

ГЕМАТОЛОГИЯ

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

- 1) Для железодефицитной анемии характерно
 1. гиперхромия, микроцитоз
 2. гипохромия, макроцитоз, мишеневидные эритроциты
 3. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки*
 4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

- 2) Для диагностики В12-дефицитной анемии необходимо выявить
 1. гиперхромную, гиперрегенераторную, макроцитарную анемию
 2. гиперхромную, гипорегенераторную, микроцитарную анемию
 3. гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
 4. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию*

- 3) При лечении витамином В12
 1. ретикулоцитарный криз развивается через 2 недели лечения
 2. ретикулоцитарный криз развивается через 12-24 часа от начала лечения
 3. ретикулоцитарный криз развивается на 5-8-й день от начала лечения*
 4. ретикулоцитарный криз развивается 2-4 дня после лечения

- 4) Нормальный показатель уровня гемоглобина крови
 1. 100-120 г/л
 2. 120-150 г/л*
 3. 140-160 г/л
 4. 150-170 г/л

- 5) При В12-дефицитной анемии в клиническом анализе крови цветной показатель
 1. 0,8-1,05
 2. меньше 0,8
 3. больше 1,05*

- 6) После начала введения витамина В12 при В12 дефицитной анемии в крови наблюдается
 1. бластный криз
 2. лейкоцитарный криз
 3. эритроцитарный криз
 4. ретикулоцитарный криз*

- 7) Нормальный показатель количества эритроцитов в клиническом анализе крови
 1. $4-9 \cdot 10^{12}$
 2. $3,9-5,0 \cdot 10^{12}$ *
 3. $4-9 \cdot 10^9$
 4. $3,9-5,0 \cdot 10^9$

- 8) Для клинической картины анемии не характерно
 1. слабость, вялость, утомляемость
 2. систолический шум в сердце
 3. повышение температуры тела выше 38°C .*

4. одышка, тахикардия
5. бледность кожи и слизистых
6. сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос

9) Основные симптомы при анемии связаны с

1. интоксикацией
2. гипоксемией *
3. мальабсорбцией
4. нарушением водно-электролитного баланса

10) В организме взрослого человека

1. содержится 2-5 г железа
2. содержится 4-5 г железа*
3. содержится 10-12 г железа
4. содержится 25-30 г железа

11) В гемоглобине содержится

1. 10% имеющегося в организме железа
2. 30% имеющегося в организме железа
3. 60% имеющегося в организме железа*
4. 90% имеющегося в организме железа

12) Суточная потеря железа в организме

1. 1.1-2 мг *
2. 2.8-10 мг
3. 3.20-25 мг
4. 4.25-50 мг

13) Наиболее частая причина железодефицитной анемии

1. атрофический гастрит
2. глистные инвазии
3. хронические кровопотери *
4. алиментарные причины
5. диаррея

14) Суточная абсорбция железа в тонком кишечнике составляет

1. 1,5-2мг *
2. 5-10мг
3. 15-20мг
4. 25-50мг

15) Препараты железа назначаются

1. на срок 1-2 недели
2. длительно, в течение 4-5 месяцев
3. до нормализации гемоглобина, 2 недели для депо железа и далее курсами.*
4. сроком на 1 месяц

16) Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются

1. кровотечения
2. анемический синдром*
3. признаки фуникулярного миелоза
4. инфекционные осложнения

- 17) Внутренний фактор Кастла образуется в**
1. фундальной области желудка*
 2. двенадцатиперстной кишке
 3. сыворотке крови
 4. стенке тонкого кишечника
- 18) Причина развития фуникулярного миелоза**
1. дефицит фолиевой кислоты
 2. нарушение метаболизма метилмалоновой кислоты *
 3. повышенная продукция арахидоновой кислоты
 4. недостаток янтарной кислоты
- 19) Механизм желтушности кожных покровов при мегалобластических анемиях**
1. поражение печени
 2. холестаза
 3. образование непрямого билирубина при гемолизе эритроцитов *
- 20) Роль витамина В12 в кроветворении**
1. образование ДНК и РНК при созревании клеток миелоидного ряда *
 2. образование ДНК и РНК при созревании клеток лимфоидного ряда
 3. образование гема
 4. образование глобина
- 21) При В₁₂-дефицитной анемии в миелограмме наиболее характерны следующие изменения**
1. бластов более 30 %
 2. угнетение всех ростков кроветворения
 3. мегалобластический тип кроветворения*
 4. преобладание клеток эритроидного ряда
- 22) Наиболее информативный показатель для подтверждения диагноза железодефицитной анемии**
1. уровень сывороточного железа крови
 2. общая железосвязывающая способность сыворотки крови
 3. уровень гемоглобина в клиническом анализе крови
 4. цветной показатель
 5. ферритин *
- 23) Для фолиеводефицитной анемии характерно**
1. гиперхромный тип анемии*
 2. повышение содержания метилмалоновой кислоты в моче
 3. повышение фолатов в крови
 4. уменьшение дезоксирибонуклеазы в крови
- 24) Основное количество железа в организме человека всасывается в желудке.**
1. в нисходящем отделе ободочной кишки.
 2. в двенадцатиперстной и тощей кишках. *
 3. в подвздошной кишке.
 4. в восходящем отделе ободочной кишки
 5. в слепой кишке.

25) Железо всасывается лучше всего

1. в форме ферритина.
2. в форме гемосидерина.
3. в форме гема.*
4. в виде свободного трехвалентного железа.
5. в виде свободного двухвалентного железа.

26) Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть

1. имевшийся ранее латентный дефицит железа *
2. многоплодная беременность
3. несовместимость с мужем по системе АВО

27) Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует :

1. принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью *
2. перелить эритроцитарную массу перед родами
3. вводить Ferrum Lek внутримышечно

28) Самой частой причиной железодефицитной анемией у мужчин является:

1. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта*
2. гломусные опухоли
3. алкогольный гепатит
4. гематурическая форма гломерулонефрита

29) Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

1. резекцией желудка
2. большим количеством детей (родов) *
3. нефрэктомией
4. гипосекреторным гастритом

30) При железодефицитной анемии характерны изменения языка:

1. “малиновый” язык
2. “лакированный” язык
3. атрофия сосочков*
4. географический язык
5. следы зубов на языке

31) Для лечения дефицита железа следует назначать:

1. препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой
2. препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В в/м.
3. регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой.
4. препараты железа внутрь на длительный срок.*

32) Фактор, необходимый для всасывания витамина В12

1. соляная кислота
2. гастрин
3. гастромукопротеин*
4. пепсин
5. фолиевая кислота

33) Жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при В₁₂-дефицитной анемии связаны с

1. гипокалиемией
2. фуникулярным миелозом*
3. алкогольной энцефалопатией
4. остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения
5. ангиопатией артерий нижних конечностей

34) Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

1. амилоидозе
2. тромбоцитопении
3. В₁₂-дефицитной анемии*
4. болезни Гоше

35) Обязательный лабораторный признак В₁₂ дефицитной анемии:

1. гиперхромия эритроцитов *
2. микроцитоз эритроцитов
3. глюкозурия
4. гиперурикемия

36) Наиболее вероятной причиной В₁₂-дефицитной анемии может являться :

1. инвазия широким лентецом *
2. инвазия острицами
3. язвенная болезнь желудка
4. хр. кровопотеря

37) Мегалобластический тип кроветворения: характерен для

1. серповидно-клеточной анемии
2. талассемии
3. В₁₂ дефицитной анемии*
4. железодефицитной анемии

38) В₁₂-дефицитной анемия после гастроэктомии развивается:

1. через 1 месяц
2. через 1,5 года*
3. через 5 лет
4. через неделю

39) Характерная жалоба больного с В₁₂-дефицитной:

1. хромота
2. боли за грудиной
3. жжение языка *
4. близорукость

40) Характерный признак В₁₂-дефицитной анемии:

1. гипертромбоцитоз
2. лейкоцитоз
3. увеличение СОЭ
4. высокий цветной показатель*

41) Больного В₁₂-дефицитной анемией следует лечить:

1. всю жизнь*
2. до нормализации уровня гемоглобина
3. 1 год
4. 3 месяца

42) Показателем эффективности лечения при В₁₂-дефицитной анемии к концу первой недели лечения является:

1. уменьшение сывороточного железа
2. снижение уровня билирубина
3. “ретикулоцитарный криз”*

43) У больного слабость, плохой аппетит, шаткая походка, бледность кожи слизистых, иктеричность. В крови Hb 70г/л, макроцитоз, тельца Жоли. Эр 1,9х 10¹²/л Цп 1,3 В костном мозге мегалобластический тип кроветворения. Ваш предположительный диагноз.

1. железодефицитная анемия
2. острый лейкоз
3. В-12 дефицитная анемия *
4. хронический лейкоз
5. гемолитическая анемия

44) У женщины 42 лет с фибромиомой матки и менорагиями обнаружена анемия. Hb –80г/л гипохромия, микроэритроцитоз. Наиболее вероятный диагноз.

1. В12 дефицитная анемия
2. серповидно-клеточная анемия
3. апластическая анемия
4. наследственный сфероцитоз
5. железодефицитная анемия*

45) Субстратом острого лейкоза являются

1. лейкозные созревающие клетки
2. лейкозные бластные клетки *
3. зрелые лейкозные клетки

46) Острый лейкоз – это опухоль, исходящая из

1. гемопоэтической ткани лимфоузлов
2. костного мозга *
3. ретикулоэндотелиальной ткани печени
4. ретикулоэндотелиальной ткани селезенки

47) При остром лимфобластном лейкозе обнаруживается положительная цитохимическая реакция на

1. гликоген *
2. миелопероксидазу
3. судан черный
4. альфа-нафтилэстеразу

48) Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о

1. эритремии
2. железодефицитной анемии

3. остром лейкозе*
4. В₁₂-дефицитной анемии

49) Причина анемии при остром лейкозе

1. продукция аутоантител к эритроцитам
2. нарушение продукции эритропоэтина
3. нарушение образования эритроцитов в костном мозге *
4. нарушение всасывания железа
5. дефицит витаминов и микроэлементов

50) Форма хронического лимфолейкоза, для которой характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе

1. спленомегалическая
2. классическая
3. доброкачественная
4. костномозговая
5. опухолевая*

51) У больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лимфоцитарный лейкоцитоз, Данные симптомы характерны для

1. лимфогранулематоза
2. острого лимфобластного лейкоза
3. хронического лимфолейкоза *
4. хронического миелолейкоза
5. эритремии

52) Под термином лимфоаденопатия подразумевают

1. высокий лимфобластоз в стерильном пунктате
2. лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов
3. лимфоцитоз в периферической крови
4. увеличение лимфоузлов*

53) Основное различие острых и хронических лейкозов

1. характер начала заболевания
2. продолжительность жизни
3. степень созревания опухолевых клеток*
4. выраженность клинических синдромов

54) При остром лейкозе наиболее частое количество лейкоцитов в периферической крови

1. 400-900 *10⁹/л
2. 100-400 *10⁹/л
3. 25-50*10⁹/л *
4. 5-15 *10⁹/л

55) Основным методом, подтверждающим наличие острого лейкоза является

1. клинический анализ крови
2. УЗИ брюшной полости
3. исследование спинномозговой жидкости
4. исследование костного мозга*

56) Положительная реакция на пероксидазу наблюдается при следующем варианте острого лейкоза

1. лимфобластном
2. миелобластном *
3. недифференцированном
4. мегакариобластном

57) Диагностически достоверным острым лейкозом становится при обнаружении в пунктате костного мозга

1. более 20 % бластных форм*
2. более 5% бластных форм
3. 80-90 % бластных форм

58) Трансплантация костного мозга при хроническом миелолейкозе может проводиться только в фазу

1. хроническую*
2. прогрессирующую
3. бластного криза
4. ремиссии
5. рецидива заболевания

59) Для третьей стадии хронического лимфолейкоза по классификации RAI характерно

1. только лимфоцитоз в периферической крови и/или костном мозге
2. лимфоцитоз и увеличение лимфоузлов
3. лимфоцитоз и гепатоспленомегалия
4. лимфоцитоз и анемия*
5. лимфоцитоз и тромбоцитопения

60) Лечение 0 стадии (по RAI) хронического лимфолейкоза

1. при признаках прогрессирования процесса монохимиотерапия с или без кортикостероидов, флударабин
2. монохимиотерапия + винкристин и преднизолон.
3. хлорамбуцил + преднизолон, флударабин, возможна полихимиотерапия (свр, chop).
4. только наблюдение*

61) Критерий полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе

1. количество бластов в стерильном пунктате менее 30%
2. количество бластов в стерильном пунктате менее 5%*
3. количество бластов в стерильном пунктате менее 2%

62) Хронический лимфолейкоз – это заболевание

1. молодых мужчин
2. молодых женщин
3. пожилых мужчин*
4. пожилых женщин

63) Субстратом опухоли при хроническом лимфолейкозе являются

1. миелоциты
2. лимфоциты *
3. миелобласты
4. лимфобласты
5. плазматические клетки

- 64) 4 стадия хронического лимфолейкоза характеризуется**
1. только лимфоцитозом
 2. лимфоцитозом и анемией
 3. лимфоцитозом и спленомегалией
 4. лимфоцитозом и тромбоцитопенией *
- 65) Т-лимфоцитарный лейкоз встречается в**
1. 5% случаев хронического лимфолейкоза *
 2. 25-40% случаев
 3. 50% случаев
 4. 80-90% случаев
- 66) Хронический лимфолейкоз характеризуется**
1. относительным лимфоцитозом
 2. абсолютным лимфоцитозом в крови более $3 \times 10^9/\text{л}$
 3. абсолютным лимфоцитозом более $5 \times 10^9/\text{л}$
 4. абсолютным лимфоцитозом более $10 \times 10^9/\text{л}$ *
- 67) Выраженная спленомегалия является характерным признаком**
1. хронического миелолейкоза*
 2. хронического лимфолейкоза
 3. В12-дефицитной анемии
 4. острого лейкоза
- 68) Гепатоспленомегалия при остром лейкозе является проявлением**
1. геморрагического синдрома
 2. инфекционных осложнений
 3. гиперпластического синдрома *
 4. анемического синдрома
 5. портальной гипертензии
- 69) Показания к переливанию крови при анемии**
1. гемоглобин менее 80-90 г/л
 2. гемоглобин менее 60-70 г/л
 3. гемоглобин менее 60 г/л и гемодинамические расстройства *
 4. гемоглобин менее 50 г/л
- 70) Основной причиной развития геморрагического синдрома при лейкозах является**
1. развитие геморрагического васкулита
 2. дефицит плазменных прокоагулянтов
 3. тромбоцитопения*
 4. увеличение селезенки
- 71) Препарат выбора при хроническом миелолейкозе**
1. гидроксимочевина *
 2. хлорбутин
 3. циклофосфан
 4. миелосан

- 72) При резистентности к интерферонам и гидроксимочевине при лечении хронического миелолейкоза используют**
1. циклофосфан
 2. цитозар (ара-С) *
 3. винкристин
 4. преднизолон
- 73) Показанием для выбора программы полихимиотерапии при остром лейкозе является**
1. возраст и пол больного
 2. вариант лейкоза (лимфобластный, нелимфобластный) *
 3. стадия заболевания
 4. наличие осложнений
 5. особенности клинического течения
- 74) Составляющие методы профилактики нейрорлейкемии**
1. облучение головы
 2. внутривенное введение цитостатиков
 3. эндолумбальное введение цитостатиков
 4. облучение головы и эндолумбальное введение цитостатиков *
- 75) Профилактика нейрорлейкемии проводится в фазу**
1. консолидации ремиссии
 2. индукции ремиссии *
 3. во время ремиссии
- 76) Главный прогностический критерий для острого лейкоза**
1. пол
 2. возраст *
 3. вариант лейкоза
 4. степень тяжести анемии
 5. уровень лейкоцитоза
- 77) Субстрат опухоли при хроническом лимфолейкозе представлен:**
1. зрелыми лимфоцитами*
 2. лимфобластами
 3. плазмочитами
 4. пролимфоцитами
- 78) Показатели периферической крови: Hb-66г/л; Eг-2,19x10¹²ст/л;ЦП-0,9;Leu-45,0x10⁹ ст/л; нейтрофилы: п/я-0,5%;с/я-2,5%;эозинофилы-0%; пролимфоциты-5%; лимфоциты-92%; моноциты-5%; тромбоциты-80x10⁹ст/л; СОЭ-40мм/ч; умеренный анизоцитоз эритроцитов, тени Гумпрехта – 2-4 в поле зрения. Можно ли, опираясь на представленные данные, поставить диагноз хронического лимфолейкоза?**
1. да*
 2. нет
 3. недостаточно данных для постановки диагноза

- 79) Показанием к цитостатической терапии при хроническом лимфолейкозе является количество лейкоцитов более:
1. $40 \cdot 10^9 / \text{л}$
 2. $60 \cdot 10^9 / \text{л}$
 3. $80 \cdot 10^9 / \text{л}$
 4. $4.100 \cdot 10^9 / \text{л}^*$
- 80) Основные клинические проявления первой (хронической, доброкачественной) стадии хронического миелолейкоза:
1. спленомегалия
 2. боли в костях
 3. нейтрофильный лейкоцитоз с умеренным омоложением лейкоцитарной формулы крови*
 4. анемия
- 81) Гистологическая картина, обнаруживаемая в печени, селезенке и лимфатических узлах при хроническом миелолейкозе:
1. миелоидная метаплазия*
 2. дегенеративные гемоглобиновые структуры;
 3. суданофильные гранулы и тельца Ауэра в миелобластах;
 4. анизоцитоз и пойкилоцитоз.
- 82) Показатели периферической крови: Hb-142г/л; Eг- $4,28 \cdot 10^{12}$ ст/л; ЦП-0,99; Leu- $41,4 \cdot 10^9$ ст/л; нейтрофилы:миелобласты – 2%; промиелоциты – 1%; миелоциты – 12%; метамиелоциты(юные) – 6%; п/я-13%;с/я-38%;эозинофилы-5%; базофилы – 13%; лимфоциты-8%; моноциты-2%; тромбоциты- $698 \cdot 10^9$ ст/л; СОЭ-18мм/ч. Скажите, можно ли, опираясь на представленные данные, подтвердить диагноз хронического лейкоза?
1. да, данные свидетельствуют за хронический лимфолейкоз;
 2. да, данные свидетельствуют за хронический миелолейкоз*
 3. нет, по представленным данным подтвердить диагноз хронического лейкоза нельзя.
- 83) Тени Боткина-Гумпрехта, обнаруживаемые в крови при хроническом лимфолейкозе, это:
1. гиперсегментированные нейтрофилы (более 5-ти сегментов);
 2. эритроциты с остатками ядер;
 3. измененные ядра патологических лимфоцитов, разрушенных в момент приготовления мазка*
 4. лимфопролиферативные инфильтраты внутренних органов.
- 84) Наиболее часто (в 80-85% случаев) встречается
1. гемофилия А *
 2. гемофилия В
 3. гемофилия С
- 85) Уровень УШ фактора, при котором возникают тяжелые кровотечения при травмах и операциях
1. 50-200%
 2. 20-50%
 3. 5-20% *
 4. 1-5%
 5. 0%

- 86) Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) относится к геморрагическим диатезам, обусловленным**
1. нарушением плазменного звена гемостаза.
 2. нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы *
 3. нарушением сосудистой системы
 4. сочетанными нарушениями
 5. врожденной патологией
- 87) Продолжительность жизни тромбоцитов при аутоиммунной тромбоцитопении**
1. 7-10 дней
 2. 2-3 дня
 3. 1-2 дня
 4. 10-15 часов
 5. несколько часов *
- 88) Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха) относится к геморрагическим диатезам, обусловленным**
1. нарушением плазменного звена гемостаза.
 2. нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы
 3. нарушением сосудистой системы *
 4. сочетанными нарушениями
 5. врожденной патологией
- 89) Гемофилии относятся к геморрагическим диатезам, обусловленным**
1. нарушением плазменного звена гемостаза *
 2. нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы
 3. нарушением сосудистой системы
 4. сочетанными нарушениями
 5. аутоиммунными механизмами
- 90) Болезнь Виллебранда относится к геморрагическим диатезам, обусловленным**
1. нарушением плазменного звена гемостаза.
 2. нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы
 3. нарушением сосудистой системы
 4. сочетанными нарушениями *
 5. токсическими факторами
- 91) Геморрагический васкулит при инфекционном эндокардите обусловлен**
1. нарушением плазменного звена гемостаза.
 2. нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы
 3. нарушением сосудистой системы *
 4. сочетанными нарушениями
 5. ДВС-синдромом
- 92) Тип кровоточивости при аутоиммунной тромбоцитопении**
1. гематомный
 2. пятнисто-петехиальный *
 3. ангиоматозный
 4. васкулитно-пурпурный (петехиальный)
 5. смешанного характера

- 93) Протромбиновое время и активированное частичное время изменены при** **тромбопластиновое**
1. тромбоцитов (тромбоцитопения)
 2. сосудистой стенки
 3. плазменных прокоагулянтов *
 4. тромбоцитов (тромбоцитопатия)
 5. болезни Рандю-Ослера
- 94) Причиной развития гемофилии А является дефицит**
1. фактора IX
 2. фактора X
 3. фактора XI
 4. фактора VIII *
 5. фактора II
- 95) Повышенное разрушение тромбоцитов при болезни Верльгофа вызвано**
1. дефицитом гликопротеинов IIb/IIIa на мембранах тромбоцитов, ведущий к нарушению их взаимодействия с агрегирующими агентами
 2. наследственной предрасположенностью
 3. образованием антитромбоцитарных антител, относящихся к классу IgG. *
 4. повышением агрегационных свойств тромбоцитов при нестабильности их мембран
 5. снижением содержания фибриногена в тромбоцитах
- 96) Клинические признаки тромбоцитопении появляются при уровне тромбоцитов**
1. менее 400×10^9 /л
 2. менее 200×10^9 /л
 3. менее 100×10^9 /л
 4. менее 50×10^9 /л *
 5. менее 10×10^9 /л
- 97) В анализе крови при болезни Верльгофа**
1. тромбоцитопения *
 2. тромбоцитоз
 3. анемия
 4. эритроцитоз
 5. лейкопения
- 98) В костном мозге при аутоиммунной тромбоцитопении наблюдается**
1. расширение мегакариоцитарного ростка *
 2. сужение мегакариоцитарного ростка
 3. угнетение кроветворения
 4. расширение эритроидного ростка
 5. сужение эритроидного ростка кроветворения
- 99) Гепарин вводится под контролем**
1. протромбинового индекса
 2. свертывания крови *
 3. времени кровотечения
 4. фибринолитической активности
 5. количества тромбоцитов

100) Коагулопатии –

1. связаны с нарушением плазменного звена гомеостаза*
2. связаны с поражением сосудов
3. связаны с нарушением тромбоцитарного звена гомеостаза
4. связаны с нарушением плазменного, тромбоцитарного и сосудистого звеньев гомеостаза
5. связаны с приемом лекарств

101) Если у больного имеется гематомный тип кровоточивости и поражение опорно-двигательного аппарата, то следует заподозрить:

1. геморрагический васкулит
2. ДВС-синдром
3. идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру
4. гемофилию*
5. тромбоцитопатию

102) Для диагностики гемофилии применяется:

1. определение времени свертываемости*
2. определение времени кровотечения
3. добавление образцов плазмы с отсутствием одного из факторов свертываемости*
4. определение плазминогена
5. определение протромбина

103) У больного 14 лет с детства появляются обширные гематомы и носовые кровотечения после травм. Поступил с жалобами на боли в коленном суставе, возникшие после урока физкультуры. Сустав увеличен в объеме, резко болезненный, объем движений значительно ограничен. Диагноз?

1. тромбоцитопения
2. тромбоцитопатия
3. гемофилия*
4. тромбоваскулит

104) Больная 44 лет находится в стационаре по поводу идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. На теле единичные петехиально-пятнистые кровоизлияния, других изменений не выявляется. Тромбоциты $18 \times 10^9/\text{л}$. Ранее по поводу этого заболевания никогда не лечилась. Ваша тактика?

1. воздержаться от лечения, динамическое амбулаторное наблюдение
2. преднизолон*
3. спленэктомия
4. цитостатики
5. плазмаферез

105) Больная 18 лет, поступила с жалобами на петехиально-пятнистые высыпания на коже и слизистой оболочке полости рта в течение месяца. Время кровотечения 18 минут по Дюке. Анализ крови без патологии, тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$. Показатели коагуляционного гемостаза в пределах нормы. Диагноз?

1. геморрагический васкулит Шейлейна-Геноха
2. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
3. тромбоцитопатия*
4. синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
5. геморрагическая телеангиоэктазия Рандю-Ослера

106) Диагностический признак гемофилии:

1. снижение фибриногена
2. удлинение времени кровотечения
3. удлинение времени свертывания крови*
4. снижение протромбинового показателя
5. нарушение ретракции кровяного сгустка

107) Больной 17 лет страдает кровоточивостью с раннего детства: неоднократные носовые кровотечения, гематомы после ушибов. Год назад болезненные кровоизлияния в коленные и голеностопные суставы. Ваш диагноз?

1. гемофилия*
2. тромбоцитопатия
3. геморрагический васкулит
4. хроническая форма ДВС-синдрома
5. все перечисленное равновероятно

108) Больной 16 лет, жалобы на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, живот вздут, при пальпации мягкий. На коже множественные гематомы. Правый коленный сустав припухлый, болезненный при пальпации. В крови: лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 130 г/л, тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$. В течение нескольких лет наблюдались носовые кровотечения. Протромбиновый индекс нормальный, время свертывания крови удлинено. Агрегация тромбоцитов не нарушена. Предположительный диагноз?

1. апластическая анемия
2. тромбоцитопеническая пурпура
3. гемофилия*
4. геморрагический васкулит
5. тромбоцитопатия

109) Критерии диагностики гемофилии:

1. снижение фибриногена
2. Удлинение времени кровотечения
3. Снижение протромбинового времени
4. Удлинение времени ретракции кровяного сгустка
5. Удлинение времени свертывания крови*

110) Пусковой механизм свертывания крови

1. образование иммунных комплексов
2. нарушение целостности сосудистой стенки*
3. агрегация тромбоцитов
4. адгезия тромбоцитов
5. гипоксия

УКАЖИТЕ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

111) В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры эффективно

1. викасол
2. глюкокортикостероиды*
3. свежезамороженная плазма
4. спленэктомия*
5. цитостатики*

112) К симптомам анемии относится

1. одышка*
2. бледность*
3. сердцебиение*
4. диастолический шум на верхушке сердца
5. систолический шум на верхушке сердца*

113) В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры эффективно

1. викасол
2. глюкокортикостероиды*
3. свежезамороженная плазма
4. спленэктомия*
5. цитостатики*

114) Признаками дефицита железа являются

1. выпадение волос*
2. ломкость ногтей*
3. иктеричность кожи и слизистых
4. койлонихии*
5. извращение вкуса*

115) Укажите препараты, уменьшающие всасывание препаратов железа

1. антациды *
2. снотворные
3. витамины
4. антибиотики *
5. соли кальция *

116) Побочные эффекты препаратов железа

1. тошнота *
2. лейкопения
3. анорексия *
4. металлический привкус во рту *
5. выпадение волос
6. запоры или диарея *

117) Гипохромная анемия

1. может быть только железодефицитной
2. возникает при талассемии*
3. возникает при сидероахрестической анемии*
4. возникает при фолиеводефицитной анемии

- 118) Причины возникновения В-12 дефицитной анемии**
1. хронические кровопотери
 2. атрофический гастрит, гастрит А *
 3. резекция желудка *
 4. злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта *
 5. беременность
 6. инвазия широким лентецом *
- 119) Клинические признаки В12 (фолиево)дефицитной анемии**
1. гепатоспленомегалия *
 2. бледность кожи и слизистых
 3. бледно-желтушный цвет кожных покровов *
 4. гюнтеровский лакированный язык *
 5. лимфоаденопатия
- 120) Причина появления мегалобластического типа кроветворения**
1. фолиеводефицитная анемия *
 2. острый лейкоз
 3. В12 дефицитная анемия *
 4. бластный криз при хронических лейкозах
- 121) При В₁₂-дефицитной анемии в клиническом анализе крови**
1. тени Боткина-Гумпрехта
 2. тельца Жолли*
 3. спирали Куршмана
 4. кристаллы Шарко-Лейдена
 5. кольца Кабо*
- 122) Причины железодефицитной анемии у женщин могут быть**
1. обильные и длительные менструальные кровопотери *
 2. болезнь Рандю - Ослера *
 3. геморрой *
 4. опухоли желудочно-кишечного тракта *
 5. хронический гастрит с пониженной секреторной функцией
- 123) Для железодефицитной анемии характерны:**
1. отсутствие отложения железа в костном мозге*
 2. низкий уровень ферритина в крови*
 3. гипохромия и микроцитоз эритроцитов*
 4. эффект от лечения препаратами железа в течение месяца*
 5. мегалобластоз костного мозга
- 124) Общие признаки анемии:**
1. одышка *
 2. боль в ногах
 3. бедность*
 4. тахикардия*
 5. гипертензия
- 125) Причины, способствующие развитию железодефицитной анемии:**
1. беременность, период гормональных перестроек*
 2. гипо- и анацидный гастрит*

3. дефицит апоферритина и трансферрина*
4. малая хроническая кровопотеря*
5. хроническое отравление ртутью, свинцом

126) Симптомы сидеропенического синдрома при железодефицитной анемии:

1. бледно-желтый цвет кожи
2. выпадение волос*
3. дисфагия*
4. изменение обоняния и вкуса*
5. хейлит*

127) Признаками железодефицитной анемии являются:

1. низкий цветовой показатель*
2. гипохромия эритроцитов*
3. снижение содержания сывороточного железа*
4. снижение общей железосвязывающей способности сыворотки
5. повышение общей железосвязывающей способности сыворотки*

128) Для установления диагноза железодефицитной анемии имеют значение:

1. отсутствие железа в биоптате костного мозга
2. низкий уровень ферритина сыворотки *
3. гипохромия и микроцитоз в периферической крови*
4. обнаружение мегалобластов в биоптате костного мозга

129) Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:

1. к своевременному переливанию цельной крови.
2. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно.
3. к ликвидации причины железодефицита.*
4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.*

130) Необходимость в срочном переливании эритроцитарной массы возникает при:

1. анемии (гемоглобин 60 г/л) у женщины с повторной многоплодной беременностью
2. анемии (гемоглобин 50 г/л) у женщины, готовящейся к ампутации матки по поводу фибромиомы
3. острой массивной кровопотере *
4. угрозе анемической комы у лиц пожилого возраста с В12-дефицитной анемией*

131) В12-дефицитная анемия может развиваться в следствие:

1. атрофического гастрита*
2. глистной инвазии*
3. массивной кровопотери
4. полименореи
5. резекции желудка*

132) Картина крови при В12-дефицитной анемии:

1. анизоцитоз*
2. мишеневидные эритроциты
3. пойкилоцитоз*
4. мегалоциты с тельцами Жолли*
5. мегалоциты с кольцами Кабо*

6. макроцитоз*
7. микроцитоз

133) Классическая триада симптомов В12-дефицитной анемии:

1. мегалобластоз*
2. фуникулярный миелоз*
3. атрофия слизистых оболочек желудка*
4. лихорадка
5. нормобластоз

134) Характерные свойства острых лейкозных опухолевых клеток

1. усиление пролиферации *
2. ослабление пролиферации
3. блокада дифференцировки *
4. сохранение дифференцировки

135) Показателем начала бластного криза при хроническом лейкозе является

1. анемия или тромбоцитопения меньше $100 \cdot 10^9$
2. бласты в костном мозге больше 5 %
3. бласты в костном мозге больше 30 %*
4. резистентное к терапии увеличение числа лейкоцитов
5. бласты периферической крови более 20% *

136) Для хронического миелолейкоза характерны

1. транслокация 9, 22 пары хромосом *
2. транслокация 7, 12 пар хромосом
3. образование химерного гена bcr-abl *
4. изменения в HLA-системе

137) Критерии прогрессирующей стадии хронического миелолейкоза

1. резистентный к терапии лейкоцитоз *
2. эозинофилия
3. тромбоцитоз*
4. лихорадка *
5. базофилия *
6. бласты в периферической крови более 5%
7. прогрессирующая спленомегалия *

138) Осложнения, характерные для хронического лимфолейкоза

1. тромботические
2. инфекционные*
3. кровотечения
4. аутоиммунная гемолитическая анемия*
5. злокачественные заболевания *

139) Лимфоаденопатия при хроническом лимфолейкозе характеризуется наличием

1. безболезненных лимфоузлов *
2. резкой болезненности лимфоузлов
3. спаянных между собой лимфоузлов
4. неспаянных между собой лимфоузлов *
5. мягко-эластичных лимфоузлов *
6. неподвижных плотных лимфоузлов

- 140) Основными синдромами в клинической картине острых лейкозов являются**
1. болевой
 2. анемический*
 3. мочевого
 4. инфекционных осложнений*
 5. гемолитический
 6. геморрагический*
 7. гиперпластический*
- 141) При хроническом миелолейкозе выделяют следующие фазы**
1. ремиссии
 2. хроническую*
 3. бластный криз*
 4. рецидив заболевания
 5. прогрессирующую*
- 142) Важные признаки хронического миелолейкоза**
1. увеличение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов
 2. уменьшение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов *
 3. базофильно-эозинофильная ассоциация *
 4. исчезновение базофилов
- 143) В клиническом анализе крови в хроническую фазу миелолейкоза может наблюдаться**
1. лейкоцитоз от $20 \cdot 10^9$ и выше*
 2. резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево до ранних клеток миелоидного ряда*
 3. тромбоцитоз*
 4. анемия*
 5. тромбоцитопения.
- 144) Для хронического лимфолейкоза характерно**
1. повышение лейкоцитов в периферической крови*
 2. сдвиг лейкоцитарной формулы влево
 3. преобладание в лейкоцитарной формуле лимфоцитов*
 4. лимфоаденопатия*
- 145) Препараты для лечения хронического лимфолейкоза**
1. препараты интерферона *
 2. гидроксимочевина
 3. лейкеран *
 4. хлорбутин *
 5. циклофосфан *
 6. преднизолон *
- 146) Для лечения геморрагического синдрома при остром лейкозе используют**
1. аминокaproновую кислоту *
 2. гемодез
 3. гепарин
 4. дицинон *

5. тромбоконцентрат *

147) При хроническом миелолейкозе отмечают:

1. снижение активности ЩФ нейтрофилов*
2. "тени" Боткина-Гумпрехта в крови
3. эозинофильно-базофильная ассоциация *
4. спленомегалия *
5. ph-хромосома*

148) Основные диагностические тесты хронического миелолейкоза:

1. снижение щелочной фосфатазы в нейтрофилах ниже 20 ед.*
2. появление в костном мозге лимфоцитов с большими цитоплазматическими выростами;
3. обнаружение в клетках костного мозга или крови Ph-хромосомы*
4. молекулярно-биологическое определение в интерфазных клетках химерной *abl/bcr* ДНК или кодируемого ею p210-протеина*

149) Показаниями для цитостатической терапии хронического лимфолейкоза являются:

1. потеря веса более 10% от исходного*
2. возраст больного более 60 лет
3. отсутствие сопутствующей патологии
4. рост лимфоузлов и селезенки*
5. рост лейкоцитоза*

150) Неблагоприятные прогностические признаки хронического миелолейкоза:

1. возраст 60 лет и старше*
2. выраженная спленомегалия*
3. эритроцитоз в периферической крови более $7 \cdot 10^{12}/л$
4. бластоз в периферической крови 3% и более или в костном мозге 5% и более*
5. присоединение вторичной инфекции.

151) Для первой стадии хронического лимфолейкоза характерно:

1. абсолютный лимфоцитоз*
2. анемия
3. тромбоцитопения
4. увеличение лимфоузлов*
5. гепатоспленомегалия

152) Нарушения иммунитета, характерные для больных хроническим лимфолейкозом, проявляются в виде:

1. склонность к заболеваниям инфекционной природы (бактериальной, вирусной, грибковой этиологии)*
2. предрасположенность к таким аутоиммунным осложнениям, как, например, аутоиммунная гемолитическая анемия и аутоиммунная тромбоцитопения*
3. достаточно частое обнаружение «второй опухоли» на фоне ХЛЛ, как следствия снижения противоопухолевого иммунитета*
4. аллергические реакции в виде отека Квинке, крапивницы

153) Для второй стадии хронического лимфолейкоза характерно:

1. лимфоцитоз в периферической крови и/или в костном мозге*
2. увеличение размеров печени и селезенки*
3. тромбоцитопения (число тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9 / \text{л}$)
4. анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)
5. увеличение лимфоузлов.

154) Для третьей стадии хронического лимфолейкоза характерно:

1. лимфоцитоз в периферической крови и/или в костном мозге*
2. увеличение размеров печени и селезенки;
3. тромбоцитопения (число тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9 / \text{л}$)
4. анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)*
5. увеличение лимфоузлов

155) Диагноз «хронического миелолейкоза, стадия бластного криза» правомерно поставить если:

1. количество бластов в периферической крови $\geq 10\%$
2. количество бластов в костном мозге $\geq 10\%$
3. количество бластов в периферической крови $\geq 15\%*$
4. количество бластов в костном мозге $\geq 20\%*$
5. количество бластов в периферической крови $\geq 20\%$
6. количество бластов в костном мозге $\geq 40\%$

156) Приобретенные формы геморрагических диатезов

1. гемофилия А и В
2. болезнь Верльгофа *
3. болезнь Виллебранда
4. болезнь Шенлейн-Геноха *
5. болезнь Рандю-Ослера

157) Пятнисто-петехиальный тип кровоточивости характеризуется

1. удлинением времени свертывания крови
2. удлинением времени кровотечения *
3. синячковой геморрагической сыпью*
4. кровотечениями *
5. симметричной сыпью

158) Гематомный тип кровоточивости характеризуется

1. экхимозами
2. кровоизлияниями в мягкие ткани, суставы *
3. петехиальными геморрагиями
4. кровотечениями *
5. удлинением времени кровотечения

159) При геморрагическом васкулите наблюдается

1. симметричная мелкоточечная сыпь *
2. пятнисто-петехиальная сыпь
3. зуд кожи
4. сыпь не исчезает при надавливании *
5. сыпь не выступает над поверхностью кожи *

160) Выберите правильные утверждения о этиопатогенезе гемофилии А

1. ген гемофилии А локализован на X-хромосоме. *
2. ген гемофилии А локализован на Y- хромосоме.
3. у женщин носителей гена половина сыновей может страдать гемофилией. *
4. по своей природе она относится к иммунокомплексным болезням.
5. все дочери больного мужчины носители гена. *

161) Ведущими симптомами гемофилий А и В являются

- 1.повышенная кровоточивость с первых месяцев жизни. *
- 2.подкожные, межмышечные, субфасциальные, забрюшинные гематомы, обусловленные ушибами, порезами, различными вмешательствами. *
- 3.тромбозы
- 4.обильные кровотечения при травмах. *
- 5.папулезно-геморрагическая сыпь
- 6.гемартрозы, с вторичными воспалительными изменениями в суставах, формированием контрактур и анкилозов. *

162) Развитию аутоиммунной тромбоцитопении способствуют

1. вирусные инфекции *
2. эмоциональный стресс
3. прием лекарственных средств *
4. избыточная инсоляция *
5. гипоксия

163) Основными симптомами тромбоцитопении являются

1. гемартрозы
2. подкожные кровоизлияния, кровотечения из слизистых
3. гематурия, кровохарканье, желудочно-кишечные кровотечения *
4. пятнисто-петехиальные высыпания *
5. спленомегалия у некоторых больных *

164) Для лечения аутоиммунной тромбоцитопении используют

1. вливание тромбоцитарной массы *
2. глюкокортикостероиды *
3. цитостатики (имуран, циклофосфан) *
4. спленэктомия *
5. плазмаферез

165) Выберите верные утверждения относящиеся к этиопатогенезу геморрагического васкулита (ГВ)

1. ГВ- это множественный тромбоваскулит, поражающий сосуды кожи и внутренних органов *
2. сущность патологического процесса ГВ- образование микросгустков в сосудистом русле с последующей гипокоагуляцией, тромбоцитопенией и развитием кровотечений
3. ГВ относится к иммунокомплексным заболеваниям. *
- 4.иммунные комплексы и активируемый ими комплемент вызывают микротромбоваскулиты с фибриноидным некрозом, периваскулярным отеком, блокадой микроциркуляции, геморрагиями, дистрофическими изменениями *

166) Для поражения кожи при геморрагическом васкулите характерно

1. симметрично расположенные петехии, преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, ягодицах. *

2. несимметрично расположенные петехии преимущественно на лице и туловище
3. высыпания имеют воспалительную основу *
4. высыпания полиморфны
5. высыпания мономорфны *

167) Поражение суставов при геморрагическом васкулите проявляется

1. резкой болезненностью, припухлостью, нарушением функции, которые полностью обратимы *
2. гемартрозами
3. формированием контрактур и анкилозов
4. поражением хрящевой ткани суставов
5. поражением синовиальных оболочек *

168) Абдоминальная форма геморрагического васкулита проявляется

1. кровоизлияниями в слизистую оболочку желудка, кишки, брыжейку *
2. диареей, в кале может определяться кровь *
3. сильными болями в животе, иногда симулирующими острый живот *
4. иногда- повышением температуры тела, рвотой кофейной гущей
5. метеоризмом *

169) Почечная форма геморрагического васкулита

1. часто сопровождается артериальной гипертензией *
2. протекает по типу острого или хронического нефрита *
3. иногда принимает затяжное течение с последующим развитием хронической почечной недостаточности *
4. в анализе мочи преобладает лейкоцитурия, вследствие иммунного воспаления;
5. возможен нефротический синдром *

170) Лабораторные изменения при геморрагическом васкулите характеризуются

1. гипофибриногенемией
2. гиперфибриногенемией *
3. увеличением содержания иммунных комплексов *
4. уменьшением содержания иммунных комплексов
5. гипергаммаглобулинемией *
6. гиперальбуминемией

171) Для лечения геморрагического васкулита применяют

1. гепарин п/к, в/в 7500-15000 ЕД в сутки *
2. цитостатики
3. гепариноиды- сулодексид (Весел Дуэ Ф), ломапаран (Органан) *
4. плазмаферез *
5. глюкокортикостероиды в высоких дозах

172) Тромбоцитопении могут быть вызваны:

1. недостаточной продукцией тромбоцитов в костном мозге*
2. образованием аутоантител к тромбоцитам*
3. повышенным разрушением тромбоцитов в селезенке*
4. переливанием крови

173) Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:

1. при определении времени свертываемости
2. при определении времени кровотечения*

3. при определении тромбинового времени
4. при определении плазминогена
5. при определении фибринолиза
6. при определении уровня тромбоцитов*

174) При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

1. число мегакариоцитов в красном костном мозге увеличено*
2. число мегакариоцитов в красном костном мозге снижено
3. не возникают кровотечения
4. характерно увеличение печени
5. может возникнуть гипохромная анемия*

175) Противосвертывающая система представлена

1. антитромбином III*
2. плазмином*
3. простациклином*
4. фактором Хагемана
5. фактором Виллебранда

176) Признаки рецидивирующей формы аутоиммунной тромбоцитопенической пурпур

1. болеют преимущественно дети
2. чередование рецидивов и ремиссий*
3. часто возникает на фоне перенесенной вирусной инфекции, приема лекарств*
4. может являться симптоматическим вариантом других заболеваний крови, системных заболеваний*
5. является наследственным заболеванием

177) Для клинической картины аутоиммунной тромбоцитопенической пурпур
характерно:

1. носовые кровотечения*
2. гиперполименорея*
3. кровоточивость десен*
4. петехиальная сыпь
5. синячковая пятнистая сыпь*

178) Лабораторные критерии аутоиммунной тромбоцитопении:

1. увеличение времени кровотечения*
2. уменьшение количества тромбоцитов*
3. увеличение времени свертывания крови
4. расширение мегакариоцитарного ростка в костном мозге*
5. наличие антитромбоцитарных антител*

179) Дифференциальную диагностику аутоиммунной тромбоцитопении
следует проводить с:

1. В12-дефицитной анемией*
2. тромбоцитопатией*
3. лейкозом*
4. апластической анемией*
5. склеродермией

180) Гемофилия А:

1. наследственное заболевание*
2. болеют чаще мужчины*
3. синтезируется неполноценный VIII фактор
4. синтезируется недостаточное количество VIII фактора*
5. может иметь ненаследственный характер

181) К клинической типичной картине гемофилии можно отнести:

1. кровоизлияния в суставы*
2. образование подкожных и межмышечных гематом*
3. синячковая сыпь
4. мелкоточечная петехиальная сыпь
5. кровотечения*

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

182) ВИД АНЕМИИ:	В АНАЛИЗЕ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
1- железодефицитная анемия 2- В12 дефицитная анемия	а) цветовой показатель понижен б) цветовой показатель повышен в) увеличение числа эритроцитов г) увеличение числа лейкоцитов д) макроцитоз

Ответ: 1-а.
2-б.

183) Форма анемии	Характеристика
1. В-12 фолиеводефицитная анемия	а) гипохромная, гипорегенераторная, нормобластическая
2. Железодефицитная анемия	б) гипохромная, гиперрегенераторная, нормобластическая в) гиперхромная, дисрегенераторная, мегабластическая

Ответ: 2 – а.
1 - в.

184) Причины развития В-12 фолиеводефицитной анемии:	Характеристика
1. истинного типа 2. конкурентного типа	а) беременность б) дифиллоботриоз в) злокачественные опухоли г) нарушение усвоения витамина В12 и фолиевой кислоты д) недостаток витамина В12 и фолиевой кислоты е) недостаток фактора Кастла ж) поражение слизистой оболочки желудка

Ответ: 1 – а, г, д, е, ж
2 – б, в.

185) Лечение В-12 фолиеводефицитной анемии, в зависимости от клиники:	Начальная доза витамина В12:

1. отсутствие фуникулярного миелоза	а) 250-500 мкг/сут
2. наличие фуникулярного миелоза	б) 500-700 мкг/сут в) 1000 - мкг/сут

Ответ: 1 – а.
2 – в.

Одному вопросу соответствует несколько ответов		
186)	<p>Стадии ХЛЛ</p> <p>1. начальная 2. развернутая 3. терминальная</p> <p>Ответы 1- Г,Ж,К 2- А,В,Е,З 3- Б,Д,И</p>	<p>Клинико-лабораторные показатели</p> <p>А. лимфоциты в периферической крови 60-90% Б. кахексия В. гепатоспленомегалия Г. лимфоциты в периферической крови 40-50% Д. тяжелая панцитопения Е. лейкоцитоз от 50 до 800-900*10⁹/л Ж. увеличение одного лимфоузла или группы лимфоузлов З. похудание И. появление бластного криза (в костном мозге 20-30% лимфобластов) К. лейкоцитоз 20-40*10⁹/л</p>
187)	<p>Стадии ХМЛ</p> <p>1. хроническая 2. прогрессирующая 3. бластный криз</p> <p>1-А,Е 2-А,Б 3-А,Б,В,Г,Д</p>	<p>Лабораторные показатели</p> <p>А. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до бластных форм Б. Анемия В. Экстрamedулярные инфильтраты, состоящие из бластных клеток Г. Бласты в костном мозге ≥ 30% Д. Бласты периферической крови ≥ 20% Е. Тромбоцитоз</p>
188)	<p>Заболевание</p> <p>1. ХЛЛ 2. ХМЛ</p> <p>1-А, З 2-А, Б, Г, И</p>	<p>А. Лимфоцитарный лейкоцитоз Б. Снижение ЩФ нейтрофилов В. Повышение ЩФ нейтрофилов Г. Нейтрофильный лейкоцитоз Д. Клетки Рида-Березовского-Штернберга З. Тени Боткина-Гумпрехта И. Эозинофильно-базофильная ассоциация</p>
Одному вопросу соответствует один или несколько ответов		
189)	<p>Заболевание:</p> <p>1. ХЛЛ 2. ХМЛ</p> <p>1-Б 2-А,В,Г,Д,Е</p>	<p>Изменения в миелограмме:</p> <p>А. Повышение числа мегакариоцитов Б. Увеличение числа лимфоидных элементов за счет зрелых форм В. Увеличение числа миелоидных элементов за счет (незрелые формы) Г. Увеличение миелобластов, промиелоцитов Д. Снижение эритробластов Е. Эозинофильно-базофильная ассоциация</p>

Одному вопросу соответствует один ответ		
190)	Заболевания: 1. ХМЛ 2. ХЛЛ 1-А 2-Б	Генетические изменения: А. Измененная 22-я пара (Ph-хромосома, филадельфийская хромосома) Б. Трисомия 12-й пары хромосом В. Отсутствие 18-й хромосомы Г. Реципрокная (взаимная) транслокация 5;11
Одному вопросу соответствует несколько ответов		
191)	Заболевания: 1. ХЛЛ 2. ХМЛ 1-Б,Д 2-А,Б,В	Принципы лечения: А. Трансплантация аллогенного костного мозга Б. Интерферонотерапия В. Химиотерапия (гидроксимочевина, миелоксан) Г. Цитостатическая терапия (хлорбутин, флударабин) Д. Антиагреганты
Одному вопросу соответствует один ответ		
192)	Заболевание: 1. ХЛЛ 2. ХМЛ 1-А 2-Б	Субстрат опухоли: А. Зрелые лимфоциты Б. Клетки гранулоцитарного ряда В. Монопотентная стволовая клетка Г. Пре-В-, пре-Т- лимфоциты Д. Бластные клетки
Одному вопросу соответствует несколько ответов		
193)	Проведите диф.диагноз между: 1. ХЛЛ 2. Неходжкинскими лимфомами 1- Б,В 2- А,Г,Д	Критерии: А. Увеличение лимфоузлов носит регионарный характер Б. Увеличение лимфоузлов носит системный характер В. Количество лимфоцитов в периферической крови резко повышено Г. Количество лимфоцитов в периферической крови нормальное или повышено незначительно Д. На поверхности лимфоцитов – большое количество иммуноглобулинов
Одному вопросу соответствует один или несколько ответов		
194)	Стадии ХЛЛ: 1- О 2- 1 3- 2 4- 3 5- 4	Особенности клинического течения: А. тромбоцитопения (число тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9$ л) Б. анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л) В. лимфоцитоз в периферической крови и/или в костном мозге

1-В 2-В,Д 3-В,Г 4-В,Б 5-В,А	Г. увеличение размеров печени и селезенки Д. увеличение лимфоузлов
---	---

ДОПОЛНИТЕ:

195) Уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови - _____. (анемия.)

196) О регенераторной способности кроветворной ткани можно судить по количеству в периферической крови _____. (ретикулоцитов.)

197) Появление мегалобластического типа кроветворения связано с дефицитом _____. Ответ: витамина В12.

198) После резекции желудка могут развиваться следующие анемии: _____ и _____.
(железодефицитная и В-12 дефицитная.)

199) Хронический миелолейкоз – заболевание крови опухолевой природы, при котором патологический процесс начинается на уровне клеток-предшественниц гемопоэза, общих для гранулоцитарного, эритроидного, мегакариоцитарного и В-лимфоидного ростков с умеренным нарушением процессов _____ и _____ кроветворных элементов (пролиферации и дифференцировки).

200) Основным доказанным этиологическим фактором хронического миелолейкоза является _____ (радиация).

201) У 95% больных хронического миелолейкоза лейкозные клетки содержат патологически измененную хромосому 22-й пары, которая, в честь города, где было сделано открытие, была названа _____.
(филадельфийской).

202) В течении хронического миелолейкоза выделяют три фазы _____, прогрессирующая, бластного криза) (хроническая)

203) Единственным методом, способным излечить, больного хроническим лимфолейкозом, в настоящее время является _____
_____. (трансплантация аллогенного костного мозга).

204) Увеличение количества эозинофильных и базофильных гранулоцитов при хронического миелолейкоза носит название _____
(эозинофильно-базофильная ассоциация).

205) Измененные ядра патологических лимфоцитов, разрушенных в момент приготовления мазка, носят название _____ - _____
(Клетки Боткина-Гумпрехта).

**206) Субстрат опухоли при хроническом лимфолейкозе представлен _____
_____ . (зрелыми лимфоцитами).**

Только для ФИУ

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

207) При истинной полицитемии субстратом опухоли являются преимущественно

1. тромбоциты
2. эритроциты *
3. лейкоциты
4. миелобласты
5. плазматические клетки

УКАЖИТЕ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

208) Причины вторичных эритроцитозов

1. артериальная гипертензия
2. ожирение *
3. курение *
4. алкоголизм
5. дыхательная недостаточность *
6. кисты почек *

209) Симптомы плеторического синдрома - это

1. цианоз лица
2. эритроцианоз *
3. головные боли, тяжесть в голове *
4. артериальная гипертензия *
5. одышка
6. кожный зуд *

210) Осложнения полицитемии

1. тромбозы *
2. эрозивно-язвенный процесс в желудке *
3. инсульт *
4. инфаркт миокарда *
5. артериальная гипертензия *
6. дыхательная недостаточность

211) Изменения в периферической крови при полицитемии

1. эритроцитоз *
2. тромбоцитоз *
3. лейкоцитоз со сдвигом влево до миелоцитов *
4. тромбоцитопения
5. ретикулоцитопения
6. повышение гемоглобина *
7. увеличение гематокрита *

212) Причины относительного эритроцитоза

1. диарея *
2. рвота *
3. кровопотеря

4. передозировка мочегонных средств *
5. гипоксия

213) «Большие» критерии истинной полицитемии

1. тромбоцитоз
2. эритроцитоз *
3. спленомегалия *
4. повышение щелочной фосфатазы нейтрофилов
5. нормальное насыщение крови кислородом *

214) Оптимальные методы лечения полицитемии

1. переливание плазмы
2. кровопускания *
3. переливание эритромаcсы
4. цитаферез *
5. трансплантация костного мозга

215) Препараты для лечения истинной полицитемии

1. циклофосфан
2. имифос *
3. гидроксимочевина *
4. миелосан *
5. аспирин, трентал *
6. гепарин

216) Исходы полицитемии

1. миелофиброз *
2. апластическая анемия
3. острый миелобластный лейкоз *
4. кровотечение
5. гемолитический криз

ГЕМАТОЛОГИЯ

1.	3	47.	1	93.	3
2.	4	48.	3	94.	4
3.	3	49.	3	95.	3
4.	2	50.	5	96.	4
5.	3	51.	3	97.	1
6.	4	52.	4	98.	1
7.	2	53.	3	99.	2
8.	3	54.	3	100.	1
9.	2	55.	4	101.	4
10.	2	56.	2	102.	1
11.	3	57.	1	103.	3
12.	1	58.	1	104.	3
13.	3	59.	4	105.	2
14.	1	60.	4	106.	3
15.	3	61.	2	107.	3
16.	2	62.	3	108.	1
17.	1	63.	2	109.	3
18.	2	64.	4	110.	5
19.	3	65.	1	111.	2
20.	1	66.	4	112.	245
21.	3	67.	1	113.	123
22.	5	68.	3	114.	245
23.	1	69.	3	115.	1245
24.	2	70.	3	116.	145
25.	3	71.	1	117.	1346
26.	1	72.	2	118.	23
27.	1	73.	2	119.	2346
28.	1	74.	4	120.	134
29.	2	75.	2	121.	13
30.	3	76.	2	122.	25
31.	4	77.	1	123.	1234
32.	3	78.	1	124.	134
33.	2	79.	4	125.	1234
34.	3	80.	3	126.	2345
35.	1	81.	1	127.	1235
36.	1	82.	2	128.	23
37.	3	83.	3	129.	34
38.	2	84.	1	130.	34
39.	3	85.	3	131.	125
40.	4	86.	2	132.	13456
41.	1	87.	5	133.	123
42.	3	88.	3	134.	13
43.	3	89.	1	135.	35
44.	5	90.	4	136.	13
45.	2	91.	3	137.	13457
46.	2	92.	2	138.	245

139	145	182	125		
140	2467	183	1А,2Б		
141	235	184	1В,2А		
142	23	185	1А,2В		
143	1234	186	1Г,Ж,К, 2А,В,Е,З, 3Б,Д,И		
144	134	187	1А,Е, 2А,Б, 3 А,Б,В,Г,Д		
145	13456	188	1А,3,2А,Б,Г,И		
146	145	189	1Б,2А,В,Г,Д,Е		
147	1345	190	1А,2Б		
148	134	191	1 Б,Д, 2 А,Б,В		
149	145	192	1 А,2 Б		
150	124	193	1Б,В, 2 А,Г,Д		
151	14	194	1В,2В,Д, 3В,Г, 4 В,Б, 5А,В		
152	123	195	Анемия		
153	12	196	Ретикулоцитов		
154	14	197	Витамина В12		
155	34	198	Железодифцитной В12-дефицитной		
156	24	199	Пролиферации, дифференцировки		
157	234	200	Радиация		
158	24	201	Филадельфиской		
159	145	202	Хроническая		
160	135	203	Трансплантация аллогенного костного мозга		
161	1246	204	Эозинофильно- базофильная ассоциация		
162	134	205	Клетки Боткина- Гумпрехта		
163	345	206	Зрелыми лимфоцитами		
164	1234	207	2		
165	134	208	235		
166	135	209	2346		
167	15	210	12345		
168	1235	211	12367		
169	1235	212	124		
170	235	213	235		
171	134	214	24		
172	123	215	2345		
173	26	216	13		
174	15				
175	123				
176	234				
177	1235				
178	1245				
179	1234				
180	124				
181	1А,Г,Д,Е,Ж,2 Б,В				

