови – абсолютные и относительные.
11. Обязательная последовательность действий при подготовке реципиента к гемотрансфузии.
12. Наблюдение за пациентом во время гемотрансфузии и после переливания крови.

8 семестр (4 курс)

Тема 1 Анемии: железодефицитная, мегалобластная, гемолитическая. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

1. Определение анемии.
2. Этиология железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии.
3. Клиническое значение микроэлементов в организме (железо и витамин В12)
4. Факторы риска развития железодефицитной, В12 – дефицитной анемии.

5. Патогенез железодефицитной, В12 – и фолиеводефицитной, гемолитической анемии.
6. Классификация анемий (этиопатогенетическая классификация Кассирского И.А., по степени тяжести, по способности костного мозга к регенерации, по цветовому показателю, по размеру эритроцитов)
7. Основные клинические признаки железодефицитной, В12 – дефицитной и фолиеводефицитной, гемолитической анемии, выявляемые при расспросе, осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации.
8. Характерные признаки, выявляемые при лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследованиях при каждом виде анемий.
9. Синдромы, составляющие клинику железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии. Фуникулярный миелоз. Сидеропенический синдром.
10. Иммунные гемолитические анемии, классификация, патогенез, дифференциальный диагноз, лечение.
11. Врожденные гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.
12. Дифференциальный диагноз нормохромных нормоцитарных анемий.
13. Приобретенные гемолитические анемии. Диагностика, терапия.
14. Роль трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в терапии врожденных гемолитических анемий.

Тема 2 Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз, истинная полицитемия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

1. Хронический миелолейкоз. Основные цели и методы терапии.
2. Патогенез хронического миелолейкоза.
3. Тактика ведения больного с бластным кризом хронического миелолейкоза.
4. Патогенез Rh–негативных миелопролиферативных заболеваний.
5. Механизмы резистентности к ИТК у больных с хроническим миелолейкозом, пути их преодоления.
6. Различные ингибиторы bcr–abl, преимущества и недостатки.
7. Эозинофильный лейкоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Дифференциальная диагностика эозинофильного лейкоза и гиперэозинофильного синдрома.
9. Первичный миелофиброз. Патогенез, клиника, диагностика, диагностика.
10. Принципы терапии миелофиброза.
11. Вторичные миелофиброзы. Механизмы развития, диагностика.
12. Роль ТГСК в лечении миелофиброза.
13. Истинная полицитемия. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.
14. Эссенциальная тромбоцитемия. Дифференциальный диагноз с реактивными тромбоцитозами.

15. Эссенциальная тромбоцитемия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Группы риска миелофиброза. Роль определения группы риска в тактике ведения пациентов.
17. Лейкемоидные реакции миелоидного типа

Тема 3 Лимфопролиферативные заболевания: хронический лимфолейкоз, В-клеточные лимфомы. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

1. Хронический лимфолейкоз. Патогенез, диагностика. Биологические и клинические факторы прогноза.
2. Хронический лимфолейкоз. Показания к началу терапии. Терапия первой линии.
3. Хронический лимфолейкоз. Принципы терапии рецидивов заболевания.
4. Новые направления в терапии хронического лимфолейкоза.
5. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при хроническом лимфолейкозе. Особенности ведения пациентов.
6. Классификация и лечение индолентных неходжкинских лимфом.
7. Лимфома Беркитта. Патогенез, клиника, лечение.
8. Лимфома маргинальной зоны. Патогенез, классификация, подходы к терапии.
9. Лимфома Ходжкина. Варианты, диагностика, лечение.
10. Волосатоклеточный лейкоз. Патогенез, диагностика, современная терапия.
11. Современные подходы к терапии агрессивных В – клеточных лимфом.
12. Особенности диагностики и терапии пациентов с лимфомой мантийной зоны.
13. Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома. Особенности, диагностика, тактика ведения.
14. Дифференциальный диагноз хронических лимфопролиферативных заболеваний (лимфомы, хронический лимфолейкоз).
15. Т – клеточные неходжкинские лимфомы. Классификация, особенности клинических проявлений, подходы к терапии.

Тема 4 Острые лейкозы. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Особенности острых лейкозов в детском возрасте.

1. Определение Гемобластоза.
2. Определение лейкоза. Понятие о хроническом и остром лейкозе.
3. Возможные этиологические и провоцирующие факторы ОЛ.
4. Состав опухолевой массы, наиболее специфичные маркеры опухоли.
5. Синдромы, составляющие клинику ОЛ – патогенез их развития.

6. Классификация ОЛ, наиболее характерные проявления.
7. Характерные изменения в общем анализе крови при ОЛ.
8. Основные клинические признаки ОЛ, выявляемые при расспросе, осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации.
9. Характерные признаки, выявляемые при лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследованиях при ОЛ.
10. Особенности клиники ОЛ, в зависимости формы ОЛ.
11. Критерии диагноза ОЛ (признаки верифицирующие болезнь: клинические и инструментальные).
12. Понятие индукции ремиссии, консолидации ремиссии, рестадирования, рецидива.

Тема 5 Геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопатия, тромбоцитопения. Этиология патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

1. Определение системы гемостаза. Основные компоненты системы гемостаза.
 2. Современные представления о процессе свертывания крови.
 3. Типы кровоточивости по З.С. Баркагану. Клиническая характеристика каждого типа кровоточивости.
 4. Гемофилия А и В. Патогенез, клиника, диагностика.
 5. Наследственные и приобретенные тромбоцитопатии. Клинико-лабораторная диагностика.
 6. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Патогенез, клинико-лабораторная диагностика.
 7. Геморрагический васкулит (Болезнь Шенлейна-Геноха). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
 8. Наследственная телеангиэктазия (Болезнь Рандю-Ослера). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
 9. Тромбоцитопении. Классификация, патогенез, дифференциальный диагноз, лечение иммунной тромбоцитопении.
 10. Антифосфолипидный синдром. Клинико-лабораторная диагностика, профилактика тромбозов.
 11. Принципы терапии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
 12. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания при остром промиелоцитарном лейкозе. Особенности ведения пациентов.
 13. Наследственные тромбофилии. Клинико-лабораторная диагностика. Тактика ведения пациентов.
- Приобретенные тромбофилии. Механизмы развития, клинико-лабораторная диагностика.

Тема 1. Дифференциальный диагноз анемических состояний (гипохромные, эритропоэтин-зависимые, анемии хронических заболеваний, мегалобластные, гемолитические).

1. Определение анемии.
2. Этиология железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии.
3. Клиническое значение микроэлементов в организме (железо и витамин В12)
4. Факторы риска развития железодефицитной, В12 – дефицитной анемии.
5. Патогенез железодефицитной, В12 – и фолиеводефицитной, гемолитической анемии.
6. Классификация анемий (этиопатогенетическая классификация Кассирского И.А., по степени тяжести, по способности костного мозга к регенерации, по цветовому показателю, по размеру эритроцитов)
7. Основные клинические признаки железодефицитной, В12 – дефицитной и фолиеводефицитной, гемолитической анемии, выявляемые при расспросе, осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации.
8. Характерные признаки, выявляемые при лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследованиях при каждом виде анемий.
9. Синдромы, составляющие клинику железодефицитной, В12 – дефицитной, гемолитической анемии. Фуникулярный миелоз. Сидеропенический синдром.
10. Иммунные гемолитические анемии, классификация, патогенез, дифференциальный диагноз, лечение.
11. Врожденные гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.
12. Дифференциальный диагноз нормохромных нормоцитарных анемий.
13. Приобретенные гемолитические анемии. Диагностика, терапия.
14. Роль трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в терапии врожденных гемолитических анемий.

Тема 2. Дифференциальный диагноз лимфопролиферативного синдрома (лимфаденопатии, спленомегалии, лейкомоидные реакции лимфоцитарного типа). Алгоритм диагностики и подходы к терапии лимфомы Ходжкина и неходжкинских лимфом.

4. Хронический лимфолейкоз. Патогенез, диагностика. Биологические и клинические факторы прогноза.

5. Хронический лимфолейкоз. Показания к началу терапии. Терапия первой линии.
6. Хронический лимфолейкоз. Принципы терапии рецидивов заболевания.
14. Новые направления в терапии хронического лимфолейкоза.
15. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при хроническом лимфолейкозе. Особенности ведения пациентов.
16. Классификация и лечение индолентных неходжкинских лимфом.
17. Лимфома Беркитта. Патогенез, клиника, лечение.
18. Лимфома маргинальной зоны. Патогенез, классификация, подходы к терапии.
19. Лимфома Ходжкина. Варианты, диагностика, лечение.
20. Волосатоклеточный лейкоз. Патогенез, диагностика, современная терапия.
21. Современные подходы к терапии агрессивных В – клеточных лимфом.
22. Особенности диагностики и терапии пациентов с лимфомой мантийной зоны.
23. Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома. Особенности, диагностика, тактика ведения.
24. Дифференциальный диагноз хронических лимфопролиферативных заболеваний (лимфомы, хронический лимфолейкоз).
25. Т – клеточные неходжкинские лимфомы. Классификация, особенности клинических проявлений, подходы к терапии.

Тема 3. Дифференциальный диагноз парапротейнемий (понятие моноклональных гаммапатий, критерии диагноза, алгоритм диагностики и современные подходы к терапии парапротейнемических гемобластозов: множественной миеломы и болезни Вальденстрема).

1. Моноклональные гаммапатии. Определение. Критерии диагноза. Алгоритм диагностики.
2. Дифференциальный диагноз моноклональных гаммапатий.
3. Множественная миелома. Определение, патогенез, диагностика.
4. Основные клинические проявления и осложнения при множественной миеломе.
5. Современные подходы к терапии множественной миеломы.
6. Роль ТКМ в лечении множественной миеломы.
7. Болезнь Вальденстрема. Определение, патогенез, диагностика.
8. Основные клинические проявления и осложнения при болезни Вальденстрема.
9. Современные подходы к терапии болезни Вальденстрема.

Тема 4. Дифференциальный диагноз миелопролиферативного синдрома (лейкемоидные реакции миелоидного типа, вторичные эритроцитозы, вторичные тромбоцитозы). Критерии диагноза, дифференциальная диагностика и современные подходы к терапии хронических миелопролиферативных заболеваний.

1. Хронический миелолейкоз. Основные цели и методы терапии.
2. Патогенез хронического миелолейкоза.
3. Тактика ведения больного с бластным кризом хронического миелолейкоза.
4. Патогенез Ph–негативных миелопролиферативных заболеваний.
5. Механизмы резистентности к ИТК у больных с хроническим миелолейкозом, пути их преодоления.
6. Различные ингибиторы bcr–abl, преимущества и недостатки.
7. Эозинофильный лейкоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Дифференциальная диагностика эозинофильного лейкоза и гиперэозинофильного синдрома.
9. Первичный миелофиброз. Патогенез, клиника, диагностика, диагностика.
10. Принципы терапии миелофиброза.
11. Вторичные миелофиброзы. Механизмы развития, диагностика.
12. Роль ТГСК в лечении миелофиброза.
13. Истинная полицитемия. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.
14. Эссенциальная тромбоцитемия. Дифференциальный диагноз с реактивными тромбоцитозами.
15. Эссенциальная тромбоцитемия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Группы риска миелофиброза. Роль определения группы риска в тактике ведения пациентов.
17. Лейкемоидные реакции миелоидного типа

Тема 5. Дифференциальная диагностика геморрагического синдрома. Критерии диагноза геморрагических диатезов и современные стандарты лечения.

1. Определение системы гемостаза. Основные компоненты системы гемостаза.
2. Современные представления о процессе свертывания крови.
3. Типы кровоточивости по З.С. Баркагану. Клиническая характеристика каждого типа кровоточивости.
4. Гемофилия А и В. Патогенез, клиника, диагностика.
5. Наследственные и приобретенные тромбоцитопатии. Клинико-лабораторная диагностика.

6. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Патогенез, клинико-лабораторная диагностика.
7. Геморрагический васкулит (Болезнь Шенлейна-Геноха). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
8. Наследственная телеангиэктазия (Болезнь Рандю-Ослера). Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
9. Тромбоцитопении. Классификация, патогенез, дифференциальный диагноз, лечение иммунной тромбоцитопении.
10. Антифосфолипидный синдром. Клинико-лабораторная диагностика, профилактика тромбозов.
11. Принципы терапии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
12. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания при остром промиелоцитарном лейкозе. Особенности ведения пациентов.
13. Наследственные тромбофилии. Клинико-лабораторная диагностика. Тактика ведения пациентов.
14. Приобретенные тромбофилии. Механизмы развития, клинико-лабораторная диагностика.

Тема 6. Апластические состояния кроветворения: лейкопении, апластическая анемия. Миелодиспластический синдром, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.

1. Распространенность апластической анемии в популяции, заболеваемость, прогноз.
2. Классификация апластических анемий.
3. Современные представления о патогенезе апластической анемии.
4. Клиническая картина, критерии диагноза апластической анемии.
5. Современные подходы к лечению апластической анемии.
6. Распространенность агранулоцитоза в популяции, заболеваемость, прогноз.
7. Классификация агранулоцитоза.
8. Современные представления об этиологии и патогенезе агранулоцитоза.
9. Клиническая картина, критерии диагноза гаптенового агранулоцитоза.
10. Современные подходы к лечению гаптенового агранулоцитоза.
11. Миелодиспластический синдром.
12. Методы иммунодиагностики и молекулярной биологии в гематологии.

Тема 7. Антигенные системы эритроцитов. Подгруппы в системе ABO, фенотип системы резус. Алгоритм выполнения гемотрансфузий

13. Кровь как внутренняя среда организма, функции крови.
14. Группы крови и их антигенный состав.

15. Метод определения групп крови со стандартными гемагглютинирующими сыворотками.
16. Метод определения групп крови с использованием цоликлонов (моноклональных антигенов).
17. Резус-фактор и его определение экспресс-методом.
18. Пробы на совместимость по группе крови и резус-фактору, их значение.
19. Проба на биологическую совместимость крови донора и крови реципиента.
20. Хранение донорской крови и определение ее пригодности к переливанию.
21. Показания к переливанию донорской крови – абсолютные и относительные.
22. Противопоказания к переливанию крови – абсолютные и относительные.
23. Обязательная последовательность действий при подготовке реципиента к гемотрансфузии.
24. Наблюдение за пациентом во время гемотрансфузии и после переливания крови.

Тема 8. Компоненты донорской крови. Технологии производства. Применение в клинической практике.

1. Основные показания и противопоказания к переливанию крови;
2. Основные особенности крови донора и реципиента – группа крови и резус-фактор;
3. Основные принципы переливания крови – одноименности по группе крови и резус-фактору, совместимости по группе крови и резус-фактору и индивидуальной биологической совместимости;
4. Возможные осложнения при переливании крови и алгоритм действий медицинской сестры;
5. Правила хранения цельной донорской крови и ее компонентов;
6. Правила личной безопасности при работе с кровью и основные направления деятельности медицинской сестры отделения переливания крови.

Тема 9. Гемотрансфузионные реакции и осложнения.

1. Возможные осложнения при переливании донорской крови, причины развития осложнений.
2. Алгоритм действий медсестры при гемотрансфузионном шоке.
3. Профилактика гемотрансфузионных осложнений.
4. Группы инфузионных растворов для длительной инфузионной терапии.
5. Правила выполнения длительной инфузионной терапии.
6. Осложнения длительной инфузионной терапии.

7. Алгоритм действий при аллергической реакции во время гемотрансфузии.
8. Алгоритм действий при остром расширении границ сердца и других осложнениях при переливании донорской крови.
9. Правила безопасности для медицинского персонала при работе с кровью.

Критерии оценки:

Оценка «**отлично**» выставляется, если обучающейся уверенно оперирует конкретными знаниями, мыслит логично, речь грамотная.

Оценка «**хорошо**» выставляется, если обучающемуся показал прочные знания при

малозначительных неточностях, пропусках, ошибках.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется, если обучающейся допускает серьезные

ошибки, ответы неполные, нарушена логика изложения, но на дополнительные вопросы дает более адекватные ответы.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется, если обучающейся показал отрывочные, несистематизированные знания, не ответил на дополнительные вопросы.

Клинический эпикриз

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО Минздрава России)

Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ

(фамилия, имя, отчество больного)

(полный клинический диагноз: основной, осложнения, сопутствующие заболевания)

Заведующий кафедрой _____

Преподаватель _____

Куратор: студент _____ курса _____

группы _____

факультета _____

(ФИО студента)

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Пол.
3. Возраст.
4. Постоянное место жительства.
5. Профессия.
6. Дата поступления.
7. Дата курации.

II. ЖАЛОБЫ а) на момент курации; б) на момент госпитализации

В этот раздел заносятся жалобы больного, предъявляемые им в день курации (осмотра) и госпитализации, и приводится их детальная характеристика. К основным жалобам относят болезненные (беспокоящие) ощущения, являющиеся непосредственным поводом для обращения больного к врачу, увеличение лимфатических узлов, снижение массы тела, выраженная потливость, особенно ночная, повышение температуры тела, кожный зуд, новообразования на коже, слизистых, боли в костях, отеки, нарушение зрения, головные боли, дискомфорт в животе и чувство быстрого насыщения, кровоточивость, одышку и др. Каждую жалобу необходимо максимально детализировать, т.е. уточнить точную локализацию боли, факторы, которые провоцируют ее появление, характер, чем купируется.

Если больной предъявляет жалобы на лихорадку, следует уточнить быстроту и степень повышения температуры, пределы ее колебаний в течение суток, длительность лихорадочного периода, наличие ознобов, потливости и связи лихорадки с другими болезненными явлениями (кашлем, одышкой, болями в животе, желтухой и т.п.). Связь лихорадки и снижения массы тела.

При лимфоаденопатии и появлении различных новообразований на коже и слизистых – болезненность, нарушение глотания, дыхания, зуд и прочее.

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

В этом разделе подробно в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента обследования куратором.

Уточняемые вопросы:

1. В течение какого времени считает себя больным?
2. Когда, где и при каких обстоятельствах заболел впервые?
3. С каких ощущений, жалоб началось заболевание?
4. Факторы, способствующие началу заболевания.
5. Первое обращение к врачу, результаты проводившихся исследований, диагноз заболевания, лечение в тот период, его эффективность.
6. Последующее течение заболевания:
 - а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов и дальнейшее развитие всех признаков заболевания;
 - б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
 - в) применявшиеся лечебные и диагностические мероприятия (стационарное или амбулаторное обследование и лечение, медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др. методы),
 - г) результаты диагностических исследований (анализ крови, миелограммы, гистологического исследования костного мозга, мочи, протеинограммы, иммунофенотипирования опухолевых клеток и тканей, генетического и молекулярного исследования костного мозга, ЭКГ, данные рентгенологического исследования, компьютерной томографии и т.д.;
 - д) эффективность проводившейся ранее терапии;
 - г) трудоспособность за период заболевания.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Из анамнеза жизни приводится в сокращенном варианте, подчеркиваются лишь те моменты, которые могут иметь какое-либо отношение к заболеванию и тактике проводимой терапии у больного.

Семейно-половой анамнез: для женщин — время появления менструаций, их периодичность, продолжительность менструаций, количество отделений. Беременность, роды и аборт (самопроизвольные и искусственные), их количество и осложнения. Климакс и его течение. Время окончания менструаций (менопауза).

Трудовой анамнез: Условия и режим труда (ночные смены, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.п.). Профессиональные вредности (воздействие токсических химических соединений, пыли, ионизирующей радиации и других вредностей).

Вредные привычки: курение, с какого возраста, в каком количестве. Употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве. Употребление наркотиков. Токсикомания.

Перенесенные заболевания в хронологической последовательности излагаются тяжелые перенесенные заболевания, операции, травмы, ранения, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний, травм и их осложнений и проводившегося лечения. Особо указать на перенесенные или имеющиеся инфекционные заболевания, ВИЧ-инфекцию, венерические болезни, туберкулез, желтуху. Отметить, переливалась ли ранее кровь, были ли реакции на переливание. Указать, производилось ли парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев.

Аллергологический анамнез : непереносимость различных медикаментов, вакцин и сывороток пищевых продуктов. Наличие аллергических реакций (вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке, сывороточной болезни), причины этих реакций, их сезонность.

V. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Отягощенная наследственность: наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований (заболеваний крови), сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульты), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.) и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников в анамнезе туберкулеза и сифилиса.

V. ВЫДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Студент проводит классический посистемный осмотр больного и анализирует стационарную медицинскую документацию (стационарную историю болезни, данные лабораторных и инструментальных методов исследования).

На основании собранных жалоб на момент курации и госпитализации, анамнеза заболевания и жизни, проведенного осмотра пациента по органам и системам и анализа данных проведенных клинических и инструментальных методов исследования студент выделяет клинические и параклинические синдромы, имеющиеся у больного на момент курации, госпитализации или в анамнезе. Начинается описание с ведущего и наиболее специфического синдрома (лимфопролиферативный синдром, миелопролиферативный синдром, остеомедуллярный синдром, синдром белковой патологии, геморрагический синдром и др.), на основании которого далее возможно будет провести качественную дифференциальную диагностику. Каждый синдром подробно обосновывается. Обычное описание по органам и системам не приводится. Данные лабораторных и инструментальных исследований полностью также не приводятся.

VI. ПЛАН ДООБСЛЕДОВАНИЯ

План дообследования больного приводится на основе анализа жалоб больного, собранного анамнеза, проведенного осмотра, анализа выполненных лабораторных и инструментальных методов исследования, выделенных клинических и параклинических синдромов. План дообследования включает в себя лабораторные и инструментальные методы исследования, не выполненные ранее, но необходимые для проведения более качественного дифференциально-диагностического поиска, обоснования клинического диагноза и стадии основного заболевания, сопутствующего заболевания, выбора оптимальной терапевтической тактики или прогноза.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в истории болезни в течение первых трех дней пребывания больного в стационаре, после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и заключений специалистов-консультантов. Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми классификациями и включает:

- 1) развернутый диагноз основного заболевания:
 - а) название заболевания;
 - б) клиническая, клинико-морфологическая или патогенетическая его форма;
 - в) характер течения;
 - г) стадии, фазы, степени активности процесса;
 - д) степени (стадии) функциональных расстройств или тяжести заболевания;
- 2) диагноз осложнений основного заболевания;
- 3) развернутый диагноз сопутствующих заболеваний.

Далее приводится обоснование клинического диагноза и стадии заболевания на основании существующих современных критериев диагноза, стадии, группы риска, сопутствующих заболеваний.

VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В этом разделе приводится дифференциальный диагноз с 3-4 заболеваниями из других нозологических групп, имеющих сходный ведущий синдром. Задачей дифференциального диагноза является исключение заболеваний, имеющих аналогичный синдром.

С этой целью:

- 1) перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные симптомы и синдромы;
- 3) доказывается, что у больного имеется ряд существенных патологических симптомов и синдромов, не характерных для этих сходных заболеваний;
- 4) доказывают, что у больного отсутствует ряд существенных симптомов и синдромов, характерных для дифференцируемых сходных заболеваний;
- 5) на основании такого сопоставления клинической картины, имеющейся у данного больного, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний, делают заключение об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза.

IX. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В этом разделе излагаются цели, задачи, основные принципы и современные методы и средства лечения данного заболевания и профилактики его осложнений (режим, диета, медикаментозные (курсы химиотерапии, гормональной терапии, таргетной терапии и др.) и физические средства, санаторно-курортное лечение) с указанием эффективности той или иной терапии.

После этого на основе гистологического варианта и стадии заболевания, представлений об индивидуальных особенностях клинического течения заболевания, морфологического и функционального состояния органов, а также с учетом социального и психологического статуса больного, разрабатываются конкретные, наиболее оптимальные лечебные и профилактические мероприятия у данного больного.

Прежде всего, необходимо определить реальные цели лечения данного больного: полное выздоровление, достижение полной ремиссии, частичной ремиссии, стабилизации процесса, улучшение прогноза, трудоспособности.

Далее необходимо определить основные направления лечения. К ним относятся:

- а) этиологическое лечение, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих факторов, факторов риска (курсы химиотерапии, гормональной терапии, таргетной терапии др.),
- б) патогенетическое лечение, имеющее целью воздействие на основные механизмы болезни у данного больного (воспаление, функциональные нарушения, дефицит определенных факторов, иммунодефицит и др.);
- в) симптоматическое лечение, применяемое при неэффективности или невозможности первых двух (заместительные гемотрансфузии и пр.)

г) сопроводительная терапия, применяемая для снижения выраженности осложнений этиологического и патогенетического лечения (трансфузионная терапия, низкомолекулярные гепарины, ферменты, гепатопротекторы и пр.).

По отношению к каждому направлению следует определить и обосновать выбор конкретных лечебных мероприятий, уточнить дозу, пути и частоту введения с учетом имеющихся показаний и противопоказаний в отношении данного больного. Необходимо отметить отдельно возможные нежелательные (побочные) эффекты всех назначаемых лечебных мероприятий.

Все медикаментозные средства даются в рецептурной прописи.

Х. ПРОГНОЗ

Прогноз обосновывается данными, полученными при исследовании больного во время курации. Он включает:

а) прогноз для здоровья (возможно ли выздоровление или ухудшение при хроническом заболевании и при каких условиях);

б) прогноз для жизни (угрожает ли заболевание жизни больного);

в) прогноз для трудовой реабилитации (степень ограничения трудоспособности, инвалидность — временная или постоянная).

При определении прогноза для жизни и здоровья необходимо учитывать существующие прогностические шкалы для конкретных заболеваний.

Гемограммы

HEMOCHROME 1					RESULT		REFERENS		
WBC - WhiteBloodCells					2,4	*10^9/L	4.0 - 9.0		
NEUT# (Neutrophilgranulocytes)					0,6	*10^9/L	1.8 - 7.0		
LYM# (Lymphocytes)					0,1	*10^9/L	0.7 - 3.9		
MON#(Monocytes)					1,7	*10^9/L	0.1 - 0.8		
EO# (Eosinophilgranulocytes)					0	*10^9/L	0 - 0.5		
BA# (Basophilgranulocytes)					0	*10^9/L	0 - 0.4		
RBC - RedBloodCells					2,5	*10^12/L	3.5 - 5.9		
HGB - Hemoglobin					87	g/L	120 - 170		
HCT - Hematocrit					0,25	L/L	0.39 - 0.49		
MCV - MeanCorpuscularVolume					81	fL	76 - 100		
MCH - MeanCorpuscularHemoglobin					29	pg	28 - 33		
MCHC - Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration					324	g/L	320 - 360		
RDW - Red Cell Distribution Width					13,1	%	11.5 - 14.5		
RT - Reticulocytes					0,1	%	0.5 - 2		
PLT - Platelets					12	*10^9/L	150 - 400		
PDW - PlateletDistributionWidth					15,6	%	15 - 17		
MPV - MeanPlateletVolume					7,2	fL	7 - 8		
PCT - PlateletCrit					0,193	%	0.108 - 0.282		
Время свёртывания по Сухареву					2'-5'30"	мин	От 30"-2' до 3'-5'		
Длительность кровотечения по Дюке (Duke)					12	мин	2-4		
СОЭ					50	мм/час	3-20		
LeucocyteFormula									
Б	Э	Бл	П/м	М	Ю	П/я	С/я	Л	Мо
0	0	54	0	0	0	1	10	31	4

HEMOCHROME 2					RESULT		REFERENS		
WBC - WhiteBloodCells					98	*10^9/L	4.0 - 9.0		
NEUT# (Neutrophilgranulocytes)					5,6	*10^9/L	1.8 - 7.0		
LYM# (Lymphocytes)					91,5	*10^9/L	0.7 - 3.9		
MON#(Monocytes)					0,4	*10^9/L	0.1 - 0.8		
EO# (Eosinophilgranulocytes)					0,3	*10^9/L	0 - 0.5		
BA# (Basophilgranulocytes)					0,2	*10^9/L	0 - 0.4		
RBC - RedBloodCells					2,76	*10^12/L	3.5 - 5.9		
HGB - Hemoglobin					92	g/L	120 - 170		
HCT - Hematocrit					0,34	L/L	0.39 - 0.49		
MCV - MeanCorpuscularVolume					78	fL	76 - 100		
MCH - MeanCorpuscularHemoglobin					29	pg	28 - 33		
MCHC - Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration					325	g/L	320 - 360		
RDW - Red Cell Distribution Width					11,7	%	11.5 - 14.5		
RT - Reticulocytes					7	%	0.5 - 2		
PLT - Platelets					178	*10^9/L	150 - 400		
PDW - PlateletDistributionWidth					15,6	%	15 - 17		
MPV - MeanPlateletVolume					7	fL	7 - 8		
PCT - PlateletCrit					0,156	%	0.108 - 0.282		
Время свёртывания по Сухареву					1'20"-4'25"	мин	От 30"-2' до 3'-5'		
Длительность кровотечения по Дюке (Duke)					3,5	мин	2-4		
СОЭ					33	мм/час	3-20		
LeucocyteFormula									
Б	Э	Бл	П/м	М	Ю	П/я	С/я	Л	Мо
0	1	0	0	0	0	0	21	78	0

*Тени цитолиза в частых полях зрения

Гемостазиограммы

Исследование системы гемостаза №1

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	118		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	

Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		64	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		70	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		55	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		48	50-70%
с коллагеном	%		80	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	31,2		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	8,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	300		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	16,1		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	85		70-130
Тромбиновое время	с	19		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,14		0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	5,62		2-4,5
Содержание плазминогена	%	110%		80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1		0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	90		80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	0,9		0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	130		80-120%
Экспресс люпус тест	с	0,8		0,79-1,19с

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	20		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		45	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		70	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		10	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		65	50-70%
с коллагеном	%		45	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	40		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	10,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	200		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	15		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	80		70-130
Тромбиновое время	с	18		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,0		0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	4		2-4,5
Содержание плазминогена	%	100%		80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,2		0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	90		80-120 %

Резистентность V фактора к АПС	НО	0,9	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	70	80-120%
Экспресс люпус тест	с	0,8	0,79-1,19с

Исследование гемостаза №3

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	100		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		50	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		70	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		68	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		65	50-70%
с коллагеном	%		80	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	50		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	5,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	650		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	25		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	50		70-130
Тромбиновое время	с	25		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		6		0,9- 1,1

Концентрация фибриногена в плазме	г/л	1,5	2-4,5
Содержание плазминогена	%	125%	80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,0	0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	125	80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	0,95	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	80	80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,10	0,79-1,19с

В ОАК Нв 80г/л, Тромбоциты- 410тыс., Лейкоциты – 10 тыс, Пациент поступил в приемный покой с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение . Бледность кожных покровов, состояние прекома. Из данных амбулаторной карты – постоянная форма фибрилляции предсердий, ГБ II, АГ 3, риск 3, ХСН I. Постоянно принимает кардиомагнил 75мг, варфарин 5мг, ренитек 20мг в сутки.

Исследование гемостаза №4

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	60		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		50	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		50	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		40	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		30	50-70%
с коллагеном	%		45	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	70		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	24,0		Менее 4,0

д-димеры	Нг/мл	2000	Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	20	13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	40	70-130
Тромбиновое время	с	30	18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		3	0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	0,85	2-4,5
Содержание плазминогена	%	200%	80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,8	0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	130	80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	1,3	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	75	80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,05	0,79-1,19с

В ОАК Нв 86г/л, Тромбоциты- 90тыс., Лейкоциты – 11 тыс, в формуле Б-0%, Э-0%, Ю-5%, П/я – 10% , С/я 68%, Лф -17, М-0.

Исследование гемостаза №5

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	60		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		90	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		80	50-70%

с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		90	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		85	50-70%
с коллагеном	%		95	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	25		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	15,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	1400		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	18		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	70		70-130
Тромбиновое время	с	19		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,0		0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	5,0		2-4,5
Содержание плазминогена	%	150%		80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,6		0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	140		80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	0,5		0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	75		80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,05		0,79-1,19с

Показатели ОАК в пределах нормы.

Исследование гемостаза №6

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	100		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на		Степень	Показатель	

ареометре):		агрегации	агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		70	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		68	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		65	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		85	50-70%
с коллагеном	%		60	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	70		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	3,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	400		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	17		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	80		70-130
Тромбиновое время	с	18		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,0		0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	4,0		2-4,5
Содержание плазминогена	%	100%		80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,2		0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	110		80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	1		0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	85		80-120%
Экспресс люпус тест	с	2,05		0,79-1,19с

Женщина 36 лет. Показатели ОАК в пределах нормы. В анамнезе привычное невынашивание на сроках 10-12 недель.

Исследование гемостаза №7

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	100		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		70	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		68	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		70	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		85	50-70%
с коллагеном	%		60	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	120		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	3,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	200		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	17		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	80		70-130
Тромбиновое время	с	18		18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,05		0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	4,0		2-4,5
Содержание плазминогена	%	110%		80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,2		0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	100		80-120 %

Резистентность V фактора к АПС	НО	1,2	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	1%	80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,05	0,79-1,19с

Показатели ОАК в пределах нормы. Макрогематурия в ОАМ.

Исследование гемостаза №8

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	85		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		Степень агрегации	Показатель агрегации	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		40	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		30	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		10	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		50	50-70%
с коллагеном	%		35	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	25		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	7,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	200		Менее 250
Протромбиновое время(ПВ)	с	15		13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	80		70-130
Тромбиновое время	с	19		18-24
Международное нормализованное отношение		1,05		0,9- 1,1

(МНО)			
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	4,0	2-4,5
Содержание плазминогена	%	100%	80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,0	0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	100	80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	1,0	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	90%	80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,05	0,79-1,19с

Показатели ОАК в пределах нормы. Сколиотическая деформация позвоночника, дополнительная хорда по данным ЭХОКС.

Исследование гемостаза №9

Тесты	Ед измер	Значения		Норма (контроль)
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз				
Активность фактора Виллебранда	%	120		80-120%
Агрегация тромбоцитов (на агрегометре):		<i>Степень агрегации</i>	<i>Показатель агрегации</i>	
Спонтанная агрегация	Отн. Ед.		80	50-70%
Агрегация с добавлением АДФ: 5.0 мкМ	%		78	50-70%
с рисгомицином (0.17 мкг/мл)	%		60	50-70%
с адреналином (10 мкг/мл)	%		90	50-70%
с коллагеном	%		76	50-70%
Плазменный гемостаз				
АЧТВ (АПТВ)	с	27		21-35 сек
рфмк в плазме	мг/100мл	10,0		Менее 4,0
д-димеры	Нг/мл	230		Менее 250

Протромбиновое время(ПВ)	с	17	13-18
Протромбиновый индекс(ПТИ)	%	80	70-130
Тромбиновое время	с	18	18-24
Международное нормализованное отношение (МНО)		1,05	0,9- 1,1
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	3,0	2-4,5
Содержание плазминогена	%	100%	80-120%
Скрининг Системы протеина С	НО	1,0	0,7-1,6
Содержание антитромбина III	%	100	80-120 %
Резистентность V фактора к АПС	НО	1,0	0,8-1,4
Активность фактора VIII	%	80%	80-120%
Экспресс люпус тест	с	1,05	0,79-1,19с

Показатели ОАК: Нв 135г/л, Тромбоциты- 450тыс., Лейкоциты – 11 тыс, СОЭ 25 мм/ч. На фоне ОРЗ и приема амоксиклава отметил появление папулезно-геморрагической сыпи на коже нижних конечностей.

Миелограммы

Городской гематологический центр

МИЕЛОГРАММА 1

Больной N Возраст 63 года

материал: стернальный пунктат
мегакариocyты 1 на 400 клеток

индексы: лейко\эритро	4:1
созревания	
нейтрофилов	1,1 (0,6-0,7)
эритрокариocyтов	0,9 (0,7-0,8)

Бластные клетки 5,75 %

Гранулоциты: 36,75 %

	нейтрофилы	эозинофил	базофилы
промиелоциты	8,0 %	0 %	
миелоциты	1,5 %	0 %	0 %
метамиелоциты	10 %	0 %	
палочкоядерные	14,25 %	0 %	
сегментоядерные	3,0 %	0 %	0 %

Мегалобластоиды:

Эритропоэз: 21,5 % эритробласты 0,5 % проэритроциты 0,5 %
нормоциты:

базофильные	полихроматофильные	оксифильные
2,0 %	4,75 %	13,75 %

Гистиоцитарно-макрофагальные клетки:

моноциты	макрофаги	клетки стромы
4,5 %	0 %	0 %

Лимфоцитограмма:

лимфоциты 27,25 % плазматические клетки 4,25 %

Заключение: Мазки стернального пунктата достаточно клеточные. Отмечены черты дисплазии эритрона и нейтрофильного ростка. Нейтрофильный росток сужен. Нарушено созревание нейтрофилов. Встречен один мегакариоцит функциональнодеятельный. Повышен бластоз.

Городской гематологический центр

МИЕЛОГРАММА 2

Больной N Возраст 46 лет

материал: стернальный пунктат
мегакариоциты 1 на 400 клеток

индексы: лейко\эритро	9:1	
созревания		
нейтрофилов	0,5	(0,6-0,7)
эритрокариоцитов	0,3	(0,7-0,8)

Бластные клетки 6,3 %

Гранулоциты:	59,6 %		
	нейтрофилы	эозинофил	базофилы
промиелоциты	1,3 %	0 %	
миелоциты	13,0 %	0,3 %	0 %
метамиелоциты	6,0 %	0 %	
палочкоядерные	5,3 %	0 %	
сегментоядерные	34,0 %	2,0 %	0 %

Мегалобластоиды:

Эритропоэз: 11,0 % эритробласты 1,0 % пронормоциты 0 %
нормоциты:

базофильные	полихроматофильные	оксифильные
5,7 %	3,0 %	0,7 %

Гистиоцитарно-макрофагальные клетки:

моноциты	макрофаги	клетки стромы
1,0 %	0 %	0 %

Лимфоцитограмма:

лимфоциты 18,3 % плазматические клетки 1,3 %

Заключение: Стернальный пунктат клеточный, представлен всеми ростками кроветворения. Повышен бластоз – 6,3%. Бласты расположены по препарату неравномерно, в некоторых полях зрения 2-3 клетки. Эритрон сужен, сильно омоложен, выражен дизэритропоэз. Гранулоцитарный ряд без нарушения созревания, с чертами дисплазии. Мегакариоциты по препарату в небольшом количестве, зрелые, не функционируют.

Городской гематологический центр

МИЕЛОГРАММА 3

Больной N

Возраст 52 года

материал: стернальный пунктат
мегакариocyты 1 на 400 клеток

индексы: лейко\эритро	1,3:1	
созревания		
нейтрофилов	1,2	(0,6-0,7)
эритрокариоцитов	1,1	(0,7-0,8)

Бластные клетки 2,75 %

Гранулоциты: 43,0 %

	нейтрофилы	эозинофил	базофилы	
промиелоциты	2,25	-	-	%
миелоциты	6,25			%
метаиелоциты	14,75			%
палочкоядерные	10,75			%
сегментоядерные	9,0			%

Мегалобластоиды:

Эритропоэз: 43,25 % эритробласты 3% проноормоциты 6,75%
нормоциты:

базофильные	полихроматофильные	оксифильные
10,75 %	13,5 %	9,25 %

Гистиоцитарно-макрофагальные клетки:

моноциты	макрофаги	клетки стромы
0,25 %	0 %	0 %

Лимфоцитограмма:

лимфоциты 10,75 %

Заключение: Стернальный пунктат клеточный. Мегалобластный тип кроветворения. Эритрон раздражен, отмечена диссоциация созревания ядра и цитоплазмы эритрокариоцитов. Макроцитоз эритроцитов, мегалоциты с тельцами Жолли. Нейтрофильный росток сужен, нарушено созревание элементов гранулоцитарного ростка, полисегментоядерность нейтрофилов. Мегакариоцитоз, много молодых форм.

Городской гематологический центр

МИЕЛОГРАММА 4

Больной N Возраст 39 года

материал: стернальный пунктат
мегакариоциты 0 на 400 клеток

индексы: лейко\эритро	1,5:1	
созревания		
нейтрофилов	1,2	(0,6-0,7)
эритрокариоцитов	0,4	(0,7-0,8)

Бластные клетки 0,5 %

Гранулоциты:	42,5 %		
	нейтрофилы	эозинофил	базофилы
промиелоциты	1,5	4	%
миелоциты	11,5	0,5	%
метамиелоциты	10,5	1	%
палочкоядерные	5,25		%
сегментоядерные	13,75	9,5	%

Мегалобластоиды:

Эритропоэз: 40 % эритробласты % пронормоциты 10,5 %
нормоциты:

базофильные	полихроматофильные	оксифильные
12,5 %	12 %	5 %

Гистиоцитарно-макрофагальные клетки:

моноциты	макрофаги	клетки стромы
1 %	0 %	0 %

Лимфоцитограмма:

лимфоциты 11 % плазматические клетки 1 %

Заключение: Стернальный пунктат клеточный. Мегалобластный тип кроветворения. Бласты 0,5%. Эритрон расширен, выражен дизэритропоэз (мегалобластность ядер, тельца Жолли, цитоплазматические мостики). Нарушена дифференцировка элементов костного мозга. Макроформы гранулоцитов. Мегакариоциты в достаточном количестве.

Городской гематологический центр

МИЕЛОГРАММА 5

Больной N Возраст 46 лет

материал: стернальный пунктат
мегакариоциты 0 на 400 клеток

индексы: лейко\эритро	32:1	
созревания		
нейтрофилов	0,1	(0,6-0,7)
эритрокариоцитов	0,9	(0,7-0,8)

Бластные клетки 0 %

Гранулоциты:	31,5 %		
	нейтрофилы	эозинофил	базофилы
промиелоциты	0 %		
миелоциты	0,25 %	0 %	0 %
метамиелоциты	1,5 %	0 %	
палочкоядерные	2,5 %	0 %	
сегментоядерные	27,25 %	1,0 %	0,75 %

Мегалобластоиды:

Эритропоэз: 2,75 % эритробласты 0 % пронормоциты 0 %
нормоциты:

базофильные	полихроматофильные	оксифильные
0,75 %	0,75 %	1,25 %

Гистиоцитатрно-макрофагальные клетки:

моноциты	макрофаги	клетки стромы
7,5 %	0 %	0 %

Лимфоцитограмма:

лимфоциты 30,75 % плазматические клетки 25,75 %

Заключение: Мазки стернального пунктата малоклеточные. Эритрон и нейтрофильный росток сужены. Мегакариоцитов не встречено. Отмечено наличие 25,75 % атипичных плазматических клеток. Выражен феномен «пламенения».

Ситуационные задачи

Типовая ситуационная задача

Больной К. 76 лет поступил в клинику по направлению участкового терапевта, с жалобами на небольшое недомогание, похудание на 4 кг, частые вирусные инфекции. Анамнез: Заболевание выявлено случайно при обследовании по поводу ОРВИ в общем анализе крови выявлены следующие изменения: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ \л, гемоглобин - 125 г\л, цветовой показатель 0,9, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты- 100×10^9 \л, лейкоциты- 75×10^9 \л, лейкоцитарная формула: э-0 б-0 п-0 с-1 лимфоциты - 98 моноциты-1, СОЭ-25 мм\ч, найдены тени Боткина-Гумпрехта. СОЭ 30 мм ч

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, пальпируются лимфатические узлы всех групп, шейные до 4 см, тестоватой консистенции, безболезненные, без признаков воспалительной реакции. В легких дыхание везикулярное, одиночные сухие хрипы ЧДД=18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные приглушены, систолический шум на аорте, АД=155/95 мм рт ст, ЧСС=68 в 1 мин. Живот мягкий безболезненный, печень по Курлову 11x10x8 см, селезенка + 5 см из под края реберной дуги.

При дообследовании: на УЗИ внутренних органов площадь селезенки 105 кв. см. Иммунофенотипически – все атипичные лимфоидные клетки экспрессируют мембранный маркер CD5 и CD20. Уровень ЛДГ в норме.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Выделите ведущие клинические синдромы.
3. Оцените параклинические данные (нарушения в общем анализе крови, иммунофенотип и др.)
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дообследования для подтверждения Вашего предположения о диагнозе.
6. Обоснуйте стадию заболевания.
7. Какие осложнения наиболее опасны для жизни пациента?
8. Наметьте план лечения.
9. Укажите современные технологии лечения этой опухоли, учитывая экспрессию лимфоцитами CD20-антигена.
10. Обоснуйте прогноз лимфоидной опухоли.