

## П а с п о р т д е п о з и т а

|    |                           |   |
|----|---------------------------|---|
| 1  | Кафедра                   | Факультетской терапии педиатрического факультета          |
| 2  | Факультет                 | Педиатрический  |
| 3  | Адрес (база)              | ГБУЗ ГКБ №13 ДЗМ, Велозаводская ул., 1/1, стр. 15, 7 этаж |
| 4  | Зав. кафедрой             | Профессор, д.м.н. Федулаев Ю.Н.                           |
| 5  | Ответственный составитель | Ассистент кафедры Макарова Ирина Владимировна             |
| 6  | E-mail                    | makarova@medicom77.ru                                     |
| 7  | Моб. телефон              | +7-905-575-88-22  |
| 8  | Кабинет №                 | 701   |
| 9  | Учебная дисциплина        | Факультетская терапия, профессиональные болезни           |
| 10 | Учебный предмет           | Факультетская терапия, профессиональные болезни           |
| 11 | Учебный год составления   | 2020/2021   |
| 12 | Специальность             | Педиатрия   |
| 13 | Форма обучения            | Очная   |
| 14 | Модуль                    | 4. Гематология  |
| 15 | Тема                      | 1. Анемии. Патология гемостаза.                           |
| 16 | Подтема                   | Анемии. Патология гемостаза-1                             |
| 17 | Количество заданий        | 57  |
| 18 | Тип задания               | Single  |
| 19 | Формируемые компетенции   | ОПК-1, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-20               |
| 16 | Подтема                   | Анемии. Патология гемостаза-2                             |
| 17 | Количество заданий        | 59  |
| 18 | Тип задания               | Multiple  |
| 19 | Формируемые компетенции   | ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9          |

## С п и с о к з а д а н и й

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 1 | 1 |   |  |  |
| 1 |   | Наиболее частой причиной хронической постгеморрагической анемии является: |  |  |
|   |   | Хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта                     |  |  |
|   |   | Обильные и/или продолжительные месячные                                   |  |  |
|   |   | Злоупотребление алкоголем   |  |  |
|   |   | Хронический антацидный гастрит  |  |  |
|   |   | Синдром нарушенного всасывания  |  |  |
|   |   |   |  |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 2 | Хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта может быть обусловлена одним из перечисленных паразитов: |  |  |
|   | Анкилостомами  |  |  |
|   | Аскаридами   |  |  |
|   | Широким лентецом   |  |  |
|   | Карликовым цепнем  |  |  |
|   | Острицами  |  |  |
|   |  |  |  |
| 3 | К проявлениям сидеропенического синдрома можно отнести:  |  |  |
|   | Пристрастие к необычным запахам  |  |  |
|   | Слабость   |  |  |
|   | Бледность кожных покровов  |  |  |
|   | Снижение памяти и внимания   |  |  |
|   | Одышку при физической нагрузке   |  |  |
|   |  |  |  |
| 4 | Содержание сидеробластов в костном мозге снижено при:  |  |  |
|   | Хронической железодефицитной анемии  |  |  |
|   | Талассемии   |  |  |
|   | Миелодиспластическом синдроме по типу рефрактерной анемии с кольцевыми сидеробластами                          |  |  |
|   | Анемии при свинцовых отравлениях   |  |  |
|   | Эритропоэтической порфирии   |  |  |
|   |  |  |  |
| 5 | Причинами железодефицитной анемии являются:  |  |  |
|   | Все верно  |  |  |
|   | Повышенная потребность организма в железе  |  |  |
|   | Хроническая кровопотеря  |  |  |
|   | Нарушенное всасывание железа   |  |  |
|   | Нарушение транспорта железа в организме  |  |  |
|   | Недостаточное содержание железа в пище   |  |  |
|   |  |  |  |
| 6 | Для талассемии и железодефицитной анемии общими признаками являются:   |  |  |
|   | Снижение среднего содержания Hb в эритроците   |  |  |
|   | Гипербилирубинемия   |  |  |
|   | Ретикулоцитоз  |  |  |
|   | Повышение среднего содержания Hb в эритроците  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Повышение в эритроцитах уровня фетального гемоглобина   |  |  |
| 7  | Наиболее достоверно диагноз пернициозной анемии устанавливается на основании:                   |  |  |
|    | Положительного теста Шиллинга   |  |  |
|    | Выявления мегалобластического кроветворения   |  |  |
|    | Наличия макроцитоза эритроцитов и гиперсегментации нейтрофилов                                  |  |  |
|    | Наличия ахлоргидрии   |  |  |
|    | Эффекта от терапии витамином В <sub>12</sub>  |  |  |
| 8  | Болезнь Аддисона—Бирмера развивается в результате:  |  |  |
|    | Нарушения всасывания витамина В <sub>12</sub>   |  |  |
|    | Нарушения метаболизма витамина В <sub>12</sub>  |  |  |
|    | Нарушения транспорта витамина В <sub>12</sub>   |  |  |
|    | Сниженного поступления витамина В <sub>12</sub> с пищей   |  |  |
|    | Повышенной потребности организма в витамине В <sub>12</sub>                                     |  |  |
| 9  | Всасывание витамина В <sub>12</sub> и фолиевой кислоты происходит преимущественно:              |  |  |
|    | В нижних отделах тонкого кишечника  |  |  |
|    | В желудке   |  |  |
|    | В двенадцатиперстной кишке  |  |  |
|    | В верхних отделах тонкого кишечника   |  |  |
|    | В толстой кишке   |  |  |
| 10 | Эффективность терапии В <sub>12</sub> -дефицитной анемии оценивается по:                        |  |  |
|    | Появлению ретикулоцитарного криза на 7-8-й день от начала лечения                               |  |  |
|    | Повышению уровня гемоглобина  |  |  |
|    | Исчезновению гиперсегментации нейтрофилов   |  |  |
|    | Улучшению аппетита  |  |  |
|    | Исчезновению желтушности кожи и склер   |  |  |
| 11 | Основной причиной анемии при дефиците витамина В <sub>12</sub> и/или фолиевой кислоты является: |  |  |
|    | Неэффективный эритропоэз  |  |  |
|    | Нарушение функции полипотентной стволовой клетки  |  |  |
|    | Недостаточная продукция эритропоэтина   |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
|    | Гемолиз  |  |  |
|    | Гиперспленизм  |  |  |
|    |  |  |  |
| 12 | Пароксизмальная ночная гемоглобинурия относится к:   |  |  |
|    | Мембранопатиям   |  |  |
|    | Энзимопатиям   |  |  |
|    | Гемоглобинопатиям  |  |  |
|    | Аутоиммунным гемолитическим анемиям  |  |  |
|    | Сидеробластным анемиям   |  |  |
|    |  |  |  |
| 13 | Всегда протекает с гипохромией эритроцитов:  |  |  |
|    | Железодефицитная анемия  |  |  |
|    | Анемия хронических заболеваний   |  |  |
|    | Аутоиммунная гемолитическая анемия с неполными тепловыми агглютинами                           |  |  |
|    | Апластическая анемия   |  |  |
|    |  |  |  |
| 14 | Железодефицитную анемию у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза: |  |  |
|    | Все верно  |  |  |
|    | Обильные и/или продолжительные месячные  |  |  |
|    | Вегетарианство   |  |  |
|    | Большим количеством детей (родов)  |  |  |
|    |  |  |  |
| 15 | Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:             |  |  |
|    | Гемолитических анемий  |  |  |
|    | Железодефицитных анемий  |  |  |
|    | Множественной миеломы  |  |  |
|    | Болезни тяжелых цепей  |  |  |
|    | Мегалобластной анемии  |  |  |
|    |  |  |  |
| 16 | Ярко-красный язык нередко наблюдается при:   |  |  |
|    | Мегалобластной анемии  |  |  |
|    | Железодефицитной анемии  |  |  |
|    | Тромбоцитопении  |  |  |
|    | Болезни Гоше   |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
|    | Множественной миеломы  |  |  |
| 17 | Основное количество железа в организме человека всасывается:                     |  |  |
|    | В двенадцатиперстной и тощей кишках  |  |  |
|    | В желудке  |  |  |
|    | В нисходящем отделе ободочной кишки  |  |  |
|    | В подвздошной кишке  |  |  |
|    | В слепой кишке   |  |  |
| 18 | Потребность железа в сутки у женщин:   |  |  |
|    | 2 мг   |  |  |
|    | 1,0 мг   |  |  |
|    | 4,0-4,5 мг   |  |  |
|    | 10,0-12,01 мг  |  |  |
|    | 7,0-8,0 мг   |  |  |
| 19 | В случае обнаружения у донора в крови дефицита железа следует:                   |  |  |
|    | Назначить ему на длительный срок препараты железа перорально                     |  |  |
|    | Включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь                              |  |  |
|    | Рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно             |  |  |
|    | Перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу                              |  |  |
|    | Назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней                      |  |  |
| 20 | Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:                |  |  |
|    | Имевшийся ранее латентный дефицит железа   |  |  |
|    | Гиперволемия   |  |  |
|    | Многоплодная беременность  |  |  |
|    | Несовместимость с мужем по системе АВО   |  |  |
| 21 | Для лечения дефицита железа следует назначить:                                   |  |  |
|    | Препараты железа внутрь на длительный срок                                       |  |  |
|    | Препараты железа внутривенно в сочетании с мясной диетой                         |  |  |
|    | Препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно     |  |  |
|    | Регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 22 | Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:                               |  |  |
|    | Принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью                 |  |  |
|    | Включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь   |  |  |
|    | Перелить эритроцитарную массу перед родами   |  |  |
|    | Сделать 10 внутривенных инъекций препаратов железа на основе гидроксид-полимальтозного комплекса |  |  |
|    | Сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов                             |  |  |
| 23 | Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:   |  |  |
|    | Гиперхромия эритроцитов  |  |  |
|    | Микроцитоз эритроцитов   |  |  |
|    | Глюкозурия   |  |  |
|    | Гиперурикемия  |  |  |
|    | Лейкоцитоз   |  |  |
| 24 | Наиболее частой причиной гиперхромной анемии может являться:                                     |  |  |
|    | Алкоголизм и недоедание  |  |  |
|    | Кровопотери  |  |  |
|    | Злоупотребление табаком  |  |  |
|    | Цирроз печени  |  |  |
|    | Хронический гепатит  |  |  |
| 25 | $V_{12}$ -дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:                                |  |  |
|    | 2-3 года   |  |  |
|    | 1 месяц  |  |  |
|    | 5 лет  |  |  |
|    | Неделю   |  |  |
|    | 6 месяцев  |  |  |
| 26 | Характерная жалоба больного $V_{12}$ -дефицитной анемией:  |  |  |
|    | Жжение языка   |  |  |
|    | Пристрастие к необычным запахам  |  |  |
|    | Боли за грудиной   |  |  |
|    | Затруднение глотания сухой и твердой пищи  |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
|    | Тошнота  |  |  |
| 27 | Характерным признаком В <sub>12</sub> -дефицитной анемии является:   |  |  |
|    | Высокий цветовой показатель  |  |  |
|    | Гипертромбоцитоз   |  |  |
|    | Лейкоцитоз   |  |  |
|    | Увеличение скорости оседания эритроцитов   |  |  |
|    | Лимфоцитоз   |  |  |
| 28 | Больного В <sub>12</sub> -дефицитной анемией следует лечить:   |  |  |
|    | Всю жизнь  |  |  |
|    | До нормализации уровня гемоглобина   |  |  |
|    | 1 год  |  |  |
|    | 3 месяца   |  |  |
|    | Курсами по три месяца два раза в год   |  |  |
| 29 | К клиническим признакам гемолитического криза относятся:   |  |  |
|    | Желтушность кожи   |  |  |
|    | Потемнение мочи  |  |  |
|    | Отеки  |  |  |
|    | Сухость во рту   |  |  |
| 30 | У 32-летней женщины с повторными маточными кровотечениями развилась анемия с гипохромией эритроцитов и микроцитозом. Наиболее вероятный диагноз? |  |  |
|    | Железодефицитная анемия  |  |  |
|    | Пернициозная анемия  |  |  |
|    | Серповидно-клеточная анемия  |  |  |
|    | Сидеробластная анемия  |  |  |
| 31 | При пернициозной анемии количество лейкоцитов и тромбоцитов крови:   |  |  |
|    | Снижается  |  |  |
|    | Нормальное   |  |  |
|    | Повышается   |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 32 | При лечении В <sub>12</sub> -дефицитной анемии фолиевую кислоту:   |  |  |
|    | Не применяют   |  |  |
|    | Применяют  |  |  |
| 33 | При В <sub>12</sub> -дефицитной анемии количество ретикулоцитов в крови:   |  |  |
|    | Снижено  |  |  |
|    | Повышено   |  |  |
|    | Не меняется  |  |  |
| 34 | Какой из перечисленных клинических и лабораторных показателей можно считать нехарактерным для больного мегалобластной анемией? |  |  |
|    | Микроцитоз   |  |  |
|    | Макроцитоз   |  |  |
|    | Гюнтеровский глоссит   |  |  |
|    | Субиктеричность склер  |  |  |
|    | Гиперсегментация ядер нейтрофилов  |  |  |
| 35 | При хронической железодефицитной анемии цветной показатель:  |  |  |
|    | Снижен   |  |  |
|    | Нормальный   |  |  |
|    | Повышен  |  |  |
| 36 | При В <sub>12</sub> -дефицитной анемии в периферической крови могут определяться:  |  |  |
|    | Мегалобласты   |  |  |
|    | Бластные клетки  |  |  |
|    | Тени Боткина-Гумпрехта   |  |  |
| 37 | Диагноз железодефицитной анемии может быть установлен с помощью всех перечисленных данных, кроме:                              |  |  |
|    | Обнаружение мегалобластов при исследовании костного мозга  |  |  |
|    | Отсутствия железа в окрашенном биоптате костного мозга   |  |  |
|    | Низких уровней ферритина сыворотки   |  |  |
|    | Гипохромии и микроцитоза   |  |  |
|    | Ответа на терапию препаратами железа в течение 1 месяца  |  |  |



|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 38 | Для какой формы анемии характерен фуникулярный миелоз?  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -дефицитная анемия  |  |  |
|    | Железодефицитная анемия   |  |  |
|    | Апластическая анемия  |  |  |
|    | Фолиево-дефицитная анемия   |  |  |
|    |   |  |  |
| 39 | Можно ли до установления формы анемии назначать лечение витамином В <sub>12</sub> (пробное лечение)?          |  |  |
|    | Нет   |  |  |
|    | Да  |  |  |
|    |   |  |  |
| 40 | Уровню гемоглобина 50 г/л и содержанию эритроцитов 3 млн в мм <sup>3</sup> соответствует цветовой показатель: |  |  |
|    | 0,5   |  |  |
|    | 0,9   |  |  |
|    | 1,0   |  |  |
|    | 1,5   |  |  |
|    |   |  |  |
| 41 | При железодефицитной анемии могут выявляться все нижеперечисленные изменения, кроме:                          |  |  |
|    | Снижения железо-связывающей способности сыворотки   |  |  |
|    | Снижения насыщения трансферрина   |  |  |
|    | Снижения сывороточного железа   |  |  |
|    | Снижения ферритина сыворотки  |  |  |
|    | Снижения концентрации гемоглобина в эритроците  |  |  |
|    |   |  |  |
| 42 | Простая гиповолемия наблюдается:  |  |  |
|    | Через 30-40 мин после острой кровопотери  |  |  |
|    | Через 6-8 часов после острой кровопотери средней тяжести  |  |  |
|    | При ожоговом шоке   |  |  |
|    | При перегревании организма  |  |  |
|    |   |  |  |
| 43 | Ретикулоцитоз после острой кровопотери средней тяжести развивается:   |  |  |
|    | Через 4-5 суток   |  |  |
|    | Через 5-6 часов   |  |  |
|    | Через 24-48 часов   |  |  |
|    | Через 8-12 суток  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 44 | Уменьшение показателя гематокрита наблюдается:  |  |  |
|    | Через 4-5 суток после острой кровопотери средней тяжести  |  |  |
|    | При снижении содержания в эритроцитах 2,3-дифосфоглицерата  |  |  |
|    | В течение первого часа после массивной кровопотери  |  |  |
|    | При неукротимой рвоте   |  |  |
| 45 | Сочетание гипоксического, геморрагического и иммунодепрессивного синдромов характерно:  |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий   |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для гемолитических анемий   |  |  |
|    | Для постгеморрагических анемий  |  |  |
| 46 | Уменьшение коэффициента насыщения трансферрина железом и увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови характерно: |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий   |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемий   |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
|    | Для наследственных гемолитических анемий  |  |  |
| 47 | Развитие «фуникулярного миелоза» и обусловленных им неврологических расстройств характерно:                                   |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемий   |  |  |
|    | Для фолиеводефицитных анемий  |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий   |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
| 48 | Для всех анемий характерен:   |  |  |
|    | Общеанемический синдром   |  |  |
|    | Геморрагический синдром   |  |  |
|    | Сидеропенический синдром  |  |  |
|    | Неврологический синдром   |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
|    | Гастроэнтерологический синдром   |  |  |
| 49 | Для 1-й стадии острой постгеморрагической анемии характерны:   |  |  |
|    | Нормальное содержание гемоглобина и эритроцитов в литре крови  |  |  |
|    | Уменьшение содержания гемоглобина в литре крови  |  |  |
|    | Уменьшение гематокрита и числа эритроцитов   |  |  |
|    | Ретикулоцитоз  |  |  |
|    | Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево  |  |  |
|    | Тромбоцитоз  |  |  |
| 50 | Какое изменение нехарактерно для апластической анемии?   |  |  |
|    | Повышение количества ретикулоцитов в крови   |  |  |
|    | Гранулоцитопения   |  |  |
|    | Повышение содержания железа в крови  |  |  |
|    | Нормальный цветовой показатель   |  |  |
|    | Отсутствие эритробластов в костном мозге   |  |  |
| 51 | Какой лекарственный препарат может вызвать или усилить гемолиз при длительном применении:  |  |  |
|    | Метилдопа  |  |  |
|    | Амиодарон  |  |  |
|    | Гепарин  |  |  |
|    | Преднизолон  |  |  |
|    | Азатиоприн   |  |  |
| 52 | У 23-летней студентки при диспансеризации обнаружена небольшая желтушность, пальпируется селезенка. Билирубин крови общий 68 мкмоль/л (4 мг%). Гемоглобин 110 г/л, ретикулоциты 17%. Моча темная, но желчных пигментов не содержит. Укажите диагноз: |  |  |
|    | Гемолиз  |  |  |
|    | Гепатит  |  |  |
|    | Хроническая идиопатическая конъюгированная гипербилирубинемия (синдром Дабина—Джонсона)  |  |  |
|    | Доброкачественная неконъюгированная гипербилирубинемия (синдром Жильбера)  |  |  |
|    | Жировая дистрофия печени   |  |  |
| 53 | 35-летняя женщина длительно страдает меноррагиями. Гемоглобин 69 г/л, цветовой показатель 0,62, лейкоциты $3,8 \times 10^9$ /л, формула без особенностей, сывороточное железо 5,2 ммоль/л. Укажите тактику лечения.                                  |  |  |

|    |   |   |  |  |
|----|---|---|--|--|
|    |   | Препараты железа внутривенно  |  |  |
|    |   | Препараты железа внутримышечно  |  |  |
|    |   | Фолиевая кислота внутрь   |  |  |
|    |   | Витамин В <sub>12</sub> внутримышечно   |  |  |
|    |   | Трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с витамином В <sub>12</sub> внутримышечно   |  |  |
|    |   |   |  |  |
| 54 |   | 70-летняя больная поступила на обследование по поводу неясной анемии. Гемоглобин 75 г/л, цветовой показатель 1,5, лейкоциты 4,0x10 <sup>9</sup> /л, формула без особенностей, тромбоциты 130x10 <sup>9</sup> /л. При гастроскопии обнаружен атрофический гастрит. В костном мозге мегалобластическое кроветворение. Каков препарат выбора для лечения данной патологии? |  |  |
|    |   | Витамин В <sub>12</sub> внутримышечно   |  |  |
|    |   | Витамин В <sub>12</sub> per os  |  |  |
|    |   | Трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с витамином В <sub>12</sub> внутримышечно   |  |  |
|    |   | Препараты железа внутримышечно  |  |  |
|    |   | Фолиевая кислота внутрь   |  |  |
|    |   |   |  |  |
| 55 |   | Для витамин В <sub>12</sub> -дефицитной анемии не характерно:   |  |  |
|    |   | Выраженная спленомегалия  |  |  |
|    |   | Глоссит   |  |  |
|    |   | Анорексия   |  |  |
|    |   | Развитие сердечной астмы  |  |  |
|    |   | Фуникулярный миелоз   |  |  |
|    |   |   |  |  |
| 56 |   | Болезнь Виллебранда является результатом:   |  |  |
|    |   | Дефицита фактора Виллебранда  |  |  |
|    |   | Отсутствия на мембране тромбоцитов рецепторов фактора Виллебранда   |  |  |
|    |   | Повышенного синтеза фактора Виллебранда   |  |  |
|    |   |   |  |  |
| 57 |   | Наиболее ранние сроки восстановления объема циркулирующей крови после острой кровопотери средней тяжести:   |  |  |
|    |   | Через 7-8 часов   |  |  |
|    |   | Через 24-48 часов   |  |  |
|    |   | Через 4-5 суток   |  |  |
|    |   |   |  |  |
| 1  | 2 |   |  |  |
| 1  |   | Причиной анемии хронических болезней могут быть:  |  |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   | Опухоли желудочно-кишечного тракта  |  |  |
|   | Системная красная волчанка  |  |  |
|   | Геморрой  |  |  |
|   | Обильные и длительные менструальные кровопотери   |  |  |
|   | Болезнь Рандю-Ослера  |  |  |
|   | Ишемическая болезнь сердца  |  |  |
|   |   |  |  |
| 2 | Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:   |  |  |
|   | К ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно |  |  |
|   | К назначению препаратов железа перорально на длительный срок  |  |  |
|   | К своевременному переливанию цельной крови  |  |  |
|   | К длительному и аккуратному введению препаратов железа  |  |  |
|   |   |  |  |
| 3 | Среди гемолитических анемий различают:  |  |  |
|   | Наследственные  |  |  |
|   | Приобретенные   |  |  |
|   | Симптоматические  |  |  |
|   | Идиопатические  |  |  |
|   | Острые  |  |  |
|   | Подострые   |  |  |
|   |   |  |  |
| 4 | Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение:   |  |  |
|   | Лимфопролиферативного синдрома  |  |  |
|   | Диффузных болезней соединительной ткани   |  |  |
|   | Инфаркта миокарда   |  |  |
|   | Острой пневмонии  |  |  |
|   |   |  |  |
| 5 | У больного апластической анемией:   |  |  |
|   | Лимфоузлы не пальпируются   |  |  |
|   | Печень и селезенка не увеличены   |  |  |
|   | Печень и селезенка увеличены  |  |  |
|   | Лимфатические узлы увеличены  |  |  |
|   |   |  |  |
| 6 | Гемолитический криз может развиваться при:  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Аутоиммунной гемолитической анемии  |  |  |
|    | Хроническом лимфолейкозе  |  |  |
|    | Ферментопатии эритроцитов   |  |  |
|    | Аплазии костного мозга  |  |  |
| 7  | Результатами лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз, являются: |  |  |
|    | Ретикулоцитоз   |  |  |
|    | Снижение гематокрита  |  |  |
|    | Повышение уровня непрямого билирубина в крови   |  |  |
|    | Снижение уровня сывороточного железа  |  |  |
| 8  | При каких заболеваниях может развиваться железодефицитная анемия?                     |  |  |
|    | Атрофический мультифокальный гастрит  |  |  |
|    | Фибромиома матки  |  |  |
|    | Целиакия  |  |  |
|    | Острый аппендицит   |  |  |
| 9  | Какие лабораторные изменения характерны для дефицита железа?                          |  |  |
|    | Гипохромная анемия  |  |  |
|    | Увеличение общей железо-связывающей способности сыворотки                             |  |  |
|    | Анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов   |  |  |
|    | Повышение уровня ферритина сыворотки  |  |  |
|    | Увеличение количества сидеробластов в костном мозге                                   |  |  |
| 10 | Какие положения о В <sub>12</sub> -дефицитной анемии правильные?                      |  |  |
|    | Приводит к развитию фуникулярного миелоза   |  |  |
|    | Часто сопровождается хроническим аутоиммунным гастритом                               |  |  |
|    | Характерен тромбоцитоз  |  |  |
|    | Всасывание цианкобаламина повышено  |  |  |
|    | Чаще встречается в возрасте до 30 лет   |  |  |
| 11 | Какие положения о В <sub>12</sub> -дефицитной анемии правильные?                      |  |  |
|    | Чаще встречается у людей пожилого возраста  |  |  |
|    | Может сопровождаться гипербилирубинемией  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | В основе патогенеза - аутоиммунные нарушения                            |  |  |
|    | Эффективно пероральное назначение витамина В <sub>12</sub>              |  |  |
|    | Наряду с анемией отмечается тромбоцитоз и лейкоцитоз                    |  |  |
|    |   |  |  |
| 12 | В <sub>12</sub> -дефицитная анемия является:                            |  |  |
|    | Гиперхромной  |  |  |
|    | Макроцитарной   |  |  |
|    | Гипорегенераторной  |  |  |
|    | Гипохромной   |  |  |
|    | Нормохромной  |  |  |
|    | Микроцитарной   |  |  |
|    | Гиперрегенераторной   |  |  |
|    |   |  |  |
| 13 | При гемолитической анемии выявляются следующие признаки:                |  |  |
|    | Повышение уровня непрямого билирубина крови                             |  |  |
|    | Положительная реакция на стеркобилин в кале                             |  |  |
|    | Повышение уровня прямого билирубина крови                               |  |  |
|    | Отрицательная реакция на стеркобилин в кале                             |  |  |
|    | В моче определяются желчные кислоты                                     |  |  |
|    | В моче не определяется уробилин   |  |  |
|    |   |  |  |
| 14 | Для какой формы анемии характерен мегалобластический тип кроветворения: |  |  |
|    | Фолиево-дефицитная  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -дефицитная   |  |  |
|    | Железodefицитная  |  |  |
|    | Апластическая   |  |  |
|    | Гемолитическая  |  |  |
|    |   |  |  |
| 15 | Увеличение показателя гематокрита наблюдается:                          |  |  |
|    | При ожоговом шоке   |  |  |
|    | При эритремии   |  |  |
|    | При снижении содержания в эритроцитах 2,3-дифосфоглицерата              |  |  |
|    | При комбинированном митральном пороке сердца                            |  |  |
|    | На 4-5 сутки после острой кровопотери                                   |  |  |

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
|    |  |  |  |  |
| 16 | Для анемии характерны:                         |  |  |  |
|    | Понижение содержания гемоглобина в крови       |  |  |  |
|    | Уменьшение количества эритроцитов в крови      |  |  |  |
|    | Снижение гематокрита                           |  |  |  |
|    | Повышение содержания гемоглобина в крови       |  |  |  |
|    | Увеличение гематокрита                         |  |  |  |
|    |  |  |  |  |
| 17 | Мегалобластический тип эритропоэза характерен: |  |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -дефицитных анемий         |  |  |  |
|    | Для фолиеводефицитных анемий                   |  |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий                      |  |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий                    |  |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий                |  |  |  |
|    |  |  |  |  |
| 18 | Нормобластический тип эритропоэза характерен:  |  |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий                |  |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий                    |  |  |  |
|    | Для постгеморрагических анемий                 |  |  |  |
|    | Для гемолитических анемий                      |  |  |  |
|    | Для фолиеводефицитных анемий                   |  |  |  |
|    |  |  |  |  |
| 19 | Гипорегенераторные анемии:                     |  |  |  |
|    | Железодефицитные                               |  |  |  |
|    | Гипопластические                               |  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные             |  |  |  |
|    | Гемолитические                                 |  |  |  |
|    | Острые постгеморрагические                     |  |  |  |
|    |  |  |  |  |
| 20 | Регенераторные анемии:                         |  |  |  |
|    | Острые постгеморрагические                     |  |  |  |
|    | Гемолитические                                 |  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные             |  |  |  |
|    | Железодефицитные                               |  |  |  |



|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Гипопластические  |  |  |
| 21 | Анемии макроцитарные по среднему объему эритроцитов и диаметру эритроцитов:                 |  |  |
|    | Фолиеводефицитные   |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -дефицитные   |  |  |
|    | Железодефицитные  |  |  |
|    | Анемии хронических болезней   |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
| 22 | Анемии микроцитарные по среднему объему эритроцитов и диаметру эритроцитов:                 |  |  |
|    | Железодефицитные  |  |  |
|    | Сидеробластные  |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
|    | Фолиеводефицитные   |  |  |
|    | Иммунные гемолитические   |  |  |
| 23 | Анемии нормоцитарные по среднему объему эритроцитов и диаметру эритроцитов:                 |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
|    | Иммунные гемолитические   |  |  |
|    | Острые постгеморрагические  |  |  |
|    | Сидеробластные  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные  |  |  |
| 24 | Анемии гипохромные по среднему содержанию гемоглобина в эритроците и цветовому показателю:  |  |  |
|    | Анемии хронических болезней   |  |  |
|    | Железодефицитные  |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные  |  |  |
|    | Наследственные сфероцитарные  |  |  |
| 25 | Анемии гиперхромные по среднему содержанию гемоглобина в эритроците и цветовому показателю: |  |  |
|    | Фолиеводефицитные   |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -дефицитные   |  |  |
|    | Иммунные гемолитические   |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Железодефицитные  |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
|    |   |  |  |
| 26 | Анемии нормохромные по среднему содержанию гемоглобина в эритроците и цветовому показателю: |  |  |
|    | Гипо-(а)пластические  |  |  |
|    | Иммунные гемолитические   |  |  |
|    | Наследственные сфероцитарные  |  |  |
|    | Фолиеводефицитные   |  |  |
|    | Железодефицитные  |  |  |
|    |   |  |  |
| 27 | Нейтрофильным лейкоцитозом сопровождаются:  |  |  |
|    | Острые постгеморрагические анемии   |  |  |
|    | Наследственные сфероцитарные анемии   |  |  |
|    | Иммунные гемолитические анемии  |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные анемии   |  |  |
|    | Железодефицитные анемии   |  |  |
|    |   |  |  |
| 28 | Нарушение синтеза протопорфирина играет главную роль в патогенезе анемий:                   |  |  |
|    | При отравлении свинцом  |  |  |
|    | Наследственных сидеробластных   |  |  |
|    | Наследственных сфероцитарных  |  |  |
|    | Железодефицитных  |  |  |
|    | Фолиеводефицитных   |  |  |
|    |   |  |  |
| 29 | Повышение содержания железа в крови типично:  |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемий   |  |  |
|    | Для иммунных гемолитических анемий  |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для хронических постгеморрагических анемий  |  |  |
|    |   |  |  |
| 30 | Повышение содержания билирубина в крови типично:  |  |  |
|    | Для иммунных гемолитических анемий  |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемий   |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Для наследственных гемолитических анемий  |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
| 31 | Железодефицитные и сидероахрестические анемии являются:   |  |  |
|    | Микроцитарными  |  |  |
|    | Гипохромными  |  |  |
|    | Гипорегенераторными   |  |  |
|    | Макроцитарными  |  |  |
|    | Гиперхромными   |  |  |
|    | Мегалобластическими   |  |  |
| 32 | В <sub>12</sub> -фолиеводефицитные анемии являются:   |  |  |
|    | Гипорегенераторными   |  |  |
|    | Макроцитарными  |  |  |
|    | Гиперхромными   |  |  |
|    | Мегалобластическими   |  |  |
|    | Микроцитарными  |  |  |
|    | Гипохромными  |  |  |
| 33 | Гипо-(а)пластические анемии являются:   |  |  |
|    | Нормоцитарными  |  |  |
|    | Нормохромными   |  |  |
|    | Гипо-(а)регенераторными   |  |  |
|    | Микроцитарными  |  |  |
|    | Макроцитарными  |  |  |
| 34 | Сдвигом кривой Прайс-Джонса влево характеризуются:  |  |  |
|    | Хроническая постгеморрагическая анемия  |  |  |
|    | Сидеробластная анемия   |  |  |
|    | Анемия Аддисона-Бирмера   |  |  |
|    | Апластическая анемия  |  |  |
| 35 | Увеличение коэффициента насыщения трансферрина железом и уменьшение железосвязывающей способности сыворотки крови |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | характерно:   |  |  |
|    | Для сидеробластных анемий   |  |  |
|    | Для В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемий                                   |  |  |
|    | Для гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
|    | Для наследственных гемолитических анемий  |  |  |
|    | Для железодефицитных анемий   |  |  |
|    |   |  |  |
| 36 | Нарушение синтеза дезоксирибонуклеиновой кислоты является главным в патогенезе: |  |  |
|    | В <sub>12</sub> -дефицитных анемий  |  |  |
|    | Фолиево-дефицитных анемий   |  |  |
|    | Гипо-(а)пластических анемий   |  |  |
|    | Железодефицитных анемий   |  |  |
|    | Сидеробластных анемий   |  |  |
|    |   |  |  |
| 37 | Для гемолитических анемий характерны:   |  |  |
|    | Уменьшение гематокрита  |  |  |
|    | Увеличение скорости оседания эритроцитов  |  |  |
|    | Повышение содержания железа в крови   |  |  |
|    | Выраженный ретикулоцитоз и нейтрофилия  |  |  |
|    | Тромбоцитопения и нейтропения   |  |  |
|    | Повышение содержания билирубина в крови   |  |  |
|    |   |  |  |
| 38 | Для фолиево-дефицитных анемий типичны:  |  |  |
|    | Слабость и головокружение   |  |  |
|    | Желудочно-кишечные расстройства   |  |  |
|    | Тахикардия  |  |  |
|    | Язык Хантера  |  |  |
|    | Ощущение «ватных» ног и нарушение походки                                       |  |  |
|    | Ощущения покалывания и «ползания мурашек» по коже                               |  |  |
|    |   |  |  |
| 39 | Анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов, как правило, наблюдается:                |  |  |
|    | При хронических постгеморрагических анемиях                                     |  |  |
|    | При гипо-(а)пластических анемиях  |  |  |
|    | При наследственных гемолитических анемиях                                       |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | При В <sub>12</sub> -фолиеводефицитных анемиях                                |  |  |
|    | При сидеробластных анемиях  |  |  |
|    | При острых постгеморрагических анемиях  |  |  |
| 40 | Снижение гематокрита наблюдается:   |  |  |
|    | При железодефицитной анемии   |  |  |
|    | Через 2–е суток после массивной кровопотери                                   |  |  |
|    | В течение 1-го часа после массивной кровопотери                               |  |  |
|    | При обезвоживании   |  |  |
|    | При снижении содержания в эритроцитах 2,3- дифосфоглицерата                   |  |  |
| 41 | Увеличение гематокрита наблюдается:   |  |  |
|    | При обезвоживании   |  |  |
|    | При хронической гипоксии  |  |  |
|    | При снижении содержания в эритроцитах 2,3- дифосфоглицерата                   |  |  |
|    | В течение 1-го часа после массивной кровопотери                               |  |  |
|    | Через 4-5 суток после массивной кровопотери                                   |  |  |
| 42 | Тельца Жолли:   |  |  |
|    | Определяются при В <sub>12</sub> дефицитной анемии                            |  |  |
|    | Являются остатками ядерного вещества  |  |  |
|    | Могут определяться при интенсивном гемолизе                                   |  |  |
|    | Обнаруживаются при железодефицитной анемии                                    |  |  |
| 43 | Нормобластоз в периферической крови:  |  |  |
|    | Наблюдается при значительном гемолизе   |  |  |
|    | Встречается при острой кровопотере  |  |  |
|    | Определяется при метастазах опухолей в костный мозг                           |  |  |
|    | В норме 1-2 нормобласта на 100 лейкоцитов в периферической крови              |  |  |
| 44 | Если у больного имеется нормохромная нормоцитарная гипорегенераторная анемия: |  |  |
|    | Необходима стерильная пункция   |  |  |
|    | Следует исключить вторичный характер анемии                                   |  |  |
|    | Следует думать об апластической анемии  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | Следует думать о В-12 дефицитной анемии                       |  |  |
|    | Следует думать о гемолитической анемии                        |  |  |
|    |   |  |  |
| 45 | Показания к лечению эритропоезином являются:                  |  |  |
|    | Анемия при хронической болезни почек                          |  |  |
|    | Миелодиспластический синдром                                  |  |  |
|    | Железодефицитная анемия                                       |  |  |
|    | Гемолитические анемии   |  |  |
|    |   |  |  |
| 46 | Ретикулоцитоз:  |  |  |
|    | Признак гемолитической анемии                                 |  |  |
|    | Признак острой кровопотери                                    |  |  |
|    | Признак эффективности лечения витамином В <sub>12</sub>       |  |  |
|    | Признак хронической кровопотери                               |  |  |
|    |   |  |  |
| 47 | Препараты железа назначаются:                                 |  |  |
|    | Длительно в течение 3-4 месяцев                               |  |  |
|    | Рекомендуются в сочетании с аскорбиновой кислотой             |  |  |
|    | Предпочтителен пероральный путь введения                      |  |  |
|    | На срок 1-2 недели  |  |  |
|    | Предпочтителен парентеральный путь введения                   |  |  |
|    |   |  |  |
| 48 | Критериями эффективности лечения препаратами железа являются: |  |  |
|    | Повышение количества эритроцитов                              |  |  |
|    | Нормализация сывороточного железа                             |  |  |
|    | Снижение железосвязывающей способности                        |  |  |
|    | Повышение железосвязывающей способности                       |  |  |
|    |   |  |  |
| 49 | Повышение количества тромбоцитов при железодефицитной анемии: |  |  |
|    | Может быть при значительном дефиците железа                   |  |  |
|    | Возникает в основном при кровопотерях                         |  |  |
|    | Не встречается  |  |  |
|    | Характерный признак   |  |  |
|    |   |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 50 | Принципы лечения препаратами железа:  |  |  |
|    | Длительность лечения 3-4 месяца   |  |  |
|    | Прием препаратов железа во время еды или сразу после еды  |  |  |
|    | Сочетание с аскорбиновой кислотой   |  |  |
|    | Длительность лечения 2-3 недели   |  |  |
|    | Прием препаратов железа до еды  |  |  |
|    |   |  |  |
| 51 | Что из перечисленного верно в отношении В <sub>12</sub> -дефицитной анемии:                                 |  |  |
|    | Предполагается наследственное нарушение секреции внутреннего фактора  |  |  |
|    | У большинства больных в сыворотке крови обнаруживают антитела против цитоплазмы париетальных клеток желудка |  |  |
|    | Развивается после гастроэктомии   |  |  |
|    | Заболевание всегда аутоиммунное   |  |  |
|    | У всех больных определяются антитела к внутреннему фактору  |  |  |
|    |   |  |  |
| 52 | Внутренний фактор Касла:  |  |  |
|    | Образуется в фундальной части и в области тела желудка  |  |  |
|    | Связывается с витамином В <sub>12</sub>   |  |  |
|    | Связывается с закисным железом  |  |  |
|    | Связывается с витамином В <sub>6</sub>  |  |  |
|    |   |  |  |
| 53 | Лечение В <sub>12</sub> дефицитной анемии:  |  |  |
|    | Введение цианокобаламина в дозе 200-400 мкг в сутки   |  |  |
|    | Начинают только после стеральной пункции  |  |  |
|    | Введение цианокобаламина в дозе 1000-2000 мкг в сутки   |  |  |
|    | Проведение стеральной пункции до лечения необязательно  |  |  |
|    | Длительность лечения 1-2 недели   |  |  |
|    |   |  |  |
| 54 | При талассемии:   |  |  |
|    | Нарушается синтез цепей глобина   |  |  |
|    | У большинства больных повышается содержание билирубина  |  |  |
|    | Нарушается синтез протопорфирина  |  |  |
|    | Нарушается синтез гемма   |  |  |
|    | Эритроциты имеют форму сфероцита  |  |  |
|    |   |  |  |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 55 | К гемолитическим анемиям относятся:                        |  |  |
|    | Талассемия   |  |  |
|    | Болезнь Маркиафавы-Микелли                                 |  |  |
|    | Пароксизмальная холодовая гемоглобинурия                   |  |  |
|    | Сидеробластная анемия                                      |  |  |
|    | Железодефицитная анемия                                    |  |  |
|    |  |  |  |
| 56 | Для лечения талассемии применяют:                          |  |  |
|    | Десферал   |  |  |
|    | Гемотрансфузионную терапию                                 |  |  |
|    | Препараты железа   |  |  |
|    | Фолиевую кислоту   |  |  |
|    |  |  |  |
| 57 | Анемия хронической болезнью связана с:                     |  |  |
|    | Нарушением реутилизации железа из макрофагов               |  |  |
|    | Нарушением продукции эритропоэтина                         |  |  |
|    | Увеличение синтеза пепсидина в печени                      |  |  |
|    | Нарушением синтеза протопорфирина                          |  |  |
|    |  |  |  |
| 58 | Лабораторные показатели анемии хронических болезней:       |  |  |
|    | Сывороточное железо снижено                                |  |  |
|    | Общая железосвязывающая способность снижена                |  |  |
|    | Сывороточный ферритин повышен                              |  |  |
|    | Общая железосвязывающая способность повышена               |  |  |
|    | Сывороточный ферритин понижен                              |  |  |
|    |  |  |  |
| 59 | Для лечения анемии при хронических заболеваниях применяют: |  |  |
|    | Рекомбинантный эритропоэтин                                |  |  |
|    | Трансфузии эритроцитарной массы                            |  |  |
|    | Препараты витаминов группы В и фолиевой кислоты            |  |  |
|    | Препараты железа   |  |  |
|    |  |  |  |