Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Астраханский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра «Поликлиническое дело и скорая медицинская помощь**

**с курсом семейной медицины»**

**Факультет «Лечебный»**

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующий кафедрой,профессор, д.м.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. Попов | Рассмотрено на заседании кафедры поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины протокол № 6 от «05 »июня 2019 |

|  |
| --- |
| ТЕСТЫна тему |
| Лейкозы. Лейкемоидные реакции в практике врача терапевта участкового. Геморрагическийсиндром в практикеврачатерапевтаучасткового |
| *Специальность*: 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) |
| *Учебнаядисциплина*: «Поликлиническаятерапия» |
| *Разработчик*: | Доцент, к.м.н. Н.Г. Андросюк |
|  | ассистент А.И. Герасимова |
| Астрахань, 2020 |

Таблица 1.Общие сведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Учебноезаведение | ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет |
| 2 | Специальность | 31.05.01 Лечебноедело (уровеньспециалитета) |
| 3 | Дисциплина | Поликлиническаятерапия |
| 4 | Авторзаданий | доцент Н.Г.Андросюк |
| 5 | Телефон | 89275549508 |
| 6 | Электроннаяпочта | vasilisa201012@yandex.ru |
| 7 | СНИЛС |  |

Таблица 2.Перечень заданий по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа** |
| Ф |  |  |
|  |  |  |
| В | 001 | Для клинической картины истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия) характерны: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | плеторический синдром, характеризующийся увеличением массы циркулирующих эритроцитов, что приводит к появлению жалоб на головокружение, головные боли, ухудшение зрения, кожный зуд, приступы стенокардии; при осмотре кожа и видимые слизистые оболочки с синюшним оттенком (положительный симптом Купермана) |
| О | В | сосудистые осложнения -- тромбозы любой локализации, приступы покраснения пальцев рук и ног , которые сопровождаются болью и жжением (эритромелалгия) |
| О | Г | миелопролиферативный синдром развивается вследствие гиперплазии трех ростков кроветворения; проявляется в виде кожного зуда, потливости, слабости, повышенной температуры тела, болей в костях; повышенный распад гранулоцитов сопровождается нарушением уратового обмена, что проявляется в виде мочекислого диатеза, камнеобразования в почках, подагры, подагрической полиартралгии; сленомегалия обусловлена увеличением секвестрирующей функции селезенки |
|  |  |  |
| В | 002 | Настороженность в отношении истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия) должна быть по отношению к пациентам: |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | с состоявшимися абдоминальными тромбозами |
| О | В | особенно при наличии кожного зуда, эритромелалгии, спленомегалии |
| О | Г | лейкоцитоза, тромбоцитоза и микроцитоза в периферической крови |
|  |  |  |
| В | 003 | Цели терапии истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия):  |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | предотвращение и лечение тромбогеморрагических осложнений |
| О | В | контроль симптомов опухолевой интоксикации (снижение массы тела, потливость, лихорадка, зуд) |
| О | Г | сведение к минимуму риска развития острого лейкоза и предупреждение осложнений в случае беременности, хирургических операций |
|  |  |  |
| В | 004 | Методы терапевтического воздействия при истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | профилактика тромботических осложнений (антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 40--325 мг/сут, или клопидогрел 75 мг/сут, или тикагрелор 90 мг/сут) |
| О | В | кровопускания/эритроцитаферез для поддержания гематокрита в пределах 40-45% |
| О | Г | при гиперурикемии (в том числе при отсутствии клинической симптоматики) применяют аллопуринол в дозе 100--300 мг/сутки; назначение препарата под контролем показателей мочевой кислоты в крови |
|  |  |  |
| В | 005 | Плановые хирургические вмешательства и лечение у стоматолога пациента с истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | должны быть отложены до нормализации показателей эритроцитов и тромбоцитов |
| О | В | при необходимости выполнения неотложных хирургических операций предварительно проводят кровопускания/эритроцитаферез до нормализации гематокрита |
| О | Г | проводимая терапия должна быть заблаговременно (в соответствии с фармакокинетикой применяемого препарата) прекращена до оперативного вмешательства |
|  |  |  |
| В | 006 | Критерии резистентности/непереносимости гидроксикарбамида у больных истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | необходимость кровопусканий для поддержания гематокрита до 45% после 3 месяцев терапии гидроксикарбамидом 2000 мг/сут |
| О | В | неконтролируемая миелопролиферация (тромбоциты более 400×109/л и лейкоциты более 10×109/л) после 3 месяцев терапии гидроксикарбамидом 2000 мг/сут |
| О | Г | невозможность редуцировать массивную спленомегалию (более 10 см ниже реберной дуги при пальпации) |
|  |  |  |
| В | 007 | Критерии резистентности/непереносимости гидроксикарбамида у больных истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | невозможность облегчить симптомы, вызванные массивной спленомегалией после 3 месяцев терапии гидроксикарбамидом 2000 мг/день  |
| О | В | абсолютное число нейтрофилов менее 1,0×109/л или тромбоциты менее 100×109/л или гемоглобин менее 100× 109/л при минимальной дозе гидроксикарбамида, необходимой для достижения полного или частичного ответа  |
| О | Г | язвы на голенях или другая токсичность, опосредованная гидроксикарбамидом (изменения на кожном покрове и слизистых оболочках, гастроинтестинальные симптомы, пневмонит, лихорадка) при любой дозе гидроксикарбамида. |
|  |  |  |
| В | 008 | Противопоказания к кровопусканию при истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | шок, коллапс и другие состояния, сопровождающиеся падением артериального давления |
| О | В | анемия, истощение и резко выраженный склероз мозговых сосудов, особенно у пожилых людей. |
| О | Г | объем одномометнойгемоэксфузии более 500 мл |
|  |  |  |
| В | 009 | Диагностические критерии истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | для постановки диагноза истинной полицитемии необходимо наличие всех трех больших критериев |
| О | Б | гемоглобин > 165 г/л у мужчин, >160 г/л у женщин или гематокрит > 49% у мужчин, > 48% у женщин |
| О | В | при биопсии костного мозга – трехростковая гиперплазия (панмиелоз): увеличение пролиферации элементов эритроидного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного ростков миелопоэза.  |
| О | Г | мутация гена JAK2 V617F или в 12 экзоне. |
|  |  |  |
| В | 010 | Критерии полного клинико-гематологического ответа при лечении истинной полицитемии (син.: эритремия, болезнь Вакеза, истинная красная полицитемия): |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | длительное (не менее 12 недель) разрешение связанных с заболеванием признаков, включая пальпируемую гепатоспленомегалию, улучшение конституциональных симптомов; без прогрессии заболевания и отсутствие какого-либо геморрагического или тромботического события |
| О | В | длительная (не менее 12 недель) ремиссия показателей периферической крови, определяемая как гематокрит ниже 45% без потребности в кровопусканиях; количество тромбоцитов ≤400×109/л, количество лейкоцитов <10×109/л |
| О | Г | гистологическая ремиссия костного мозга определяется как наличие нормоклеточного костного мозга и исчезновение панмиелоза, а также отсутствие ретикулинового фиброза более чем 1 степени |
|  |  |  |
| В | 011 | I стадии множественной миеломы выставляется на основании: |
| О | А | совокупностипризнаков |
| О | Б | уровня гемоглобина >10 г/дл; нормального уровня кальция сыворотки |
| О | В | рентгенологически нормальной структуры костей или одиночного очага поражения |
| О | Г | низкого уровня М-протеина (IgG<50 г/л; IgA<30 г/л); белка Бенс-Джонса <4 г/сут |
|  |  |  |
| В | 012 | III стадии множественной миеломы выставляется на основании: |
| О | А | одного или более признаков |
| О | Б | уровня гемоглобина <8,5 г/дл |
| О | В | уровня кальция сыворотки превышает нормальные значения; множественных поражений костей (>3 литических очагов) |
| О | Г | высокого уровня М-протеина (oIgG>70 г/л; oIgA>50 г/л); белка Бенс-Джонса >12 г/сут |
|  |  |  |
| В | 013 | Клинические признаки множественной миеломы проявляются симптомами, обусловленными: |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | костными повреждения (боли в костях, переломы костей скелета, компрессия спинного мозга, радикулярные боли) |
| О | В | гиперкальциемией (полиурия, полидипсия, тошнота, рвота) |
| О | Г | почечной недостаточностью (тошнота, рвота, недомогание, слабость) |
|  |  |  |
| В | 014 | Клинические признаки множественной миеломы проявляются симптомами, обусловленными: |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | амилоидозом (периферическая нейропатия, отеки, органомегалия) |
| О | В | инфильтрацией миеломными клетками костного мозга (анемия, геморрагический синдром) |
| О | Г | снижением уровня нормальных иммуноглобулинов (частые инфекции, пневмонии) |
|  |  |  |
| В | 015 | Клинические признаки множественной миеломы проявляются симптомами, обусловленными: |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | криоглобулинемией (синдром Рейно, акроцианоз) |
| О | В | синдромом гипервязкости (одышка, транзиторные ишемические атаки, тромбоз глубоких вен, кровоизлияния в сетчатку глаза, тромбоз центральной вены сетчатки или ее ветвей, носовые кровотечения) |
| О | Г | костными повреждения (боли в костях, переломы костей скелета, компрессия спинного мозга, радикулярные боли) |
|  |  |  |
| В | 016 | Критериями установления диагноза – «Тлеющая (асимптоматическая) множественная миелома» являются: |
| О | А | совокупность всех перечисленных симптомов |
| О | Б | моноклональный протеин в сыворотке крови ≥30 г/л и/или 500 мг в суточном анализе мочи и/или 10−59 % клональных ПК в костном мозге. |
| О | В | отсутствие органных повреждений, в том числе отсутствие признаков поражения костей (что подтверждено данными магнитно-резонансной томографии или позитронно-эмиссионной/компьютерной томографии (ПЭТ/КТ), или спиральной компьютерной томографии костей в низкодозовом режиме) |
| О | Г | отсутствие амилоидоза. |
|  |  |  |
| В | 017 | Для постановки диагноза «Симптоматическая множественная миелома» необходимо: |
| О | А | трехкритериев: |
| О | Б | присутствие в костном мозге ≥10 % клональных плазматических клеток; |
| О | В | или наличие подтвержденной биопсией костной/экстрамедуллярной плазмоцитомы |
| О | Г | и один или несколько обозначенных ниже симптомов, обусловленных множественной миеломы: или гиперкальциемия (уровень кальция в сыворотке крови >11,5 мг/дл (>2,75 ммоль/л)); или дисфункция почек (уровень креатинина в сыворотке крови >2 мг/дл (>173 ммоль/л), клиренс креатинина <40 мл/мин); или анемия (нормохромнаянормоцитарная, уровень гемоглобина на 2 г/дл (20 г/л) меньше нижней границы нормы или < 10 г/дл (<100 г/л)); или 1 или более остеолитических очагов, в том числе подтвержденных данными рентгенографии костей, спиральной компьютерной томографии или ПЭТ/КТ; или количество клональныхплазмоцитов в костном мозге >60 %; или ненормальное соотношение свободных легких цепей ( ≥100 или ≤0,01); или более 1 очага поражения костного мозга, выявленного при магнитно-резонансной томографии костей. |
|  |  |  |
| В | 018 | CRAB синдром при «симптоматической множественной миеломе» – это: |
| О | А | совокупностьорганныхповреждений |
| О | Б | гиперкальциемия, повреждениякостей |
| О | В | дисфункция почек |
| О | Г | анемия |
|  |  |  |
| В | 019 | Для «несекретирующей миеломы (ММ)» характерно |
| О | А | всеперечисленноеверно |
| О | Б | выявление в пунктате костного мозга ≥10 % плазматических клеток |
| О | В | выявление признаков CRAB-синдрома (гиперкальциемия, повреждения костей, дисфункция почек, анемия) |
| О | Г | моноклонального протеина нет ни в сыворотке крови, ни в моче, что подтверждают результаты иммунофиксации; увеличение свободных легких цепей отмечается у 2/3 пациентов с «несекретирующей ММ». |
|  |  |  |
| В | 020 | Всем пациентам при установке диагноза множественной миеломы, перед началом терапии, при оценке эффекта терапии, а также при подозрении на рецидив заболевания рекомендуется выполнить |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | КТ всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза |
| О | В | при невозможности выполнить КТ рекомендуется выполнить рентгенологическое исследование костей: рентгенографию (включая череп, грудную клетку, все отделы позвоночника, таз, плечевые и бедренные кости) |
| О | Г | в качестве альтернативы КТ всего скелета для уточнения наличия и распространенности поражения костей, выявления костных плазмоцитом с определением их размеров рекомендуется выполнить позитронно-эмиссионную томографию |
|  |  |  |
| В | 021 | Всем пациентам с множественной миеломой рекомендуется диспансерное наблюдение у гематолога |
| О | А | на протяжении всей жизни, как в период лечения, так и вне лечения множественной миеломы |
| О | Б | в период установки диагноза или его рецидива |
| О | В | в период индукции, консолидации и поддерживающей терапии |
| О | Г | на до и после трансплантационном этапе |
|  |  |  |
| В | 022 | Показания для плановой госпитализации пациентов с множественной миеломой является наличие диагноза симптоматическая множественная миелома для выполнения:  |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | планового курса специфической терапии, включающей химиотерапевтические препараты, таргетные препараты биологического механизма действия, требующей круглосуточного наблюдения за пациентом (в том числе при наличии тяжелой коморбидности, цитопенического синдрома),  |
| О | В | курса высокодозной химиотерапии,  |
| О | Г | трансплантации аутологичных (аллогенных) стволовых гемопоэтических клеток; мобилизации и сбора аутологичных стволовых гемопоэтических клеток крови; эксфузииаутологичного костного мозга для последующей трансплантации. |
|  |  |  |
| В | 023 | Показаниемдля экстренной госпитализации является наличие диагноза симптоматическая множественная миелома, осложненная |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | острым почечным повреждением вследствие миеломной нефропатии |
| О | В | тяжелым оссалгическим синдромом (в том числе с угрозой переломов, повреждения позвоночника, сдавления спинного мозга) |
| О | Г | тромботическими / геморрагическими осложнениями на фоне специфической терапии; тяжелыми инфекционными осложнениями на фоне специфической терапии; кардиальной патологией на фоне специфической терапии; глубокой цитопенией. |
|  |  |  |
| В | 024 | Полный ответ (полная ремиссия) на фоне иммуносупрессии множественной миеломы диагностируется: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | при отсутствии парапротеина в сыворотке и моче по данным иммунофиксации |
| О | В | количество плазматических клеток в миелограмме должно быть менее 5 %; мягкотканые плазмоцитомы отсутствуют |
| О | Г | нормальное соотношение свободных легких цепей (иммуноглобулинов) κ/λ (0,26‒1,65). |
|  |  |  |
| В | 025 | Прогрессия заболевания на фоне иммуносупрессии множественной миеломы диагностируется: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | при повышении уровня М-градиента на ≥25 % от наименьшего достигнутого уровня в сыворотке (увеличение на ≥5 г/л), в моче (увеличение на ≥200 мг/сут) |
| О | В | при увеличении числа плазматических клеток в костном мозге (абсолютное число – не менее 10 %), при появлении новых очагов в костях или увеличении размеров ранее определяемых, при появлении мягкотканых плазмоцитом или увеличение их размеров |
| О | Г | при гиперкальциемии (скоррегированный уровень кальция сыворотки >11,5 мг/дл или 2,65 ммоль/л) |
|  |  |  |
| В | 026 | Петехиально-пятнистый тип кровоточивости характерен для: |
| О | А | тромбоцитопатии и тромбоциопении |
| О | Б | геморрагического микротромбоваскулита |
| О | В | гемофилии |
| О | Г | болезни Рандю-Ослера |
|  |  |  |
| В | 027 | Гематомный тип кровоточивости характерен для: |
| О | А | гемофилии |
| О | Б | тромбоцитопатии и тромбоциопении |
| О | В | геморрагического микротромбоваскулита |
| О | Г | болезни Рандю-Ослера |
|  |  |  |
| В | 028 | Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для: |
| О | А | геморрагического микротромбоваскулита |
| О | Б | тромбоцитопатии и тромбоциопении |
| О | В | гемофилии |
| О | Г | болезни Рандю-Ослера |
|  |  |  |
| В | 029 | Для гематомного типа кровоточивости характерно: |
| О | А | образование полостей, заполненных не свертывающейся кровью, а также массивными наружными кровотечениями из поврежденных сосудов кожи, слизистых, в суставы; данный тип кровоточивости вызван дефицитом, функциональной недостаточностью или ингибицией плазменных факторов свертывания крови. |
| О | Б | появление поверхностных кровоизлияний на коже, слизистых оболочках, имеющих вид пятен различной величины, не выступающих над поверхностью кожи; безболезненных, не изменяющих своей окраски при надавливании на них; цвет кровоизлияний изменяется от пурпурного до желтого в динамике деградации содержащегося в них гемоглобина; их появление обычно ассоциируется с кровоточивостью из десен, носовыми, маточными кровотечениями; данный тип кровоточивости вызван уменьшением количества циркулирующих тромбоцитов или их функциональной недостаточностью |
| О | В | появление выступающей над поверхностью кожи мономорфной сыпи в виде небольших уплотнений пурпурной окраски, представляющих собой микросгустки свернувшейся крови, вышедшей из разрушенного микрососуда или оставшейся в сосуде; после исчезновения геморрагий на коже длительно сохраняются мелкие пятна бурого цвета; данный тип кровоточивости вызван воспалительным поражением стенки мелких сосудов микроциркуляторного русла. |
| О | Г | появление кожных проявлений, сходных с возникающими при петехиально-пятнистом типе в сочетании с образованием немногочисленных, но крупных гематом в подкожной или забрюшинной клетчатке; при данном типе кровоточивости имеет место сочетанное поражение тромбоцитарного, плазменного, фибринолитического звеньев системы свертывания крови |
|  |  |  |
| В | 030 | Для васкулитно-пурпурного типа кровоточивости характерно: |
| О | А | появление выступающей над поверхностью кожи мономорфной сыпи в виде небольших уплотнений пурпурной окраски, представляющих собой микросгустки свернувшейся крови, вышедшей из разрушенного микрососуда или оставшейся в сосуде; после исчезновения геморрагий на коже длительно сохраняются мелкие пятна бурого цвета; данный тип кровоточивости вызван воспалительным поражением стенки мелких сосудов микроциркуляторного русла. |
| О | Б | образование полостей, заполненных не свертывающейся кровью, а также массивными наружными кровотечениями из поврежденных сосудов кожи, слизистых, в суставы; данный тип кровоточивости вызван дефицитом, функциональной недостаточностью или ингибицией плазменных факторов свертывания крови. |
| О | В | появление поверхностных кровоизлияний на коже, слизистых оболочках, имеющих вид пятен различной величины, не выступающих над поверхностью кожи; безболезненных, не изменяющих своей окраски при надавливании на них; цвет кровоизлияний изменяется от пурпурного до желтого в динамике деградации содержащегося в них гемоглобина; их появление обычно ассоциируется с кровоточивостью из десен, носовыми, маточными кровотечениями; данный тип кровоточивости вызван уменьшением количества циркулирующих тромбоцитов или их функциональной недостаточностью |
| О | Г | появление кожных проявлений, сходных с возникающими при петехиально-пятнистом типе в сочетании с образованием немногочисленных, но крупных гематом в подкожной или забрюшинной клетчатке; при данном типе кровоточивости имеет место сочетанное поражение тромбоцитарного, плазменного, фибринолитического звеньев системы свертывания крови |
|  |  |  |
| В | 031 | Для петехиально-пятнистого типа кровоточивости характерно: |
| О | А | появление поверхностных кровоизлияний на коже, слизистых оболочках, имеющих вид пятен различной величины, не выступающих над поверхностью кожи; безболезненных, не изменяющих своей окраски при надавливании на них; цвет кровоизлияний изменяется от пурпурного до желтого в динамике деградации содержащегося в них гемоглобина; их появление обычно ассоциируется с кровоточивостью из десен, носовыми, маточными кровотечениями; данный тип кровоточивости вызван уменьшением количества циркулирующих тромбоцитов или их функциональной недостаточностью |
| О | Б | а. образование полостей, заполненных не свертывающейся кровью, а также массивными наружными кровотечениями из поврежденных сосудов кожи, слизистых, в суставы; данный тип кровоточивости вызван дефицитом, функциональной недостаточностью или ингибицией плазменных факторов свертывания крови. |
| О | В | в. появление выступающей над поверхностью кожи мономорфной сыпи в виде небольших уплотнений пурпурной окраски, представляющих собой микросгустки свернувшейся крови, вышедшей из разрушенного микрососуда или оставшейся в сосуде; после исчезновения геморрагий на коже длительно сохраняются мелкие пятна бурого цвета; данный тип кровоточивости вызван воспалительным поражением стенки мелких сосудов микроциркуляторного русла. |
| О | Г | г. появление кожных проявлений, сходных с возникающими при петехиально-пятнистом типе в сочетании с образованием немногочисленных, но крупных гематом в подкожной или забрюшинной клетчатке; при данном типе кровоточивости имеет место сочетанное поражение тромбоцитарного, плазменного, фибринолитического звеньев системы свертывания крови |
|  |  |  |
| В | 032 | Для ДВС-синдрома характерно: |
| О | А | появление кожных проявлений, сходных с возникающими при петехиально-пятнистом типе в сочетании с образованием немногочисленных, но крупных гематом в подкожной или забрюшинной клетчатке; при данном типе кровоточивости имеет место сочетанное поражение тромбоцитарного, плазменного, фибринолитического звеньев системы свертывания крови |
| О | Б | образование полостей, заполненных не свертывающейся кровью, а также массивными наружными кровотечениями из поврежденных сосудов кожи, слизистых, в суставы; данный тип кровоточивости вызван дефицитом, функциональной недостаточностью или ингибицией плазменных факторов свертывания крови. |
| О | В | появление поверхностных кровоизлияний на коже, слизистых оболочках, имеющих вид пятен различной величины, не выступающих над поверхностью кожи; безболезненных, не изменяющих своей окраски при надавливании на них; цвет кровоизлияний изменяется от пурпурного до желтого в динамике деградации содержащегося в них гемоглобина; их появление обычно ассоциируется с кровоточивостью из десен, носовыми, маточными кровотечениями; данный тип кровоточивости вызван уменьшением количества циркулирующих тромбоцитов или их функциональной недостаточностью |
| О | Г | в. появление выступающей над поверхностью кожи мономорфной сыпи в виде небольших уплотнений пурпурной окраски, представляющих собой микросгустки свернувшейся крови, вышедшей из разрушенного микрососуда или оставшейся в сосуде; после исчезновения геморрагий на коже длительно сохраняются мелкие пятна бурого цвета; данный тип кровоточивости вызван воспалительным поражением стенки мелких сосудов микроциркуляторного русла. |
|  |  |  |
| В | 033 | Показаниями для проведения постоянной профилактической заместительной терапии при гемофилии являются: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | тяжелая форма гемофилии, среднетяжелая форма гемофилии при развитии хотя бы одного эпизода гемартроза или выраженных геморрагических проявлений другой локализации |
| О | В | повторные кровоизлияния в суставы |
| О | Г | появление признаков синовиита или артропатии, выраженных геморрагических проявлений, требующих частых введений концентратов факторов свертывания. |
|  |  |  |
| В | 034 | Основная модель профилактического лечения гемофилии А: |
| О | А | инфузия препарата фактора свертывания крови VIII (FVIII) в дозе 20-40 МЕ/кг 1 раз в 2 дня или 3 раза в неделю |
| О | Б | инфузия препарата фактора свертывания крови IX |
| О | В | инфузиясвежезамороженнойплазмы |
| О | Г | инфузиякриопреципитата |
|  |  |  |
| В | 035 | Основная модель профилактического лечения гемофилии В: |
| О | А | инфузия препарата фактора свертывания крови IXI (FIX) в дозе 25-40 МЕ/кг 1 раз в 3 дня или 2 раза в неделю |
| О | Б | инфузия препарата фактора свертывания крови VIII |
| О | В | инфузиясвежезамороженнойплазмы |
| О | Г | инфузиякриопреципитата |
|  |  |  |
| В | 036 | Для клинической картины гемофилии характерно: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | гемартрозы и кровоизлияния в мышцы |
| О | В | кровотечения из ЖКТ и почечные кровотечения |
| О | Г | кровоизлияния в ЦНС |
|  |  |  |
| В | 037 | Принципы стоматологической помощи пациентам с гемофилией: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | проведение местной анестезии у пациентов с тяжелой и среднетяжелой формами гемофилии рекомендуется только после введения концентрата фактора свертывания |
| О | В | следует воздержаться от применения НПВП, особенно ацетилсалициловой кислоты. |
| О | Г | при стоматологических процедурах (наложение швов, множественная экстракция зубов) может понадобиться госпитализация пациента в стационар, в связи чем важно тесное взаимодействие хирурга-стоматолога и гематолога |
|  |  |  |
| В | 038 | С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ангину: |
| О | А | с острым лейкозом |
| О | Б | с бронхитом |
| О | В | с трахеитом |
| О | Г | с эзофагитом |
|  |  |  |
| В | 039 | Для поражения зева при остром лейкозе характерно все, кроме: |
| О | А | язвенно-некротическое поражение миндалин |
| О | Б | увеличенныеминдалины |
| О | В | ограниченные налеты серовато-белого цвета на миндалинах, твердом и мягком небе, слизистой щек, представляющие собой отсевы бластных клеток |
| О | Г | геморрагические высыпания на слизистой твердого, мягкого неба, щек |
|  |  |  |
| В | 040 | Для острого лейкоза характерно все, кроме: |
| О | А | наличие «филадельфийской» хромосомы |
| О | Б | в общем анализе крови: бласты и лейкемический провал в лейкоцитарной формуле; лейкопения, тромбоцитопения, анемия |
| О | В | увеличение лимфоузлов, печени, селезенки, лейкемиды на коже, за счет отсевов бластных клеток |
| О | Г | геморрагический синдром, анемический синдром, присоединение инфекционного процесса |
|  |  |  |
| В | 041 | Синдром «Боль в горле» характерен для: |
| О | А | острого лейкоза |
| О | Б | бронхита |
| О | В | эзофагита |
| О | Г | трахеита |
|  |  |  |
| В | 042 | Трепанобиопсия – это: |
| О | А | биопсия костного мозга на уровне крыла подвздошной кости |
| О | Б | биопсия костного мозга на уровне грудины |
| О | В | биопсиялимфоузла |
| О | Г | биопсияпочки |
|  |  |  |
| В | 043 | При геморрагическом синдроме лекарственные препараты должны вводиться: |
| О | А | внутривенно |
| О | Б | подкожно |
| О | В | внутрикостно |
| О | Г | внутримышечно |
|  |  |  |
| В | 044 | Для клинической картины геморрагического васкулита Шенлейна–Геноха (IgA-ассоциированного васкулиита) характерно все, кроме: |
| О | А | гематомныйтипкровоточивости |
| О | Б | поражение кожи по типу васкулитно-пурпурного типа кровоточивости: обильная (в тяжелых случаях – сливная) сыпь локализующаяся преимущественно на коже нижних конечностей, ягодицах, вокруг крупных суставов, реже – на коже верхних конечностей, туловища, лица; сыпь мелкопятнистая или пятнисто-папулезная, геморрагическая, симметричная; в стадии разрешения остается пигментация |
| О | В | поражение суставов по типу артралгии, обратимых артритов преимущественно крупных суставов (коленных, голеностопных); отмечаются болезненность, отек суставов и нарушение функции; сохраняется от нескольких часов до нескольких дней |
| О | Г | поражение желудочно-кишечного тракта, обусловленное отеком и геморрагиями в стенку кишки, брыжейку или брюшину; проявляется умеренными или сильными схваткообразными болями в животе, сопровождаться тошнотой, рвотой, жидким стулом с примесью крови; могут развиться аппендицит, холецистит, панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение, язвы, инфаркты кишки, перфорация. |
|  |  |  |
| В | 045 | К этиологическим факторам геморрагического васкулита Шенлейна–Геноха (IgA-ассоциированного васкулиита) относятся все, кроме: |
| О | А | отравления |
| О | Б | инфекционные (стрептококк и другие бактерии, вирусы). |
| О | В | воздействие пищевых и лекарственных аллергенов |
| О | Г | укус насекомого; травма, охлаждение |
|  |  |  |
| В | 046 | Диагностические критерии геморрагического васкулита Шенлейна–Геноха (IgA-ассоциированного васкулиита) |
| О | А | диагноз устанавливается при наличии как минимум одного обязтаельного и одного дополнительного критерия |
| О | Б | пурпура: пальпируемая пурпура или петехии, локализованные преимущественно на нижних конечностях и не сопровождающиеся тромбоцитопенией (обязательный критерий); |
| О | В | б. диффузная абдоминальная боль по типу колики с острым дебютом, подтвержденная документально и физикальным обследованием; желудочно-кишечные кровотечения (дополнительный критерий); острый дебют артрита с припухлостью, болью, нарушением функции в суставе; острый приступ артралгии без припухлости и нарушения функции (дополнительный критерий); |
| О | Г | протеинурия > 0,3 г/сут или альбумин/креатинин > 30 ммоль/мг в утренней порции мочи; гематурия или число эритроцитов > 5 клеток в поле зрения (дополнительный критерий); |
|  |  |  |
| В | 047 | Диагноз идиопатической тромбоцитопенической пурпуры устанавливается на основании следующих критериев: |
| О | А |  по совокупности всех признаков |
| О | Б | изолированная тромбоцитопения менее 100,0 × 109/л как минимум в двух последовательных анализах крови; отсутствие морфологических и функциональных аномалий тромбоцитов;  |
| О | В | отсутствие патологии лимфоцитов, гранулоцитов и эритроцитов; нормальные показатели гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов, если не было существенной кровопотери;  |
| О | Г | в. повышенное или нормальное количество мегакариоцитов в миелограмме; нормальные размеры селезенки |
|  |  |  |
| В | 048 | Идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру дифференцируют со вторичными тромбоцитопатиями: |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | с аутоиммунным тиреоидитом (антититела к тироидной пероксидазе – ТПО и оценка функции щитовидной железы) |
| О | В | с системной красной волчанкой (антинуклеарные антитела, антитела к нативной (двуспиральной) ДНК); с антифосфолипидным синдромом (Волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипинам (IgM и IgG) и антитела к β-2-гликопротеину 1 (IgM и IgG)) и с другими коллагенозами (ревматоидным артритом и склеродермией) |
| О | Г | ДВС-синдромом в фазе истощения |
|  |  |  |
| В | 049 | В течение длительного времени тромбоцитопения является проявлением |
| О | А | все перечисленное верно |
| О | Б | системной красной волчанки |
| О | В | острого лейкоза / лимфопролиферативных заболеваний |
| О | Г | аутоиммунноготиреодитита |
|  |  |  |
| В | 050 | Критерии эффективности терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Назовите критерии «полного ответа»: |
| О | А | количество тромбоцитов более 100,0 × 109/л |
| О | Б | увеличение начального количества тромбоцитов в 2 раза |
| О | В | отсутствие кровотечения |
| О | Г | количество тромбоцитов более 30,0 × 109/л  |