

## 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		
	Гемотранфузионную терапию		
	Препараты железа		
	Фолиевую кислоту		
57	Анемия хронической болезнй связана с:		
	Нарушением реутилизации железа из макрофагов		
	Нарушением продукции эритропоэтина		
	Увеличение синтеза пепсидина в печени		
	Нарушением синтеза протопорфирина		
58	Лабораторные показатели анемии хронических болезнй:		
	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		