



Тестовые задания для подготовки к сдаче специального экзамена для лиц, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах по специальности «Трансфузиология»

Тема: Донорство

1. Основные виды донорства:

1. Донорство крови и плазмы
2. Донорство крови, донорство плазмы, донорство клеток крови, донорство иммунной плазмы, донорство плазмы для фракционирования
3. Донорство плазмы и иммунной плазмы
4. Донорство плазмы и клеток крови
5. Донорство крови и клеток крови

2. Доноры, в зависимости от периодичности сдачи крови подразделяются на следующие категории:

1. Активные доноры и доноры-родственники
2. Доноры резерва и доноры контракта
3. Активные доноры и доноры резерва
4. Активные доноры, доноры резерва и доноры-родственники
5. Доноры резерва и доноры родственники

3. Донорство может быть:

1. Платным и активным
2. Безвозмездным и активным
3. Безвозмездным и резервным
4. Платным и безвозмездным
5. Платным и резервным

4. Первичное, до сдачи крови клинико-лабораторное исследование включает:

1. Определение содержания гемоглобина
2. Измерение температуры тела, определение группы крови по системе АВО
3. Определение группы крови и осмотр врача-трансфузиолога
4. Измерение температуры тела и осмотр врача-трансфузиолога, определение группы крови по системе АВО и содержание гемоглобина
5. Определение группы крови по системе АВО и содержание гемоглобина

5. Донором крови может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте:

1. От 18 до 60 лет
2. От 16 до 65 лет
3. От 18 лет
4. От 20 до 60 лет
5. От 18 до 65 лет

6. Разовая доза кроводачи не должна превышать:

1. 450 мл ± 10%
2. 350 мл ± 10%
3. 300 мл ± 10%
4. 250 мл ± 10%
5. 200 мл ± 10%

7. Частота кроводач не должна превышать 1 раза:

1. Через 50 дней
2. Через 60 дней
3. Через 70 дней
4. Через 30 дней
5. Через 55 дней

8. Максимально допустимо число кроводач в год у мужчин:

1. 5
2. 4
3. 6
4. 3
5. 7

9. Донором плазмы может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте:

1. От 20 до 60 лет
2. От 18 до 60 лет
3. От 20 до 65 лет
4. От 18 лет
5. От 19 до 60 лет

10. Максимальный объем одной плазмодачи не должен превысить:

1. 300 мл
2. 400 мл
3. 600 мл
4. 500 мл
5. 700 мл

11. Однократный плазмаферез осуществляется с интервалами:

1. Не менее 7 дней
2. Не менее 14 дней
3. Не менее 21 дня
4. Не менее 35 дней
5. Не менее 20 дней

12. Максимальный объем плазмодач в год не должен превышать:

1. 10 л
2. 8 л
3. 5 л
4. 12 л
5. 15 л

13. Донором клеток крови может стать дееспособный гражданин в возрасте:

1. С 18 до 60 лет
2. С 18 до 70 лет
3. С 18 до 65 лет
4. С 18 лет
5. С 18 до 45 лет

14. Минимально допустимое содержание гемоглобина у доноров-мужчин должно быть:

1. 170 г/л
2. 160 г/л
3. 150 г/л
4. 140 г/л
5. 130 г/л

15. Минимально допустимое содержание гемоглобина у женщин-доноров должно быть:

1. 160 г/л
2. 150 г/л
3. 120 г/л
4. 130 г/л
5. 140 г/л

16. Минимально допустимое содержание эритроцитов у доноров-мужчин должно быть:

1. $4,0 \cdot 10^{12}/л$
2. $3,0 \cdot 10^{12}/л$
3. $5,0 \cdot 10^{12}/л$
4. $3,5 \cdot 10^{12}/л$
5. $4,5 \cdot 10^{12}/л$

17. Минимально допустимое содержание эритроцитов у доноров-женщин должно быть:

1. $3,0 \cdot 10^{12}/л$
2. $4,0 \cdot 10^{12}/л$
3. $5,0 \cdot 10^{12}/л$
4. $3,8 \cdot 10^{12}/л$
5. $4,9 \cdot 10^{12}/л$

18. СОЭ у доноров-мужчин должно быть не более:

1. 10 мм/ч
2. 9 мм/ч
3. 7 мм/ч
4. 5 мм/ч
5. 3 мм/ч

19. СОЭ у доноров-женщин должно быть не более:

1. 3 мм/ч
2. 6 мм/ч

3. 9 мм/ч
4. 12 мм/ч
5. 15 мм/ч

20. Допустимая нижняя граница содержания общего белка у доноров плазмы:

1. 65 г/л
2. 60 г/л
3. 75 г/л
4. 85 г/л
5. 95 г/л

21. Срок отвода от донорства при трансфузии крови или ее компонентов:

1. 1 месяц
2. 6 месяцев
3. 3 месяца
4. 12 месяцев
5. 4 месяца

22. Срок отвода от донорства при пребывании в эндемичных по малярии странах:

1. 1 год
2. 5 лет
3. 3 года
4. 0,5 года
5. 2 года

23. Срок отвода от донорства при нанесении татуировок:

1. 1 год
2. 4 года
3. 3 года
4. 2 года
5. 6 месяцев

24. Срок отвода от донорства при оперативном вмешательстве:

1. 3 месяца
2. 4 месяца
3. 10 месяцев
4. 6 месяцев
5. 12 месяцев

25. Срок отвода от донорства со дня окончания менструации:

1. 1 месяц
2. 10 дней
3. 15 дней
4. 14 дней
5. 5 дней

26. Срок отвода от донорства при проведении прививок:

1. 2 месяца
2. 1 месяц

3. 5 месяцев
4. 6 месяцев
5. 1 год

27. Пути заражения ВИЧ:

1. Половой
2. Половой, перинатальный
3. Половой, перинатальный, парентеральный
4. Перинатальный
5. Парентеральный

28. Абсолютные противопоказания к донорству:

1. Трансфузии крови и ее компонентов
2. Пребывание в загранкомандировках длительностью более 2 месяцев
3. Оперативные вмешательства
4. Хронические заболевания печени, в том числе токсической природы
5. Контакт с больным гепатитом В.

29. Оформление донора на кроводачу проводится при наличии:

1. Медицинской справки амбулаторно-поликлинического учреждения
2. Документа, удостоверяющего личность
3. Удостоверения «Почетный донор России»
4. Справки из домоуправления
5. Справки о прохождении флюорографии органов грудной клетки

30. Если масса тела донора 50 кг, то:

1. Донор допускается к кроводаче по усмотрению врача-трансфузиолога
2. Донор отводится от кроводачи
3. Донор допускается к кроводаче
4. Донор допускается к кроводаче при содержании гемоглобина более 150 г/л
5. Донор допускается к кроводаче при содержании гемоглобина менее 180 г/л

31. Интервал между процедурой кроводачи и последующей процедурой плазмафереза составляет:

1. 14 дней
2. 1 месяц
3. 2 месяца
4. 3 месяца
5. 6 месяцев.

32. К местным осложнениям при донорстве относят:

1. Гематома в месте пункции
2. Синкопальное состояние
3. Местный тромбофлебит
4. Абсцесс в месте венопункции
5. Верно: 1, 3, 4

33. Интервал между процедурой тромбоцитафереза и последующей кроводачей составляет:

1. 30 дней

2. 14 дней
3. 2 месяца
4. 3 месяца
5. 6 месяцев.

34.Разовая доза кроводачи (без учета крови, используемой для анализа) не должна превышать:

1. 200 мл+10%.
2. 250 мл+10%.
3. 300 мл+10%.
4. 350 мл+10%.
5. 450мл+10%.

35.Карантинизация плазмы проводится в течение:

1. 1 месяца
2. 2 месяцев
3. 6 месяцев
4. 1 года
5. 2 лет

36. Срок отвода от донорства при лечении иглоукалыванием:

1. 1 год
2. 4 года
3. 3 года
4. 2 года
5. 6 месяцев

37. Основными направлениями современной трансфузиологии являются:

1. Служба крови
2. трансфузионная иммунология
3. клиническая трансфузиология
4. промышленная (производственная) трансфузиология
5. верны все варианты.

38. Функции трансфузиологической комиссии:

1. контроль за организацией трансфузии донорской крови и ее компонентов
2. анализ результатов клинического использования донорской крови и ее компонентов
3. разработка оптимальных программ трансфузии донорской крови и ее компонентов
4. анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и ее компонентов

5. верны все варианты.

39. Запрещается трансфузия донорской крови и ее компонентов, не обследованная на:

1. маркеры вирусов иммунодефицита человека
2. маркеры вирусов гепатита В и С, возбудителя сифилиса
3. группу крови по системе АВО и резус-принадлежности
4. верно А и Б
5. верно А, Б, В.

40. В целях обеспечения безопасности трансфузии донорской крови и ее компонентов:

1. запрещается трансфузия донорской крови и ее компонентов нескольким реципиентом из одного контейнера
2. запрещается трансфузия донорской крови и ее компонентов, не обследованной на маркеры инфекции
3. при множественных трансфузиях у лиц с отягощенным трансфузионным анамнезом трансфузия эритроцитсодержащих компонентов, свежемороженой плазмы и тромбоконтрата проводится с использованием лейкоцитарных фильтров
4. верно А и Б
5. верно А, Б, В.

41. При плановой трансфузии консервированной донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов врач обязан:

1. удостовериться, что фенотипы реципиента и донора совместимы
2. перепроверить группу крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежность
3. определить группу крови донора в контейнере по системе АВО
4. провести пробу на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора, провести биологическую пробу
5. Все варианты верны

42. При экстренной трансфузии консервированной донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов врач обязан:

1. перепроверить группу крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежность
2. определить группу крови донора в контейнере по системе АВО

3. провести пробу на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора
4. провести биологическую пробу
5. все варианты верны

43. Срок годности Цоликлона анти-D супер после первого использования:

1. 2 месяца
2. 3 месяца
3. 2 недели
4. 1 месяц
5. 1 неделя

44. Реципиенту с любой группой крови в экстренной ситуации при отсутствии одногруппной СЗП допускается переливание плазмы группы:

1. O (I)
2. A (II)
3. B (III)
4. AB (IV)
5. Группа крови значения не имеет.

45. Перед размораживанием СЗП необходимо убедиться:

1. в идентичности СПЗ и группы крови реципиента по системе ABO
2. в идентичности СПЗ и группы крови взрослого реципиента по системе Резус
3. в идентичности СПЗ и группы крови реципиента по системам плазменных белков
4. в правильности паспортизации и герметичности контейнера
5. верно А и Г.

46. Показанием для переливания СЗП не является:

1. передозировка антикоагулянтов непрямого действия
2. терапевтический плазмаферез
3. острая массивная кровопотеря с развитием геморрагического шока и ДВС-синдрома
4. гипоальбуминемия
5. коагулопатия, обусловленная дефицитом плазменных факторов

47. При отсутствии потребности в использовании размороженной СЗП ее хранят:

1. 12 часов при температуре 2-6 градусов С
2. 12 часов при комнатной температуре
3. 24 часа при температуре 2-6 градусов С
4. 48 часов при температуре 2-6 градусов С
5. 24 часа при комнатной температуре

48. Показания к применению концентрата гранулоцитов:

1. коагулопатия, обусловленная дефицитом плазменных факторов
2. гемофилия А
3. острая массивная кровопотеря
4. сепсис новорожденных, неконтролируемый антибактериальной терапией
5. ДСВ – синдром

49. Побочные эффекты применения концентрата гранулоцитов:

1. озноб, лихорадка, крапивница
2. возможна трансмиссия вирусов (гепатиты, ВИЧ и др), несмотря на тщательный контроль
3. посттрансфузионная пурпура
4. все варианты верны
5. аллоиммунизация против HLA и эритроцитных антигенов.

50. Заготовка аутоплазмы возможна при содержании в крови больного общего белка:

1. не ниже 55 г/л
2. не ниже 60 г/л
3. не ниже 65 г/л
4. не ниже 70 г/л
5. не ниже 75 г/л.

51. При аутогемотрансфузии проводятся исследования и пробы на совместимость:

1. только пробы на совместимость
2. не проводятся
3. определяется группа крови в гемоконе

4. проводится только биологическая проба
5. проводятся все исследования и пробы, как и при переливании донорской крови.

52. При заготовке аутокрови максимально допустимый объем эксфузии без замещения составляет:

1. 1000 мл
2. 400 мл
3. 600 мл
4. 200 мл
5. 550 мл

53. Уровень гемоглобина в крови больного, при котором возможна заготовка аутокрови, не должен быть ниже:

1. ниже 90 г/л
2. ниже 100 г/л
3. ниже 110 г/л
4. ниже 120 г/л
5. ниже 130 г/л

Тема: Водно-электролитный баланс. Средства инфузионно-трансфузионной терапии.

54. Инфузионная терапия при остром перитоните во время предоперационной подготовки преследует цель:

1. Полную ликвидацию всех гидрогемодинамических и электролитных нарушений
 2. Быструю коррекцию гиповолемии, стабилизацию гемодинамики и уменьшение дефицита внеклеточной жидкости
- 00.00 Быструю коррекцию клеточного дефицита H₂O
- 00.00 Верно 1, 2
- 00.00 Все ответы верные

55. Целесообразно проводить предоперационную инфузионную подготовку у больных перитонитом в течение:

1. Несколько минут
2. До устранения тяжелой гиповолемии, но не более 1-2 ч
3. Не менее 3-5 ч
4. До полной коррекции электролитных нарушений
5. 10-12 ч

56. Замещающими растворами для рационального лечения потерь кислого желудочного сока являются:

1. Изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингера-Локка
2. Молярный (8,4%) раствор гидрокарбоната натрия
3. Глюкоза 5%
4. Верно 1, 2
5. Все ответы верные

57. При безвозвратных потерях желчи, дуоденального сока, секрета тонкого кишечника, кишечных свищах, поносе, развивается:

1. Гипертоническая дегидратация, метаболический ацидоз
2. Изотоническая дегидратация, метаболический алкалоз
3. Изотоническая дегидратация, метаболический ацидоз
4. Верно 1, 2
5. Все ответы верные

58. Основной причиной нарушения питания у больных непроходимостью пищевода является голодание. Улучшения нутритивного состояния больного можно достичь в первую очередь с помощью:

1. Инфузии полиионных и коллоидных растворов
2. Растворов глюкозы и спирта
3. Введения белковых препаратов и калорийных смесей
4. Гемотрансфузий и использования сухой и свежезамороженной плазмы
5. Верно 2 и 3

59. Показателем гипергидратации является все, кроме:

1. Гипертензии
2. Устойчивого повышения ЦВД
3. Отека легких
4. Периферических отеков
5. Гиперосмии

60. В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются:

1. На восстановление газообмена и ОЦК
2. На коррекцию КОС и ВЭБ
3. На обезболивание
4. Все ответы правильны
5. Верно только 1 и 3

61. В плане прогноза у больных с кровопотерей и тяжелой травмой наибольшее значение имеют:

1. Продолжительность кровотечения
2. Длительность периода гипотензии
3. Сроки радикального гемостаза
4. Характер инфузионной терапии
5. Сроки восполнения кровопотери

62. Причинами развития необратимого шока при травме являются:

1. Недостаточное по объему и качеству восполнение кровопотери,
1. недостаточное обезболивание или отсутствия его
2. Необоснованное введение вазопрессоров на фоне гиповолемии
3. ДВС - синдром
4. Верно 1 и 3
5. Все ответы правильны

63. При острой кровопотере в течение нескольких минут:

1. Наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
2. Гематокрит не изменяется
3. Наступает гемодилуция с падением гематокрита
4. Происходит быстрое перемещение интерстициальной жидкости в сосудистое русло с целью поддержания постоянного объема плазмы
5. Правильно 3 и 4

64. При массивной кровопотере со снижением ОЦК на 30-40% через 60 минс момента травмы:

1. Наступает гемодилуция со снижением гематокрита
2. Происходит перемещение интерстициальной жидкости в сосудистое русло
3. Наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
4. Верно только 3
5. Верно 1 и 2

65. Основным принципом инфузионной терапии при кровопотере в объеме до 1 л является:

1. Гиперволемическая гемодилуция
2. Гемотрансфузия
3. Инфузия полиионных растворов
4. Инфузия плазмы
5. Трансфузия концентрата тромбоцитов

66. Наиболее точными критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии при шоке являются:

1. Величина ОЦК
2. Нв, Нт, количество эритроцитов
3. Интегральные показатели системного транспорта кислорода
4. Показатели тканевого дыхания
5. Верны ответы 3 и 4

67. Причинами развития необратимого шока при травме являются:

1. Недостаточное по объему и качеству восполнение кровопотери,
1. недостаточное обезболивание или отсутствия его
2. Необоснованное введение вазопрессоров на фоне гиповолемии
3. ДВС синдром, "травматический эндотоксикоз"

4. Верно 1 и 3
5. Все ответы правильны

68. В случае массивных инфузий кристаллоидов, превышающих 50% объема инфузионных сред, возможны следующие осложнения:

1. Отек легких, отек мозга
2. Гипокоагуляция
3. Внутрисосудистый гемолиз
4. Верно 1 и 2
5. Нет правильных ответов

69. Растворы аминокислот для в/в инфузии:

1. Не совместимы с гипертоническими растворами глюкозы
2. Обычно сильные гипертонические
3. Содержат только незаменимые аминокислоты
4. Имеют антигенные свойства
5. Буфером для них является гипофосфат

70. Массивная трансфузия эритроцитарной массы может вызвать следующие осложнения, за исключением:

1. Гиперкалиемии
2. Гиперкальциемии
3. Снижения уровня факторов свертывания V и VIII
4. Алкалоза
5. Упорной кровоточивости

71. ЭКГ изменения при интраоперационной гиперкалиемии могут включать:

1. Фибрилляцию желудочков
2. Высокие пикообразные T-волны
3. Депрессию сегмента ST
4. Все перечисленное
5. Правильно 1 и 2

72. Тактика инфузионной терапии во время анестезии при трансплантации почки до включения почки в кровоток:

1. Заключается в строгом ограничении объема инфузионных сред
2. Варьирует в широких пределах
3. Варьирует в зависимости от функции трансплантата
4. Все перечисленное
5. Правильно 1 и 2

73. В олиго-анурической стадии острой почечной недостаточности развивается:

1. Метаболический алкалоз
2. Метаболический ацидоз
3. Смешанный ацидоз

4. Смешанный алкалоз
5. Метаболический и смешанный ацидоз

74. К препаратам для парентерального питания относятся все, кроме:

1. Аминокислоты
2. Реконван
3. Гидролизаты белков
4. Жировые эмульсии
5. Верно 1 и 2

75. К кровезаменителям кристаллоидного типа относятся все, кроме:

1. Раствор Рингера-Локка
2. Полиглюкин
3. Раствор Гартмана
4. Лактасол
5. Верно 4 и 5

76. К кровезаменителям коллоидного типа относятся все, кроме:

1. Гемодез
2. Раствор Гартмана
3. Полиглюкин
4. Волекам
5. Волювен

77. К компонентам крови относится:

1. Иммуноглобулин человека нормальный
2. Свежезамороженная плазма
3. Альбумин
4. Антистафилококковый иммуноглобулин
5. Верно 2 и 3

78. К препаратам белкового питания относятся все, кроме:

1. Гидролизат казеина
2. Липофундин
3. Полиамин
4. Аминотроф
5. Верно 1 и 3

79. К осложнениям трансфузионной терапии относятся:

1. Острый гемолиз
2. Анафилактический шок
3. Гепатит
4. Верно 1 и 2
5. Все перечисленное

80. К экстракорпоральным методам очищения крови относятся:

1. Гемодиализ
2. Плазмасорбция
3. Форсированный диурез
4. Верно 1 и 2
5. Все перечисленное

81. К гемостатическим препаратам относятся:

1. Аминокапроновая кислота
2. Апротекс
3. Дицинон
4. Верно 1 и 3
5. Все перечисленное

Тема: Кроветворение и болезни крови. Физиология и патология системы гемостаза

82. К факторам коагуляционного каскада не относится:

- 00.00 Фактор Стюарта-Пауэра
- 00.00 Антигемофильный глобулин А
- 00.00 Фактор Хагемана
- 00.00 Фибрин-стабилизирующий фактор
- 5.00 Тканевой активатор плазминогена

83. К компонентам фибринолитической системы не относится:

- 00.00 Плазминоген
- 00.00 Урокиназа
- 00.00 Тканевой активатор плазминогена
- 00.00 а2-антиплазмин
- 5.00 а2-макроглобулин

84. К компонентам антикоагуляционной системы не относится:

- 00.00 а2-макроглобулин
- 00.00 Антитромбин
- 00.00 Ингибитор тканевого фактора (TFPI)
- 00.00 Кофактор гепарина II
- 5.00 а2-антиплазмин

85. При передозировке нефракционированного гепарина (НФГ) вводится его антидот - протамина сульфат в следующей дозировке:

- 00.00 1 мг на 1000 ЕД НФГ
- 5.00 1 мг на 100 ЕД НФГ
- 00.00 10 мг на 100 ЕД НФГ
- 00.00 100 мг на 100 ЕД НФГ
- 5.00 0,1 мг на 1000 ЕД НФГ

86. К прямым антикоагулянтам не относится:

- 00.00 Нефракционированный гепарин
- 00.00 Эноксапарин
- 00.00 Дабигатран
- 5.00 Плавикс
- 00.00 Ривароксабан

87.К низкомолекулярным гепаринам не относится:

- 00.00 Дальтепарин
- 00.00 Нодрапарин
- 00.00 Эноксапарин
- 5.00 Дабигатран
- 00.00 Бемипарин

88.Контроль эффективности применения варфарина осуществляется на основе определения:

- 1. АЧТВ
- 2. Уровня фибриногена
- 3. Д-димера
- 4. МНО
- 5. Всего перечисленного

89.Контроль эффективности применения терапевтических доз нефракционированного гепарина осуществляется на основе определения:

- 1. МНО
- 2. АЧТВ
- 3. АЧТВ и МНО
- 4. Уровня тромбоцитов
- 5. Д-димера

90.К маркерам активации системы гемостаза относятся:

- 1. Уровень тромбоцитов
- 2. МНО
- 3. ПДФ
- 4. АЧТВ
- 5. Фибриноген

91.При гемофилии А наблюдается дефицит:

- 1. Фактора VII
- 2. Фактора VIII
- 3. Фактора IX
- 4. Фибриногена
- 5. Гемосидерина

92.При гемофилии А и В наблюдается:

- 1. Удлинение МНО
- 2. Удлинение АЧТВ
- 3. Снижение уровня тромбоцитов
- 4. Активация фибринолиза
- 5. Повышение уровня Д-димера

93.Целевой уровень активности дефицитных факторов свертывания при гемофилии в периоперационном периоде абдоминальной хирургии, ортопедии, кардиохирургии, нейрохирургии:

- 1. 50-75%
- 2. 80-150%
- 3. 30-60%
- 4. 200%

5. 160-250%

94.К приобретенным коагулопатиям относятся все кроме:

1. ДВС-синдром
2. Гемодиллюционная коагулопатия
3. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
4. Болезнь Виллебранда
5. HELLP-синдром

95.Основа лечения пациентов с тромботической тромбоцитопенической пурпурой:

1. Назначение гепарина
2. Проведение гемодиализа
3. Трансфузия СЗП
4. Проведение плазмообмена
5. Трансфузия тромбоконцентрата

96.Тактика при развитии у пациента гепарин-индуцированной тромбоцитопении:

1. Перевод на низкомолекулярные гепарины
2. Перевод на нефракционированный гепарин
3. Перевод на фондапарин
4. Отмена антикоагулянтной терапии
5. Трансфузия свежезамороженной плазмы

97.Профилактическая дозировка нефракционированного гепарина:

1. 2.500 ЕД 6 раз в сутки подкожно
2. 5.000 ЕД 3 раза в сутки подкожно
3. 2.500 ЕД 2 раза в сутки подкожно
4. 5.000 ЕД 6 раз в сутки подкожно
5. 10.000 ЕД 3 раз в сутки подкожно

98.Профилактическая дозировка эноксапарина для пациента с нормальной массой тела:

1. 20 мг 1 раз в сутки подкожно
2. 40 мг 1 раз в сутки подкожно
3. 20 мг 2 раза в сутки подкожно
4. 40 мг 2 раз в сутки подкожно
5. 60 мг 1 раз в сутки подкожно

99.Терапевтическая дозировка эноксапарина:

1. 2 мг/кг 1 раз в сутки подкожно
2. 1 мг/кг 2 раз в сутки подкожно
3. 2 мг/кг 2 раз в сутки подкожно
4. 1 мг/кг 1 раз в сутки подкожно
5. 40 мг/кг 1 раз в сутки подкожно

100.Основным методом диагностики ТЭЛА является:

1. Определение Д-димера
2. Компьютерная томография с контрастированием
3. Рентгенография легких
4. Эхокардиография
5. Электрокардиография

101. Определение Д-димера включено в диагностический алгоритм ТЭЛА при:

1. ТЭЛА невысокого риска и высокой клинической вероятности ТЭЛА
2. ТЭЛА невысокого риска и низкой или средней клинической вероятности ТЭЛА
3. ТЭЛА высокого риска
4. Повышении уровня фибриногена
5. Входит в обязательный алгоритм диагностики

102. Тромболитическая терапия показана пациентам с ТЭЛА при:

1. Невысоком риске летальности
2. Высоком риске летальности
3. При повышении уровня Д-димера
4. Наличии ЭКГ-картины, соответствующей ТЭЛА
5. Нет правильного варианта

103. Определение группы крови производят при температуре не ниже 15° С, поскольку при температуре ниже 15°С:

1. Антитела анти-А, анти-В и анти-АВ утрачивают активность;
2. Эритроциты утрачивают способность к агрегации;
3. Становятся активными поливалентные холодовые агглютинины, вызывающие неспецифическое склеивание эритроцитов;
4. Добавление 1 – 2 капель физиологического раствора не устраняет неспецифическую агглютинацию эритроцитов;
5. Возможно микросвертывание крови.

104. Определение группы крови производят при температуре не выше 25° С, поскольку при температуре выше 25° С:

1. Антитела анти – А, анти-В и анти – АВ утрачивают активность;
2. Эритроциты утрачивают способность к агрегации;
3. Становятся активными специфические поливалентные антитела;
4. Добавление 1 – 2 капель физиологического раствора не устраняет неспецифическую агглютинацию;
5. Возможно микросвертывание крови.

105. При определении группы крови АВ0 наблюдение за реакцией агглютинации проводят не менее 5 минут, хотя агглютинация эритроцитов появляется в течение первых 10 секунд. Это позволяет:

1. Выявить слабый агглютининоген А2, характеризующийся замедленной агглютинацией;
2. Выявить отсутствие псевдоагглютинации при определении О(І) группы крови;
3. Выявить неспецифическую агрегацию эритроцитов группы крови АВ (IV);
4. Установить авидность реакции агглютинации;
5. Удостовериться в соответствии гемолиза эритроцитов.

106. Антиген А, содержащийся в эритроцитах групп А (II) и АВ (IV), может быть представлен двумя вариантами (подгруппами) А1 и А2 при этом:

1. Эритроциты А2 отличаются от эритроцитов А1 низкой агглютационной способностью по отношению к антителам анти-А;
2. Подгруппы крови А1 и А2 имеют в клинической трансфузиологии большое значение и строго учитываются при переливании эритроцитов;

3. Лицам, имеющим антиген А1, нельзя переливать эритроциты А2;
4. Лицам, имеющим антиген А2, нельзя переливать эритроциты А1;
5. Экстраагглютинины $\alpha 1$ и $\alpha 2$ вызывают посттрансфузионные осложнения.

107. Экстраагглютинины $\alpha 1$ и $\alpha 2$:

1. Не вызывают посттрансфузионных осложнений;
2. Проявляют себя в пробе на индивидуальную совместимость;
3. Вызывают агглютинацию сывороткой реципиента А2 α 1 эритроцитов А1 на плоскости или в пробирке при комнатной температуре;
4. Верно 1, 2 и 3
5. Не допускают переливание реципиентам А2В α 1 (IV) эритроцитов В (III);

108. В контейнер с компонентом крови не допускается введение каких-либо медикаментов кроме:

1. 5% раствора глюкозы;
2. 0,9% раствора хлорида натрия;
3. Реополиглюкина и полиглюкина;
4. Бета-лактамовых антибиотиков;
5. Преднизолона.

109. После окончания переливания контейнер с остатками донорской перелитой гемотрансфузионной среды и пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость подлежит обязательному сохранению в электрохолодильнике:

1. 12 часа;
2. 24 часа;
3. 48 часов;
4. 72 часа;
5. 24 часа, если на гемотрансфузию была реакция.

110. Первостепенная и важнейшая задача при лечении хронической анемии состоит в:

1. Восстановлении уровня гемоглобина крови с помощью переливаний эритроцитсодержащих сред;
2. Назначении кардиотоников;
3. Назначении эритропоэтина и фолиевой кислоты;
4. Усилении белкового питания;
5. Ликвидации причины анемии.

111. При сочетании сердечной недостаточности и анемии максимальную скорость трансфузии эритроцитной массы целесообразно ограничить:

1. 5-10 кап/мин (0,25-0,50 мл/кг/ час);
2. 20-40 кап/мин (1,0-2,0 мл/кг/час);
3. 60-80 кап/мин (3,0-3,5 мл/кг/час);
4. 90-100 кап/мин (4,5-5,0 мл/кг/час);
5. 120 кап/мин (6,0 мл/кг/час).

112. В стандартной эритроцитной массе максимальный гематокрит может достигать:

1. 65%;
2. 70%;
3. 75 %;
4. 80%;
5. 85%.

113. В эритроцитной массе фенотипированной определены не только антигены А, В и D системы резус, но и еще не менее:

1. 1 антигена;
2. 3 антигенов;
3. 5 антигенов;
4. 10 агтигенов;
5. 15 антигенов.

114. Эритроцитная взвесь является деплазмированным концентратом эритроцитов, уровень белка в котором не превышает:

1. 0,5 г/л;
2. 1,0 г/л;
3. 1,5 г/л;
4. 2,0 г/л;
5. 2,5 г

115. Срок хранения эритроцитной взвеси с физиологическим раствором при температуре +4⁰Сс момента заготовки:

1. 6 часов;
2. 12 часов;
3. 24 часа;
4. 36 часов;
5. 48 часов.

116. Для поддержания адекватного уровня гемоглобина у лиц с миелодепрессией, как правило, достаточно перелить 1 стандартную единицу эритроцитной массы (200-250 мл):

1. Ежедневно;
2. Через 1-2 дня;
3. Через 1 неделю;
4. Через 2 недели;
5. Через 1 месяц.

117. Новорожденным эритроцитная масса переливается с абсолютно обязательным контролем гемодинамики и дыхания. При этом предельная скорость переливания не должна превышать:

1. 1 мл на 1 кг массы тела в час;
2. 2 мл на 1 кг массы тела в час;

3. 3 мл на 1 кг массы тела в час;
4. 5 мл на 1 кг массы тела в час;
5. 10 мл на 1 кг массы тела в час.

118. Для внутриутробного переливания используют:

1. Стандартную эритроцитную массу или взвесь с физиологическим раствором материнской группы крови;
2. Цельную свежезаготовленную донорскую кровь материнской группы крови;
3. Только эритроцитную массу размороженную и отмытую материнской группы крови;
4. Донорские эритроцитные среды материнской группы крови, подвергнутые лейкофильтрации;
5. Только донорские эритроцитные среды (эритроцтная масса, взвесь) группы 0(I), совместимые с сывороткой матери.

119. Показаниями для аутодонорства являются:

1. Любые операции большой длительности (3 часа и более);
2. Любые операции с предполагаемой кровопотерей 10-15% ОЦК и более;
3. Плановые хирургические операции с предполагаемой кровопотерей 20% ОЦК и более;
4. Операции у больных с хроническими заболеваниями;
5. Операции у больных с выраженным эндотоксикозом.

120. При гемотранфузиях:

1. Недопустимы одновременные реинфузии аутоэритроцитов, излившихся в рану при хирургических вмешательствах, и реинфузии аутоэритроцитов, излившихся во внутренние полости в результате патологических процессов;
2. Недопустимо сочетание реинфузии аутоэритроцитов, излившихся в рану при операциях, и реинфузии аутоэритроцитов дренажной крови;
3. Недопустимы одновременные трансфузии аутологичных и аллогенных эритроцитов;
4. Допустимо только последовательное переливание аутологичных и аллогенных эритроцитов и других компонентов крови;
5. Допустимо как одновременное, так и последовательное переливание аутологичных и аллогенных компонентов крови.

121. Проведение реинфузии крови, изливающейся во время операции, показано только в случаях, когда предполагаемая кровопотеря превышает:

1. 10% ОЦК;
2. 15% ОЦК;
3. 20% ОЦК;
4. 25% ОЦК;
5. 30% ОЦК.

122. В перспективе криопреципитат рассматривается как основное:

1. Средство лечения гемофилии А;
2. Средство лечения болезни фон Виллебрада;
3. Средство лечения гипофибриногенемий;
4. Сырье для получения очищенных концентратов фактора IX;

5. Сырье для получения очищенных концентратов фактора VIII.

123. Одна стандартная единица тромбоцитного концентрата содержит тромбоциты в количестве минимум:

1. 35×10^9 ;
2. 45×10^9 ;
3. 55×10^9 ;
4. 65×10^9 ;
5. 75×10^9

124. При отсутствии кровотечения переливание одной стандартной единицы тромбоцитного концентрата реципиенту с поверхностью тела 1,8 м 2 должно увеличить количество тромбоцитов в циркуляции примерно на:

1. $1-3 \times 10^9$ /л;
2. $5-10 \times 10^9$ /л;
3. $11-15 \times 10^9$ /л;
4. $16-20 \times 10^9$ /л;
5. $21-25 \times 10^9$ /л.

125. Переливания тромбоцитного концентрата не показаны при:

1. Геморрагических синдромах, вызванных тромбоцитопениями иммунного генеза;
2. Родах, профузных кровотечениях, травмах и операциях у больных с тромбоцитопениями и выраженными тромбоцитопатиями;
3. Трансплантации костного мозга и миелодепрессии, вызванной лучевой или цитостатической терапией;
4. Амегакариоцитарной тромбоцитопении;
5. Глубокой гемодилюции.

126. В случаях наследственных или приобретенных тромбоцитопатий переливание тромбоцитного концентрата рекомендуется:

1. Только в urgentных ситуациях (неудержимые кровотечения, тяжелые травмы, акушерские кровотечения и др.);
2. Как профилактическое мероприятие;
3. Применять неотложно при появлении синяковости и петехий на нижних конечностях;
4. Назначать при появлении синяковости и петехий на верхней половине туловища;
5. При вирусных заболеваниях.

127. При эффективной трансфузии тромбоцитного концентрата количество тромбоцитов в русле крови реципиента обычно возвращается к исходному уровню через:

1. 1-2 дня;
2. 3-5 дней;
3. 6-7 дней;
4. 8-10 дней;
5. 12-14 дней

128. При спленомегалии количество переливаемых тромбоцитов должно быть увеличено по сравнению с обычным на:

1. 20-30%;
2. 40-60%;
3. 70-90%;
4. 100-110%;
5. 120-150%.

129. При инфекционных осложнениях количество переливаемых тромбоцитов должно быть в среднем увеличено по сравнению с обычным на:

1. 10%;
2. 20%;
3. 30%;
4. 40%;
5. 50%.

130. При выраженном ДВС-синдроме, массивной кровопотере, явлениях аллоиммунизации количество переливаемых тромбоцитов должно быть увеличено по сравнению с обычным на:

1. 10-20%;
2. 30-40%;
3. 60-80%;
4. 90-110%;
5. 120-150%.

131. При остром гемолизе в результате эритроцитной гемотрансфузии, несовместимой с реципиентом по группам крови АВО и резус-фактору, рекомендуется плазмаферез с (обязательным замещением свежзамороженной плазмой) в объеме не менее:

1. 0,5 л;
2. 1,0 л;
3. 1,5 л;
4. 2,0 л;
5. 2,5 л.

132. При терапии острого гемолиза в ряду важнейших мероприятий рекомендуется внутривенное введение инфузوماتом гепарина (в оптимальном варианте под контролем АЧТВ и других показателей коагулограммы) в дозе:

1. 500 ЕД в час;
2. 1000 ЕД в час;
3. 1500 ЕД в час;
4. 2000 ЕД в час;
5. 2500 ЕД в час.

133. Иммунная природа острого гемолиза при несовместимой гемотрансфузии по системе АВО и резус обосновывает назначение в первые часы терапии преднизолона внутривенно в дозе:

1. 1-2 мг на 1 кг массы тела;
2. 3-5 мг на 1 кг массы тела;
3. 6-10 мг на 1 кг массы тела;
4. 11-12 мг на 1 кг массы тела;
5. 15 мг на 1 кг массы тела.

134. Отсроченные гемолитические реакции возникают при повторной трансфузии донорских эритроцитов после предшествующих иммунизирующих, то есть после трансфузий донорских эритроцитов, вызывающих образование антител. Это может произойти после первых донорских трансфузий эритроцитов в основном через:

1. 1-2 дня;
2. 3-6 дней;
3. 10-14 дней;
4. 16-21 день;
5. 22-30 дней.

135. Первостепенным и незамедлительным лечебным мероприятием при развитии анафилактического шока является:

1. Введение адреналина под кожу;
2. Введение внутривенно хлорида кальция;
3. Переливание внутривенно физиологического раствора;
4. Введение внутривенно больших доз преднизолона или гидрокортизона;
5. Введение внутривенно димедрола.

136. Наиболее частым инфекционным осложнением переливания крови и ее компонентов является:

1. Гепатиты В и С;
2. Гепатит А;
3. СПИД (ВИЧ-1 и ВИЧ-2);
4. Сифилис;
5. Бактериальный шок.

137. Вероятность возникновения цитратной интоксикации при переливании гемотрансфузионных сред, стабилизированных цитратом, возрастает при:

1. Увеличении скорости переливания;
2. Гипотермии реципиента;
3. Функциональной неполноценности печени реципиента (у детей – «незрелости» печени);
4. Наличии у реципиента гиповолемии и гипотонии;
5. Верны все ответы

138. Ослабление системы гемостаза, регистрируемое у больных, перенесших массивную кровопотерю и ее компенсацию переливаниями больших количеств инфузионно-трансфузионных сред, может быть связано с:

1. Гемодилюцией;
2. Переливанием донорской плазмы;

3. Переливанием больших количеств цельной донорской крови длительных сроков консервации;
4. ДВС-синдромом;
5. Верно 1, 3 и 4

139. Если вследствие массивных гемотрансфузий развился ДВС-синдром, проявившийся диффузной кровоточивостью, то применение кроипреципитата показано:

1. Во всех случаях;
2. При дефиците прокоагулянтов протромбинового комплекса;
3. При выраженном снижении уровня фибриногена;
4. При выраженном дефиците антитромбина - III;
5. Для повышения функциональной активности тромбоцитов.

140. Патогенетически адекватной терапии метаболического ацидоза, обусловленного при шоке и кровопотере гиповолемией и органной гипоперфузией, а также ацидоза, вызванного переливанием больших количеств кислых инфузионно-трансфузионных сред, в наибольшей мере отвечает:

1. Инфузионная нормализация органного кровотока;
2. Восстановление нормоволемии и проведение оксигенотерапии;
3. Переливание натрия гидрокарбоната;
4. Верно 1 и 2
5. Переливание глюкозы с инсулином.

141. Профилактикой развития глубокой гипотермии при массивной гемотрансфузии является:

1. Согревание переливаемых сред;
2. Внутривенное введение хлористого кальция;
3. Восстановление и поддержание нормальной гемодинамики;
4. Подогрев операционного стола и поддержание достаточной температуры в операционной;
5. Верно 1, 3 и 4

Тема: Инфузионно-трансфузионная терапия экстремальных состояний

142. Моментом смерти человека считается:

1. Момент установления диагноза смерти головного мозга.
2. Момент установления клинической смерти.
3. Момент установления биологической смерти.
4. Правильно 1 и 2.
5. Правильно 1 и 3.

143. Реанимационные мероприятия прекращаются при.

1. При констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
2. При неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут.
3. При отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

4. Верны все ответы.
5. Верно только 1 и 2.

144. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1. При наличии признаков биологической смерти.
2. При состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.
3. При наличии письменного заявления пациента или его законного представителя.
4. Верны все ответы.
5. Верно только 1 и 2.

145. Документом констатации смерти человека в лечебном учреждении является:

1. Протокол мероприятий сердечно-легочной реанимации.
2. Запись лечащего врача в медицинской карте умершего.
3. Протокол установления смерти человека.
4. Отметка о смерти человека в наркозной карте или журнале движения пациентов.
5. Специального документа не оформляется.

146. К витальным нарушениям ритма, приводящим к остановке кровообращения, относятся все перечисленные, кроме:

1. Асистолия.
2. Электрическая активность сердца без пульса.
3. Желудочковая тахикардия без пульса.
4. Фибрилляция желудочков
5. Фибрилляция предсердий.

147. Мероприятия по диагностике остановки кровообращения должны быть проведены в течение:

1. 5 с.
2. 10 с.
3. 15 с.
4. 22 с.
5. 25 с.

148. Ориентирами для начала мероприятий СЛР в операционной являются:

1. Отсутствие пульса в течение 10 секунд.
2. Исчезновение капнографической кривой.
3. Исчезновение кривой инвазивно измеряемого давления.
4. Все перечисленные события.
5. Только 1.

149. Ранними признаками клинической смерти, произошедшей в результате первичной остановки кровообращения являются все перечисленные за исключением:

1. Отсутствие сознания.
2. Арефлексия.
3. Нарушение дыхания.
4. Наличие крупноволновой фибрилляции желудочков на ЭКГ.
5. Симптом «Белоглазова»

150. К ранним признакам клинической смерти не относится:

1. Отсутствие сознания.
2. Отсутствие реакции на внешние стимулы.
3. Нарушение дыхания.
4. Наличие судорог.
5. Возникновение патологических рефлексов.

151. Одним из ранних признаков биологической смерти является:

1. Мелковолновая фибрилляция желудочков.
2. Отсутствие волновой активности при регистрации ЭЭГ.
3. Крупноволновая фибрилляция желудочков.
4. Трупное окоченение.
5. Трупные пятна.

152. При возобновлении приемлемой электрической активности сердца при проведении СЛР у взрослых при асистолии, необходимо:

1. Немедленно начать постреанимационные мероприятия.
- 2 Ввести 1 мг атропина для предотвращения рецидива асистолии.
- 3 Проверить наличие признаков возобновления спонтанного кровообращения, и, в случае его отсутствия, продолжить компрессию грудной клетки для обеспечения искусственного кровообращения.
- 4 Проверить наличие пульса и при его отсутствии осуществить электрокардиостимуляцию.
- 5 Ввести 1 мг адреналина для фармакологической стимуляции миокарда.

153. Наиболее рациональной последовательностью начальных действий СЛР при остановке кровообращения, вызванной асфиксией, является:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
2. Дефибрилляция, компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
3. Компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
4. Введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
5. Введение атропина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.

154. Простейшим методом обеспечения проходимости дыхательных путей является:

1. Интубация трахеи.
2. Коникотомия.
3. Прием Сафара.
4. Прием Селика.
5. Прием Аллена.

155. Отношение количества компрессий грудной клетки к количеству вентиляционных циклов у взрослых пациентов при проведении СЛР должна составлять:

1. 5:1.
2. 10:1.
3. 15:2.
4. 30:2.
5. 30:1.

156. Наиболее рациональной последовательностью начальных действий СЛР при остановке кровообращения, вызванной асистолией, является:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки, дефибриляция.
2. Дефибриляция, компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
3. Компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
4. Введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
5. Введение атропина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.

157. Наиболее рациональной последовательностью начальных действий СЛР при остановке кровообращения, вызванной электрической активностью сердца без пульса, является:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки, дефибриляция.
2. Дефибриляция, компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
3. Компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
4. Введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
5. Введение атропина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.

158. Глубина компрессии грудной клетки при проведении непрямого массажа сердца у взрослых пациентов должна составлять:

1. 1-2 см.
2. 2-4 см.
3. 5-6 см.
4. 7-8 см.
5. 9-10 см.

159. Частота компрессии грудной клетки при проведении непрямого массажа сердца у взрослых пациентов должна составлять:

1. 60-80 циклов/минуту.
2. 80-100 циклов/минуту.
3. 100-120 циклов/минуту.
4. 120-140 циклов/минуту.
5. Более 1/450 циклов/минуту.

160. Отношение времени компрессии грудной клетки и ее расправления при проведении непрямого массажа сердца у взрослых пациентов должна составлять:

1. 1:0,5.
2. 1:1.
3. 1:1,5.
4. 1:2.
5. 1:3.

161. Наиболее рациональной последовательностью начальных действий СЛР при остановке кровообращения, вызванной фибрилляцией желудочков, является:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки, дефибрилляция.
2. Дефибрилляция, компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
3. Компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
4. Введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
5. Введение атропина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.

162. Наиболее рациональной последовательностью начальных действий СЛР при остановке кровообращения, вызванной желудочковой тахикардией без пульса, является:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки, дефибрилляция.
2. Дефибрилляция, компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
3. Компрессия грудной клетки, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких.
4. Введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.
5. Введение атропина, обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, компрессия грудной клетки.

163. После проведения дефибрилляции необходимо:

1. Оценить по монитору посконверсионный ритм.
2. Определить наличие пульса на крупных артериальных сосудах.
3. Провести 2 искусственных вдоха.
4. Ввести 1 мг адреналина.
5. Продолжить (или начать) компрессию грудной клетки.

164. Длительность пауз между компрессиями грудной клетки при проведении СЛР у взрослых может быть:

1. Не более 5 секунд.
2. Не более 10 секунд.
3. 15 секунд, если предполагается проведение интубации трахеи.
4. 15 секунд, если проводится оксигенотерапия с подачей 100% кислорода.
5. Должна быть максимально короткой.

165. Для введения медикаментов во время сердечно-легочной реанимации могут быть использованы все доступы, кроме:

1. Центральным венозным доступ.
2. Периферическим венозным доступ.
3. Внутрикостным доступ.
4. Внутрисердечное введение.
5. Правильно 1, 2 и 3.

166. Для оценки эффективности искусственного кровотока в условиях сердечно-легочной реанимации могут быть использованы следующие методы за исключением:

1. Пульсоксиметрия.
2. Капнометрия.
3. Инвазивное определение артериального давления.
4. Неинвазивное определение артериального давления методом Короткова.
5. Клинические признаки («Признаков оживления»).

167. Преимуществом применения кристаллоидов, в качестве кровезаменителя, является:

1. Необходимы большие объемы восполнения.
2. Редко вызывает аллергические реакции.
3. Быстрое перераспределение в интерстициальное пространство.
4. Снижение коллоидно-осмотического давления.
5. Быстрые потери через почки.

168. При восполнении интраоперационной кровопотери (40% ОЦК) объем ИТТ должен составить (от потери):

1. 100%.
2. 120%.
3. 140%.
4. 170%.
5. 200%.

169. Закон Старлинга для сердца отражает:

1. Соотношение потребления миокардом кислорода с производимой работой
2. Соотношение объема правого предсердия с частотой сердечных сокращений
3. Соотношение сердечного выброса с периферической резистентностью
4. Дифференцирует мышцы сердца от скелетных мышц
5. Способность сердца увеличивать силу сокращения при увеличении наполнения его камер.

170. Основным методом диагностики ТЭЛА является:

1. Определение Д-димера.
2. Компьютерная томография с контрастированием.
3. Рентгенография легких.
4. Эхокардиография.
5. Электрокардиография.

171. Для терапии анафилактического шока не используют:

1. Адреналин.
2. Массивную инфузионную терапию.
3. Введение H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов.
4. Глюкокортикоиды.
5. Антибактериальные препараты.

Тема: Посттрансфузионные осложнения

172. Какая реакция не относится к немедленной посттрансфузионной:

1. Анафилактическая реакция
2. Воздушная эмболия
3. Циркуляторная перегрузка
4. Болезнь «трансплантат против хозяина»
5. Бактериальная контаминация

173. Посттрансфузионные осложнения подразделяются на следующие группы:

1. Механического характера
2. Реактивного характера
3. Обусловленные недоучетом противопоказаний к трансфузионной терапии
4. Перенесение инфекционных заболеваний
5. Верны все ответы

174. Воздушная эмболия возможна:

1. При несвоевременном окончании трансфузии с использованием нагнетательной аппаратуры
2. При ненадежной фиксации заглушки катетера подключичной вены
3. При нарушении техники трансфузии в артерию
4. При нарушении техники трансфузии внутрикостно
5. Верно 1 и 2

175. При подозрении на воздушную эмболию следует немедленно:

1. Прекратить трансфузию
2. Начать трансфузию реополиглокина или лактасола
3. Непрямой массаж сердца
4. ИВЛ методом «рот в рот»
5. Верно 1, 2, 4

176. Отсроченные посттрансфузионные реакции возникают:

1. Во время трансфузии
2. Сразу после трансфузии
3. Через несколько дней после трансфузии
4. Через несколько лет после трансфузии
5. Правильно 3 и 4

177. Во время операции по поводу внематочной беременности была собрана кровь для реинфузии, имеются визуальные признаки гемолиза. Можно ли проводить реинфузию:

1. Да
2. Нет
3. Если нет сгустков
4. Кровотечение не более суток
5. Если разрешает гинеколог

178. Во время операции по поводу внематочной беременности была собрана кровь для реинфузии. В каком случае можно провести реинфузию?

1. Кровь без сгустков, отсутствие гемолиза
2. Кровотечение не более суток
3. Кровотечение длительностью до 12 часов
4. Кровотечение более 1000 мл
5. Правильно 1 и 3

179. Больному провели трансфузию 400 мл эритроцитарной массы, однако показатели ниже ожидаемых. Возможные причины?

1. Выраженная спленомегалия
2. Продолжающееся кровотечение
3. Иммуная несовместимость
4. Групповая несовместимость
5. Все перечисленное

180. У больной группа крови A (II) Rh (+), необходима плазмотрансфузия, имеется "универсальная" группа AB(IV) Rh(+). Необходимо ли проведение биологической пробы?

1. Да, во всех случаях
2. Нет
3. Необязательно
4. Необходимо определить группу крови больного
5. Необходимо определить группу кровидонора

181. Основные клинические проявления фебрильных реакций:

1. Озноб, миалгии
2. Боль в грудиной клетке
3. Боль в поясничной области
4. Повышение температуры тела более, чем на 1 градус от исходного
5. Все перечисленное

182. После проведения трансфузии эритроцитарной массы на ЭКГ отмечается уширение комплексов QRS, высокоамплитудный, заостренный T, левожелудочковые эстрасистолы. Вероятная причина данного состояния?

1. ТЭЛА
2. Анафилактический шок
3. Гиперкалиемия
4. Острый инфаркт миокарда
5. Гиперкальциемия

182. После переливания 750 мл эритроцитарной массы, 1000 мл свежзамороженной плазмы, 500 мл стабизола и 1500 мл физиологического раствора у больного появилось затруднение дыхания, чувство стеснения в груди, боли в области сердца, цианоз лица, аритмия, тахикардия, снижение АД, остановка сердца в диастоле. Нв-86г/л, эр-3,0•10¹²/л, Нт-21%. Какое осложнение наблюдается у больного?

1. Воздушная эмболия.
2. Анафилактический шок.
3. ТЭЛА.
4. Острый инфаркт миокарда
5. Острое расширение сердца за счёт гипертрансфузии

183. Возникновение циркуляторной перегрузки возможно у пациентов:

1. Старческого возраста
2. С исходной сердечной недостаточностью
3. Вследствие высокой скорости инфузии
4. Новорожденных и недоношенных, при введении небольших объемов, но с большой скоростью
5. Все перечисленное

184. Профилактика калиевой интоксикации заключается в:

1. Трансфузии тромбоцитарной массы со скоростью не более 50 мл/мин
2. Трансфузии консервированной крови со скоростью более 50 мл/мин
3. Трансфузии эритроцитарной массы более 50 мл/мин
4. Применение эритроцитарной массы ранних сроков хранения
5. Выявлении больных с гипокалиемией

185. При трансфузии каких средств возможная цитратная интоксикация:

1. Альбумина
2. Протеина
3. Отмытых эритроцитов
4. Эритроцитарной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами
5. Эритроцитарной массы

186. При введении каких длительно хранившихся трансфузионных сред возможна калиевая интоксикация:

1. Отмытых эритроцитов
2. Эритроцитарной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами
3. Плазмы свежезамороженной
4. Эритроцитарной массы
5. Концентрата тромбоцитов

187. Профилактика бактериальной контаминации гемоконпонента заключается в:

1. Тщательной обработке локтевых сгибов у доноров
2. Тщательный скрининг доноров
3. Соблюдение температурного режима хранения компонентов
4. Визуальный контроль компонентов перед трансфузией
5. Все перечисленное

188. Ведущим в патогенезе цитратной интоксикации следует считать:

1. Гипокальциемию и гипокалиемию
2. Гиперкальциемию и гипокалиемию
3. Гиперкальциемию и гипернатриемию
4. Гипокальциемию и гипернатриемию
5. Гипокальциемию и гиперкалиемию

189. Аллергическая реакция при трансфузионной терапии проявляется:

1. Повышением температуры, тахикардией, кожным зудом
2. Одышкой, тошнотой, рвотой, высыпаниями на коже
3. Гемолизом
4. Желтухой
5. Верно 1 и 2

190. Каждая донация 1 дозы (450 мл) крови снижает запас железа в организме примерно на:

1. 100 мг
2. 200 мг
3. 300 мг
4. 400 мг
5. 500 мг

