

Тесты «Гематология»

1. Для железодефицитной анемии не характерно:

- 1) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в крови
- 2) резкое снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците
- 3) увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки крови
- 4) увеличение среднего объема эритроцитов
- 5) снижение % насыщения трансферрина железом

2. К гипохромным микроцитарным анемиям не относятся:

- 1) анемии, связанные с дефицитом фолиевой кислоты
- 2) талассемии
- 3) железодефицитные анемии
- 4) анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов
- 5) анемия хронического заболевания

3. Для железодефицитной анемии характерно:

- 1) нормальное количество гемоглобина
- 2) повышенное количество сывороточного железа
- 3) сниженное количество ферритина сыворотки крови
- 4) повышенное количество сидероцитов в периферической крови
- 5) тельца Жолли

4. Кольцевидные сидеробласты характерны для:

- 1) железодефицитной анемии
- 2) талассемии
- 3) серповидноклеточной анемии
- 4) сидероахрестической анемии
- 5) мегалобластной анемии

5. Для оценки состояния запасов железа в организме используют следующие исследования, кроме:

- 1) определения количества сидероцитов в периферической крови
- 2) определения уровня ферритина в сыворотке крови
- 3) определения общей железосвязывающей способности
- 4) десфералового теста
- 5) уровень сывороточного ферритина

6. Мегалобластные анемии относятся ко всем следующим анемиям, кроме:

- 1) гиперхромных
- 2) макроцитарных
- 3) гиперрегенераторных
- 4) мегалоцитарных
- 5) гипоррегенераторных

7. Для В12-дефицитной анемии не характерно:

- 1) лейкопения
- 2) тромбоцитопения
- 3) ретикулоцитоз
- 4) гиперсегментация нейтрофилов
- 5) макроцитоз

8. Талассемия относится:

- 1) к гиперхромным макроцитарным анемиям
- 2) к нормохромным нормоцитарным анемиям
- 3) к гипохромным микроцитарным анемиям
- 4) к гипорегенераторным анемиям
- 5) к нормохромным нормоцитарным анемиям

9. Для латентного дефицита железа характерно все, кроме:

- 1) снижения уровня сывороточного железа
- 2) повышения ОЖСС
- 3) снижения концентрации гемоглобина и количества эритроцитов
- 4) снижения коэффициента насыщения трансферрина железом
- 5) снижение уровня сывороточного ферритина

10. Тельца Жолли – это:

- 1) остатки ядерной оболочки
- 2) остатки ядерного вещества
- 3) остатки органелл
- 4) фрагменты цепей гемоглобина
- 5) первичные гранулы

11. Кольца Кебота – это:

- 1) остатки ядерной оболочки
- 2) остатки органелл
- 3) гранулы ферритина
- 4) гранулы гемосидерина
- 5) остатки ядерного вещества

12. Признаками тканевого дефицита железа являются:

- 1) выпадение волос
- 2) иктеричность
- 3) увеличение печени
- 4) парестезии
- 5) спленомегалия

13. К гипохромным микроцитарным анемиям относятся все, кроме:

- 1) железодефицитной
- 2) сидероахрестической
- 3) анемии хронического заболевания
- 4) талассемии
- 5) апластической

14. При лечении витамином В12:

- 1) обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой
- 2) ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения
- 3) ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения
- 4) всем пациентам рекомендуется проводить гемотрансфузии
- 5) дополнительно назначаются препараты железа

15. Если у пациента имеется гипохромная микроцитарная анемия, сывороточное железо - 2,3 г/л, ОЖСС-30 мкм/л, сывороточный ферритин – 55 мг/л, то у него наиболее вероятно:

- 1) железодефицитная анемия

- 2) сидероахрестическая анемия
- 3) талассемия
- 4) АХЗ
- 5) апластическая анемия

16. Для диагностики В12-дефицитной анемии важно выявить:

- 1) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
- 2) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит
- 3) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота
- 4) гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
- 5) мегалобластический тип кроветворения

17. Если у пациента имеются: нормохромная нормоцитарная анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:

- 1) об эритремии
- 2) об апластической анемии
- 3) об остром лейкозе
- 4) о В12-дефицитной анемии
- 5) о хроническом миелолейкозе

18. К симптомам анемии относятся:

- 1) одышка, бледность
- 2) кровоточивость, боли в костях
- 3) увеличение селезенки, лимфатических узлов
- 4) желтушность кожи и склер
- 5) выпадение волос

19. Какое положение верно в отношении пернициозной анемии?

- 1) предполагается наследственное нарушение секреции внутреннего фактора Кастла
- 2) нарушение осмотической резистентности эритроцитов
- 3) нарушение синтеза цепей глобина
- 4) нарушение образования гема
- 5) жировое перерождение костного мозга

20. Если у ребенка имеется гиперхромная макроцитарная анемия в сочетании с протеинурией, то:

- 1) имеется В12-дефицитная анемия с присоединившимся нефритом
- 2) протеинурия не имеет значения для установления диагноза
- 3) имеется синдром Лош-Найана
- 4) имеется синдром Имерслунд-Гресбека
- 5) имеется миелодиспластический синдром

21. Для какого состояния характерно наличие в костном мозге большого количества сидеробластов с гранулами железа, кольцом окружающими ядро?

- 1) железодефицитная анемия
- 2) сидероахрестическая анемия
- 3) талассемия
- 4) мегалобластная анемия
- 5) серповидноклеточная анемия

22. *Препараты железа назначаются:*

- 1) на срок 1-2 недели
- 2) на 2-3 месяца
- 3) на 3 недели
- 4) на 3-6 месяцев
- 5) на 1 месяц

23. *Для железодефицитной анемии характерны:*

1. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
2. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;
3. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
5. гипохромия, микроцитоз, нормальный уровень сывороточного ферритина

24. *Внутренний фактор Кастла:*

- 1) образуется в фундальной части желудка
- 2) образуется в двенадцатиперстной кишке
- 3) синтезируется в поджелудочной железе
- 4) влияет на абсорбцию фолиевой кислоты
- 5) стимулирует всасывание железа

25. *Гипорегенераторный характер анемии указывает на:*

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) аплазию кроветворения
- 3) недостаток железа в организме
- 4) аутоиммунный гемолиз
- 5) сидероахрестическую анемию

26. *Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:*

1. головокружение, слабость; (+)
2. парестезии;
3. признаки фуникулярного миелоза;
4. гемоглобинурия.

27. *Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:*

- 1) головокружение
- 2) парестезии
- 3) признаки фуникулярного миелоза
- 4) геморрагический синдром
- 5) атрофический глоссит

28. *Гиперрегенераторный характер анемии характерно для:*

- 1) хронической кровопотери
- 2) апластической анемии
- 3) мегалобластной анемии
- 4) анемии хронического заболевания
- 5) сидероахрестической анемии

29. *Суточная терапевтическая доза ферропрепаратов по элементарному железу составляет:*

- 1) 20 мг
- 2) 50 мг

- 3) 100 мг
- 4) 200 мг
- 5) верно 3 и 4

30. *Оптимальный критерии эффективности ферротерапии:*

- 1) ретикулоцитарный криз на 3-й день
- 2) нормализация гемоглобина через 4-й недели
- 3) нормализация уровня сывороточного ферритина через 4 недели
- 4) нормализация сывороточного железа через 4 недели
- 5) прирост гемоглобина на 10 г/л через 5 недель

31. *Для внутрисосудистого гемолиза не характерно:*

- 1) гемоглинурия
- 2) гемосидеринурия
- 3) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- 4) высокий уровень свободного гемоглобина в крови
- 5) снижение уровня гаптоглобина

32. *Для внутриклеточного гемолиза не характерно:*

- 1) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- 2) морфологические изменения эритроцитов в периферической крови
- 3) гемоглинурия
- 4) увеличение размеров селезенки, вплоть до спленомегалии
- 5) ретикулоцитоз

33. *К наследственным гемолитическим анемиям, связанным с нарушением мембраны эритроцитов, не относится:*

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) наследственный овалоцитоз
- 3) талассемия
- 4) наследственный стоматоцитоз
- 5) наследственный акантоцитоз

34. *Для талассемий не характерно:*

- 1) нарушение структуры цепей глобина
- 2) нарушение синтеза α -полипептидной цепи глобина
- 3) нарушение синтеза β -полипептидной цепи глобина
- 4) дисбаланс в синтезе полипептидных цепей
- 5) полное отсутствие β -полипептидных цепей глобина

35. *При нарушении активности Г-6-ФД эритроцитов не характерно:*

- 1) накопление перекиси водорода в эритроцитах
- 2) снижение восстановленного глутатиона
- 3) увеличение НАДФ
- 4) снижение НАДФ
- 5) повышение ЛДГ

36. *Для наследственного сфероцитоза не характерно:*

- 1) нарушение структуры мембраны эритроцитов
- 2) нарушение стабилизации мембраны эритроцитов
- 3) внутриклеточный гемолиз эритроцитов
- 4) внутрисосудистый гемолиз эритроцитов
- 5) спленомегалия

37. Для наследственной гемолитической анемии с нарушением структуры гемоглобина не характерно:

- 1) наличие патологического S-гемоглобина
- 2) полимеризация патологического гемоглобина при снижении концентрации кислорода
- 3) увеличение фракции фетального гемоглобина
- 4) наличие феномена «серповидноклеточности»
- 5) ретикулоцитоз

38. Для наследственной гемолитической анемии с нарушением активности Г-6-ФД не характерно:

- 1) наличие телец Гейнца в эритроцитах
- 2) наличие «надкусанных» эритроцитов
- 3) ретикулоцитоз
- 4) повышение гаптоглобина
- 5) повышение ЛДГ

39. Талассемия относится:

- 1) к гиперхромным макроцитарным анемиям
- 2) к нормохромным нормоцитарным анемиям
- 3) к гипохромным микроцитарным анемиям
- 4) к гипорегенераторным анемиям
- 5) к нормохромным нормоцитарным анемиям

40. Для наследственного сфероцитоза не характерно:

- 1) пойкилоцитоз за счет сфероцитов
- 2) увеличение среднего объема эритроцитов
- 3) уменьшение диаметра эритроцитов
- 4) увеличение толщины эритроцитов
- 5) ретикулоцитоз

41. Непрямая проба Кумбса позволяет определить:

- 1) антитела или компоненты комплемента, фиксированные на поверхности эритроцитов
- 2) антигены на поверхности эритроцитов
- 3) антиэритроцитарные антитела в сыворотке крови
- 4) антитела и антигены на поверхности эритроцитов
- 5) антитела на поверхности эритроцитов и тромбоцитов

42. Прямая проба Кумбса позволяет определить:

- 1) антитела или компоненты комплемента, фиксированные на поверхности эритроцитов
- 2) антигены на поверхности эритроцитов
- 3) антитела на поверхности эритроцитов и тромбоцитов
- 4) антиэритроцитарные антитела в сыворотке крови
- 5) антитела на поверхности эритроцитов

43. Снижение осмотической резистентности эритроцитов наблюдается:

- 1) при наследственном сфероцитозе

- 2) при талассемии
- 3) при наследственном овалоцитозе
- 4) при наследственном стоматоцитозе
- 5) при ферментопатиях

44. У пациента имеется панцитопения, ретикулоцитоз, повышение уровня билирубина и свободного гемоглобина крови. Вы можете предположить:

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) талассемию
- 3) В₁₂-дефицитную анемию
- 4) пароксизмальную ночную гемоглобинурию
- 5) аутоиммунную гемолитическую анемию

45. Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:

- 1) не возникают никогда
- 2) возникают только при гемолитико-уремическом синдроме
- 3) возникают всегда
- 4) характерны для внутриклеточного гемолиза
- 5) характерны для внутрисосудистого гемолиза

46. Гипорегенераторный характер анемии указывает на:

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) апластическую анемию
- 3) недостаток железа в организме
- 4) аутоиммунный гемолиз
- 5) острую постгеморрагическую анемию

47. Если у пациента имеется нормохромная нормоцитарная гиперрегенераторная анемия, следует думать о:

- 1) железодефицитной анемии
- 2) сидеробластной анемии
- 3) В₁₂-дефицитной анемии
- 4) гемолитической анемии
- 5) анемии хронического заболевания

48. К апластическим относится:

- 1) анемия Минковского-Шоффара
- 2) анемия Фанкони
- 3) анемия Маркиафавы-Микели
- 4) талассемия
- 5) синдром Эванса-Фишера

49. Гемотрансфузии у пациентов с аутоиммунной гемолитической анемией:

- 1) безопасны
- 2) часто приводят к разрушению эритроцитов (гемолизу)
- 3) трудны, так как трудно типировать эритроциты реципиента
- 4) реакции можно избежать, если гемотрансфузии проводить очень медленно
- 5) верно 2 и 4

50. Мишеневидные эритроциты определяются при:

- 1) болезни Минковского-Шоффара
- 2) болезни Маркиафавы-Микели
- 3) талассемии
- 4) апластической анемии

5) сидероахрестической анемии

51. Неверным утверждением является следующее:

- 1) у пациентов с гемолитической анемией при внутриклеточном гемолизе имеется склонность к образованию камней в желчном пузыре
- 2) у пациентов с гемолитической анемией при внутрисосудистом гемолизе часто возникает острая почечная недостаточность
- 3) у пациентов с гемолитической анемией могут возникать апластические кризы
- 4) у пациентов с гемолитической анемией может возникнуть дефицит витамина B12
- 5) у пациентов с гемолитической анемией может возникнуть дефицит железа

52. Какая анемия сопровождается панцитопенией?

- 1) сидеробластная
- 2) гемолитическая
- 3) апластическая
- 4) железодефицитная
- 5) острая постгеморрагическая

53. Радикальным методом терапии больных приобретенной апластической анемией является:

- 1) преднизолон, анаболические гормоны, андрогены
- 2) трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
- 3) спленэктомия
- 4) цитостатическая терапия
- 5) колонийстимулирующий фактор

54. Наследование дефицита активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы происходит:

- 1) аутосомно-доминантно
- 2) по рецессивному пути, сцеплено с X-хромосомой
- 3) аутосомно-рецессивно
- 4) сцеплено с Y-хромосомой
- 5) не наследуется

55. С каким заболеванием, прежде всего, необходимо дифференцировать анемию Минковского-Шоффара?

- 1) синдром Жильбера
- 2) болезнь Гоше
- 3) диссеминированные формы гистиоцитозов
- 4) острый лейкоз
- 5) тромбофлебитическая спленомегалия

66. Основными показаниями для спленэктомии при семейном микросфероцитозе являются:

- 1) частые, тяжелые кризы, гиперспленизм
- 2) отставание в физическом, нервно-психическом развитии
- 3) гемосидероз органов
- 4) вторичные гепатиты
- 5) спленомегалия

57. Патогенетическая основа приобретенных апластических анемий:

- 1) угнетение выработки эритропоэтина
- 2) снижение концентрации фактора некроза опухоли
- 3) гибель абберантной антиген-презентирующей гемопоэтической клетки
- 4) снижение выработки интерлейкина -1
- 5) снижение концентрации интерлейкина -6

58. Эритроцитная масса должна храниться:

- 1) в холодильнике при $t +15 - +20^0 \text{ C}$
- 2) в холодильнике при $t +2 + 6^0 \text{ C}$
- 3) в морозильнике при $t -15 -20^0 \text{ C}$
- 4) при комнатной температуре
- 5) в холодильнике при $t +10 - +15^0 \text{ C}$

59. Условия хранения концентрата тромбоцитов:

- 1) в холодильнике при $t +4 +6^0 \text{ C}$
- 2) в помешивателе при $t +20 +24^0 \text{ C}$
- 3) в морозильной камере при $t -10 -15^0 \text{ C}$
- 4) в холодильнике при $t +2 + 6^0 \text{ C}$
- 5) при комнатной температуре

60. Максимальный срок хранения свежезамороженной и замороженной плазмы в морозильной камере при температуре ниже -40 C

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 36 месяцев
- 5) 24 месяца

61. Генез тромбостении Гланцмана:

- 1) дефект гликопротеиновых рецепторов Ia-IIIb
- 2) дефект гликопротеиновых рецепторов IIIb-IIIa
- 3) дефект гликопротеиновых рецепторов IIa-IIIb
- 4) дефект гликопротеиновых рецепторов IIa- IIIa
- 5) нарушение реакции высвобождения

62. Второй тип болезни Виллебранда обусловлен:

- 1) снижением уровня функционально полноценного фактора Виллебранда
- 2) нарушением функции фактора Виллебранда при достаточном количестве
- 3) повышенным сродством дефектных мультимеров фактора Виллебранда к гликопротеиновым рецепторам Ib
- 4) снижением уровня IX фактора свертывания крови
- 5) снижением уровня X фактора свертывания крови

63. Количественный недостаток витамина K ведет к нарушению синтеза факторов свертывания:

- 1) II, VII, IX, X
- 2) II, IX, XII
- 3) II, VIII, IX
- 4) II, V, VIII, IX
- 5) только V

64. Какие кровотечения наиболее характерны при патологии первичного гемостаза?

- 1) маточные, желудочно-кишечные
- 2) в крупные суставы
- 3) в мышцы
- 4) носовые, десневые
- 5) церебральные

65. Какой уровень снижения тромбоцитов при сохранении их функции требует экстренной госпитализации пациента?

- 1) менее 150 тысяч/мкл
- 2) менее 90 тысяч/мкл
- 3) менее 50 тысяч/мкл
- 4) менее 20 тысяч/мкл

5) менее 30 тысяч/мкл

66. Микроциркуляторный тип кровоточивости характерен для:

- 1) тромбоцитопении и тромбоцитопатии
- 2) гемофилии А, В
- 3) дефицита факторов протромбинового комплекса
- 4) передозировке непрямых антикоагулянтов
- 5) болезни Виллебранда

67. Наследственный дефицит какого из плазменных факторов свертывания наблюдается при гемофилии А?

- 1) VII фактора
- 2) V фактора
- 3) VIII фактора
- 4) X фактора
- 5) IV фактора

68. Какие лекарственные препараты с наибольшей вероятностью могут индуцировать приобретенную тромбоцитопатию?

- 1) аспирин, индометацин, делагил
- 2) аскорутин, ферроплекс, аспаркам
- 3) реланиум, дицинон, элениум
- 4) гепарин, синкумар, фенилин
- 5) урсоклин, омепразол, гептрал

69. Какие проявления геморрагического синдрома наиболее характерны для гематомного типа кровоточивости?

- 1) геморрагические высыпания на коже и слизистых
- 2) обширные внутримышечные и межмышечные гематомы, гемартрозы
- 3) маточные, желудочно-кишечные
- 4) носовые и десневые кровотечения
- 5) почечные кровотечения

70. При каком типе кровоточивости существует риск развития парапарезов, параличей, атрофии мышц?

- 1) при микроциркуляторном
- 2) при макроциркуляторном
- 3) при смешанном
- 4) при васкулитно-пурпурном
- 5) при ангиоматозном

71. Какой показатель гемостазиограммы будет изменен у больного гемофилией А тяжелой степени (уровень 8 фактора менее 1%):

- 1) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- 2) протромбиновый индекс
- 3) тромбиновое время
- 4) уровень фибриногена
- 5) количество тромбоцитов

72. Какие клинические проявления геморрагического синдрома характерны для болезни Виллебранда?

- 1) преобладают экхимозы и кровоточивость слизистых
- 2) преобладают гемартрозы и гематомы
- 3) пятнисто-петехиальная сыпь
- 4) экхимозы, гематомы, кровоточивость слизистых
- 5) появление телеангиэктазий

73. Для каких заболеваний характерен смешанный тип кровоточивости?

- 1) иммунная тромбоцитопения
- 2) геморрагический васкулит

- 3) болезнь Виллебранда
- 4) гемофилия А
- 5) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

74. Какова тактика остановки кровотечения при гематомном типе кровоточивости?

- 1) прежде всего, переливание свежезамороженной плазмы или концентратов факторов свертывания крови
- 2) прежде всего тампонада кровоточащего сосуда
- 3) прежде всего назначение ангиопротекторов
- 4) переливание тромбоцитарной массы
- 5) введение викасола

75. Какие показатели гемостазиограммы будут изменены при гематомном типе кровоточивости?

- 1) уровень тромбоцитов
- 2) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- 3) спонтанный фибринолиз, эуглобулиновый фибринолиз
- 4) тромбиновое время
- 5) изменений не должно быть

76. Критерии стадий гемофилических остеоартрозов устанавливаются по:

- 1) клиническим проявлениям
- 2) данным рентгенологического исследования
- 3) уровню дефицитного фактора
- 4) показателям коагулограммы
- 5) количеством ингибиторов к дефицитному фактору

77. Какой тип анемии развивается при гемофилии?

- 1) дизэритропоэтическая
- 2) гемолитическая
- 3) сидероахрестическая
- 4) апластическая
- 5) постгеморрагическая железодефицитная

78. Тип кровоточивости при болезни Виллебранда:

- 1) петехиально-пятнистый
- 2) гематомный
- 3) микроангиоматозный
- 4) смешанный (петехиально-гематомный)
- 5) васкулитно-пурпурный

79. Какие тесты гемостазиограммы следует проводить для контроля за лечением больного гемофилией:

- 1) уровень фибриногена
- 2) количество тромбоцитов
- 3) активированное парциальное тромбопластиновое время
- 4) протромбиновый индекс
- 5) тромбиновое время

80. Какие тесты гемостазиограммы изменяются при иммунной тромбоцитопении?

- 1) число тромбоцитов
- 2) активированное парциальное тромбопластиновое время
- 3) протромбиновый индекс
- 4) тромбиновое время
- 5) уровень фибриногена

81. Когда производится спленэктомия у пациентов с иммунной тромбоцитопенией?

- 1) до лечения иммуноглобулином в/венно
- 2) при отсутствии эффекта от консервативной терапии при хроническом течении
- 3) после курса цитостатического лечения

- 4) после постановки диагноза
- 5) через 6 месяцев после постановки диагноза

82. Какие данные лабораторных тестов говорят в пользу гиперкоагуляционной фазы ДВС?

- 1) снижение уровня фибриногена
- 2) повышение уровня Д-димеров
- 3) укорочение тромбинового времени
- 4) повышение МНО
- 5) повышение уровня фибриногена

83. Какие данные лабораторных тестов говорят в пользу гипокоагуляционной фазы ДВС?

- 1) снижение числа тромбоцитов
- 2) значительное понижение фибриногена
- 3) удлинение АЧТВ
- 4) удлинение тромбинового времени
- 5) все вышеперечисленное

84. Тип кровоточивости, характерный для геморрагического васкулита:

- 1) васкулитно-пурпурный
- 2) петехиально-гематомный
- 3) микроциркуляторный
- 4) ангиоматозный
- 5) верно 1 и 3

85. При иммунной тромбоцитопении:

- 1) число мегакариоцитов в костном мозге увеличено
- 2) число мегакариоцитов в костном мозге снижено
- 3) не возникают кровоизлияния в мозг
- 4) характерно увеличение печени
- 5) характерна лимфаденопатия

86. Вторичная иммунная тромбоцитопения может развиваться на фоне:

- 1) иммунодефицита
- 2) сердечно-сосудистой патологии
- 3) цирроза
- 4) гемофилии
- 5) ДВС-синдрома

87. Тяжелая гемофилия диагностируется при активности плазменных факторов менее:

- 1) 50%
- 2) 20%
- 3) 10%
- 4) 5%
- 5) 1%

88. Обязательно ли наличие анемии при ДВС – синдроме?

- 1) да
- 2) только в фазу гипокоагуляции
- 3) только в фазу гиперкоагуляции
- 4) нет
- 5) при хроническом течении ДВС

89. Какое утверждение из числа перечисленных относительно лечения иммунной тромбоцитопении неправильно?

- 1) назначение иммунодепрессантов
- 2) назначение кортикостероидов
- 3) проведение спленэктомии
- 4) назначение дезагрегантов
- 5) назначение тромбопоэтиновых рецепторов

90. Десмопрессин используется в лечении:

- 1) иммунной тромбоцитопении
- 2) болезни Виллебранда I типа
- 3) болезни Виллебранда III типа
- 4) геморрагического васкулита
- 5) гемофилии В.

91. При хроническом лимфолейкозе чаще, чем при других лейкозах, наблюдается:

- 1) апластическая анемия
- 2) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 3) железодефицитная анемия
- 4) пернициозная анемия
- 5) сидероахрестическая анемия

92. Для острого лимфобластного лейкоза наиболее характерно цитохимическое определение:

- 1) миелопероксидазы
- 2) неспецифической эстеразы
- 3) липидов
- 4) гликогена
- 5) верно 1 и 4

93. Тромбоцитопения с геморрагическим синдромом часто сопровождает:

- 1) хронический миелолейкоз
- 2) острый лейкоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) хронический моноцитарный лейкоз
- 5) хронический лимфолейкоз

94. Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

1) увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве

- 2) увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
- 3) уменьшение процентного содержания нейтрофилов
- 4) увеличение их абсолютного числа
- 5) верно 1 и 4

95. Абсолютное увеличение количества базофилов в периферической крови наблюдается:

- 1) при остром лейкозе
- 2) при аллергических состояниях
- 3) при миелопролиферативных заболеваниях
- 4) при лечении глюкокортикоидами
- 5) при воспалительных процессах

96. Абсолютный нейтрофилез характерен:

- 1) для лечения цитостатиками
- 2) для апластической анемии
- 3) для сепсиса
- 4) для вторичных иммунодефицитов
- 5) для мегалобластных анемий

97. Относительный лимфоцитоз наблюдается:

- 1) при приеме кортикостероидов
- 2) при токсоплазмозе
- 3) при коллагенозах
- 4) при вторичных иммунодефицитах
- 5) при хроническом лимфолейкозе

98. Абсолютный моноцитоз характерен:

- 1) для бактериальных инфекций
 - 2) для токсоплазмоза
 - 3) для коллагенозов
 - 4) для хронического моноцитарного лейкоза
 - 5) для апластической анемии
99. Увеличение гемоглобина в крови наблюдается:

- 1) при мегалобластной анемии
- 2) при гемоглобинопатии
- 3) при первичных и вторичных эритроцитозах
- 4) при гипергидратации
- 5) при остром лейкозе

100. При хроническом миелолейкозе наблюдается все, кроме:

- 1) увеличения числа лимфоцитов и плазмобластов
- 2) сдвига лейкоцитов влево до миелоцитов
- 3) увеличения миелобластов
- 4) базофильно-эозинофильного комплекса
- 5) тромбоцитоз

101. Для лейкоцитарной формулы фазы акселерации хронического миелолейкоза не характерно:

- 1) уменьшение количества бластных элементов
- 2) увеличение количества бластных элементов
- 3) уменьшение зрелых гранулоцитов
- 4) уменьшение числа тромбоцитов
- 5) анемия

102. Филадельфийская хромосома характерна:

- 1) для хронического лимфолейкоза
- 2) для хронического миелолейкоза
- 3) для эритремии
- 4) для инфекционного мононуклеоза
- 5) для острого миелобластного лейкоза

103. В период полной ремиссии острого лейкоза в миелограмме процент бластных клеток не более:

- 1) 1%
- 2) 5%
- 3) 10%
- 4) 20%
- 5) 15%

104. Гемограмма при острых лейкозах характеризуется:

- 1) бластозом
- 2) эритроцитозом
- 3) тромбоцитозом
- 4) нейтрофилезом
- 5) моноцитозом

105. При остром лейкозе не наблюдается:

- 1) тромбоцитоза
- 2) нейтропении
- 3) лейкоцитоза
- 4) тромбоцитопении
- 5) анемии

106. Для анемии хронического заболевания наиболее характерно:

- 1) MCV – ↓, MCH – ↓
- 2) MCV – ↑, MCH – ↑

3) MCV – N, MCH – N

4) MCV – N, MCH – ↓

5) MCV – ↓, MCH – N

107. Морфологическим субстратом острого лейкоза являются:

1) зрелые лимфоциты

2) зрелые и созревающие клетки миелоидного ряда

3) бластные клетки

4) клетки с морфологическими признаками дисплазии

5) верно 2 и 4

108. «Лейкемический провал» при остром лейкозе – это:

1) относительный лимфоцитоз за счет нейтропении в периферической крови

2) отсутствие в периферической крови бластных клеток или их 1-2%

3) наличие в периферической крови десятков бластных клеток

4) наличие бластных и зрелых клеток и отсутствие переходных или единичные переходные клетки

5) наличие 5–10% бластных клеток

109. Минимальная остаточная болезнь – это:

1) хорошее самочувствие, удовлетворительное состояние пациента, в периферической крови гемоглобин 110г/л и более

2) отсутствие бластных клеток в периферической крови

3) не более 5% бластных клеток в костном мозге

4) наличие клеток опухолевого роста, обнаруженных цитогенетическими и молекулярно-генетическими методами на фоне клиникогематологической ремиссии

5) верно 2 и 3

110. К стадиям хронического миелоидного лейкоза не относится:

1) хроническая

2) акселерации

3) бластного криза

4) обострения

5) верно 1 и 4

111. Для хронического миелоидного лейкоза характерно:

1) увеличение уровня фактора некроза опухоли TNF-L

2) обнаружение Ph – хромосомы и онкогена – ABL/BCR

3) наличие точечной мутации специфической тирозинкиназы JAK2

4) наличие клеток Березовского-Штернберга

5) тени Боткина-Гумпрехта

112. Для истинной полицитемии не характерно:

1) спленомегалия

2) панцитоз

3) панмиелоз

4) ускорение оседания эритроцитов

5) тромбоцитоз

113. Для лейкоцитарной формулы при хроническом лимфолейкозе характерно:

1) лейкоцитарный провал – нет переходных форм клеток, только бластные и зрелые клетки

2) лейкопения за счет нейтропении, относительный лимфоцитоз

3) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз более 5×10^9 /л

4) лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, промиелоцитов, эозинофильно-базофильная ассоциация

5) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз более 10×10^9 /л

114. Тени Гумпрехта – это:

1) остатки ядерного вещества

- 2) клетки, разрушенные при приготовлении мазка
- 3) остатки ядерной оболочки
- 4) базофильная сетчатая субстанция
- 5) полуразрушенные ядра лимфоцитов

115. К патогенетическим механизмам развития реактивного (относительного) эритроцитоза не относится:

- 1) гипоксия
- 2) повышенная продукция лейкозных эритроцитов
- 3) гемоконцентрация
- 4) активный физиологический эритропоэз
- 5) гиперпродукция эритропоэтина

116. Наиболее частый вариант онкогематологического заболевания в детском возрасте:

- 1) острый миелобластный лейкоз
- 2) острый лимфобластный лейкоз
- 3) хронический миелолейкоз
- 4) лимфома Ходжкина
- 5) хронический лимфолейкоз

117. К клиническим синдромам острого лейкоза не относится:

- 1) геморрагический
- 2) опухолевой интоксикации
- 3) анемический
- 4) плеторический
- 5) гиперпластический

118. основной критерий диагноза острого лейкоза:

- 1) наличие бластов в периферической крови
- 2) наличие бластов в костном мозге более 15%
- 3) гиперпластический синдром
- 4) наличие бластов в костном мозге более 20%
- 5) тромбоцитопения

119. Стадия выздоровления при остром лейкозе устанавливается при:

- 1) стойкой клинико-гематологической ремиссии более 5 лет
- 2) отсутствии бластных клеток в периферической крови
- 3) наличии бластных клеток в костном мозге менее 5% в течение 5 месяцев
- 4) отсутствие клинических проявлений острого лейкоза
- 5) стойкой клинико-гематологической ремиссии более 3 лет

