**Квалификационные тесты по Гематологии ( взрослой и детской), с ответами.**

**-Железодефицитная анемия -1-24 вопросы**

**- Гемофилия – 25-90**

**- Геморрагические диатезы – 91-200**

**-Лейкоз, Гистиоцитоз- 201-288**

**- Множественная миелома- 289-358**

**-Лимфома Ходжкина – 359-402**

**- неходжкинские лимфомы- 403-434**

**-Миелодиспластический процесс- 435-490**

**1. При железодефицитной анемии довольно часто**

встречаются все нижеперечисленные симптомы

за исключением:

а) извращение вкуса и обоняния;

б) колонихий;

в) ломкости и сухости волос;

**г)** гипертрихоза; **+**

д) раздражительности.

**2. Железодефицитную анемию отличает от анемии, связанной с инфекцией и воспалением:**

а) показатель гемоглобина;

**б)** уровень ферритина в сыворотке крови; **+**

в) количество лейкоцитов;

г) цветовой показатель;

д) морфология эритроцитов.

**3. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, кроме:**

а) кровопотерь при месячных;

**б)** хронического гастрита с пониженной секреторной функцией**;+**

в) геморроя;

г) опухоли желудочно-кишечного тракта;

д) болезни Рандю–Ослера.

**4. Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является:**

а) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта; +

б) гломические опухоли;

в) алкогольный гепатит;

г) гематурическая форма гломерулонефрита;

д) кровохарканье.

**5.** **К лабораторным признакам железодефицитной анемии относятся:**

а) макроцитоз в периферической крови;

б) микросфероцитоз;

в) анизопойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу;+

г) смешение пика в кривой Прайс-Джонса вправо;

д) отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах.

**6. Лабораторные находки при железодефицитной анемии включают в себя все перечисленное, кроме:**

а) возрастает выделение железа с мочой в десфераловом тесте;

б) снижено количество сидеробластов в костном мозге;+

в) повышена общая железосвязывающая способность сыворотки;

г) отмечается снижение уровня ферритина;

д) гипохромия эритроцитов.

**7. Для таласемии и железодефицитной анемии**

общим является:

а) гипербилирубинемия;

б) гипохромия эритроцитов;+

в) ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза;

г) мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов;

д) повышение уровня фатального гемоглобина.

**8. Железодефицитную анемию и анемию, обусловленную инфекцией, отличает друг от друга:**

а) гипохромия эритроцитов;

б) снижение содержания железа в сыворотке;

в) снижение уровня ферритина;+

г) снижение цветового показателя;

д) повышение уровня общей железосвязывающей способности.

**9. При выборе диетического режима больным с**

**железодефицитной анемией следует прежде всего рекомендовать:**

а) гранаты;

б) мясные продукты;+

в) яблоки;

г) зелень;

д) гречневую крупу.

**10. Определение содержания железа или ферритина в сыворотке крови у женщин производят:**

а) в период приема препаратов железа;

б) спустя неделю после отмены препаратов железа;+

в) спустя день после отмены препаратов железа;

г) перед месячными;

д) после месячных.

**11. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия - это:**

а) редкое заболевание;

б) частое заболевание, причину которого врач всегда обязан вскрыть;+

в) результат гинекологических кровопотерь;

г) эссенциальное заболевание, генез которого неизвестен;

д) наследственное заболевание.

**12. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует:**

а) улучшить питание при помощи орехов, икры, граната,моркови;

б) в течение полугода есть по 1 кг яблок ежедневно;

в) перелить тщательно подобранную эритроцитную массу;

г) длительно принимать препараты железа перорально; +

д) назначить парентеральное введение препаратов железа.

**13. При обнаружении низкого уровня железа у девочки-подростка перед началом месячных терапия должна быть начата с:**

а) трансфузии отмытых размороженных эритроцитов;

б) внутривенного введения препаратов железа типа Феррум Лек;

в) внутривенного капельного введения свежезамороженной плазмы;

г) назначения препаратов железа перорально;+

д) назначения сырой печени, граната и моркови.

**14. Железодефицитная анемия у беременных** возникает в результате:

а) имевшегося ранее латентного дефицита железа; +

б) хронической кровопотери у беременной;

в) несовместимости с плодом по системе АВО;

г) несовместимости с мужем по системе АВО;

д) несовместимости с плодом по резус-фактору.

**15. За сутки может всосаться железа не более:**

а) 0,5–1,0 мг;

б) 2,0–2,5 мг; +

в) 4,0–4,5 мг;

г) 8–10 мг;

д) 10–12,5 мг.

**16. Железо депонируется в основном в форме:**

а) ферритина; +

б) трансферрина;

в) протопорфирина;

г) гема;

д) протопорфирина.

**17. При нарушении кишечного всасывания дефицит железа целесообразно восполнить:**

а) внутривенным введением препарата железа +

б) диетой с богатым содержанием белков и витаминов;

в) диетой с большим количеством мясных продуктов;

г) переливанием цельной крови;

д) переливанием эритромассы.

**18. В качестве рекомендации донору эритроцитной массы по профилактическому восполнению запасов железа следует:**

а) включать в пищевой рацион витамины;

б) принимать тардиферон по 1 таблетке в день в течение недели после кроводачи; +

в) включать в диету больше яблок;

г) включать в диету больше мяса;

д) вводить внутримышечно Феррум Лек.

**19. Беременным женщинам с хронической железодефицитной анемией следует:**

а) принимать препарат железа внутрь до родов и весь период кормления ребенка грудью; +

б) включить в пищевой рацион гречневую кашу;

в) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;

г) перелить эритроцитную массу перед родами;

д) сделать 10 внутривенных инъекций железа

**20. Избыток железа при инфекционно-воспалительной анемии формируется в:**

а) эритроцитах;

б) сыворотке крови;

в) макрофагах костного мозга; +

г) костной ткани;

д) печени.

**21. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии основана на:**

а) наличии низкого уровня ферритина в сыворотке крови; +

б) выявлении гипохромии эритроцитов;+

в) низком уровне сывороточного железа; +

г) выявлении гиперхромии эритроцитов;

д) наличии сидеробластов в костном мозге.

**22. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся к:**

а) сочетанному применению препаратов железа и фолиевой кислоты;

б) ликвидации причины железодефицитной анемии; +

в) кратковременному применению препаратов железа парентерально с последующим приемом их внутрь;

г) назначению перорально препаратов железа на длительный срок; +

д) назначению диеты с большим содержанием сырой

печени.

**23. Необходимость в срочном переливании эритроцитной массы возникает при:**

а) острой массивной кровопотере; +

б) угрозе анемической комы у пожилых с В12-дефицитной анемией; +

в) развитии анемической комы вне зависимости от этиологии; +

г) анемии 70 г/л у женщины, готовящейся к операции ампутации матки по поводу фибромиомы;

д) анемии 60 г/л у женщины с повторной многоплодной беременностью.

**24. Основной метод лечения инфекционновоспалительной анемии – это:**

а) трансфузии эритромассы;

б) сбалансированная диета;

в) лечение основного заболевания; +

г) введение железа внутривенно;

д) назначение эритропоэтина.

**Гемофилия**

**25 . Больные гемофилией мужчины наследуют заболевание от**

1) больного отца в 100%;

2) больного отца или матери-носителя с вероятностью;

3) больного отца с вероятностью;

4) матери-носителя. +

**26. В режиме вторичной и третичной профилактики у пациентов с Гемофилией А раннего возраста при наличии сложности с венозным доступом рекомендуется начинать терапию с введения ФСК VIII**

1) 25-40 МЕ/кг 1–2 раза в неделю;

2) 25-40 МЕ/кг 3 раза в неделю;

3) 50–70 МЕ/кг 1–2 раза в неделю; +

4) 50–70 МЕ/кг 3 раза в неделю.

**27. В режиме вторичной и третичной профилактики у пациентов с Гемофилией В раннего возраста при наличии сложности с венозным доступом рекомендуется начинать терапию с введения ФСКIX**

1) 25-40 МЕ/кг 1 раза в неделю;

2) 25-40 МЕ/кг 3 раза в неделю;

3) 50–70 МЕ/кг 1 раз в неделю; +

4) 50–70 МЕ/кг 3 раза в неделю.

**28. Выбор препарата для лечения ингибиторной гемофилии должен основываться на:**

1) возможности венозного доступа;

2) возрастных и анамнестических данных;

3) клиническом ответе на терапию; +

4) титре ингибитора; +

5) характере кровотечения. +

**29. Гемофилия А (ГА) составляет \_от общего числа случаев**

1) 30-35%;

2) 40-45%;

3) 60-65%;

4) 80-85%. +

**30. Диагноз гемофилии устанавливается при наличии**

1) всех трех критериев;

2) как минимум двух из трех критериев;

3) как минимум одного из трех критериев. +

**31. Диагноз ингибиторной гемофилии устанавливается при титре ингибитора**

1) ≥ 0,3 БЕ;

2) ≥ 0,5 БЕ;

3) ≥ 0,6 БЕ +

**32. Диагностика ингибитора должна проводиться в следующих ситуациях:**

1) непосредственно после курса интенсивной терапии;

2) перед хирургическими вмешательствами +

3) после операции в любом случае;

4) после операции при отсутствии адекватного повышения уровня фактора в крови после введения препарата +

5) при смене препарата (через 10-20 ДВ и через 6 месяцев терапии)+

6) при смене препарата (через 7-10 ДВ и через 3 месяца терапии);

7) через 4 недели после окончания проведения интенсивной терапии +

**33. Для гемофилии средней тяжести характерно**

1) гематомы и спонтанные кровотечения +

2) геморрагический синдром +

3) дебют заболевания в пубертатном периоде;

4) дебют заболевания в раннем детском возрасте +

5) отсутствие спонтанных кровотечений.

**34. Для подтверждения диагноза ингибиторной гемофилии проводят повторное обследование методом Бетезда в модификации Нимегена с интервалом в**

1) 1 день;

2) 1 неделю +

3) 10 дней.

**35. Для экстренного контроля эффективности терапии рекомендуется использование теста**

1) активированное частичное тромбопластиновое время +

2) концентрация фибриногена;

3) подсчет количества тромбоцитов;

4) тромбиновое время.

**36. Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) – это формула расчета дозы концентрата**

1) ФСКIX\*\* +

2) ФСКVIII\*\* для детей 3-5 лет;

3) ФСКVIII\*\* для младенцев +

4) ФСКVIII\*\* для подростков.

**37. Если отец болен гемофилией, а мать здорова, то вероятность рождения больных сыновей**

1) 0% +

2) 100%;

3) 50%;

4) 75%.

**38. Если отец болен гемофилией, а мать здорова, то есть вероятность рождения**

1) больных дочерей;

2) больных сыновей;

3) дочерей-носителей +

4) здоровых дочерей;

5) здоровых сыновей +

**39. Женщины-носители гена гемофилии передают его дочерям с вероятностью**

1) 100%;

2) 25%;

3) 50% +

4) 75%.

**40. Женщины-носители гена гемофилии передают его сыновьям с вероятностью**

1) 0%;

 2) 100%;

3) 25%;

 4) 50% +

**41.** **Женщины-носители гена гемофилии получают его**

1) от больного отца или матери-носителя+

2) только от больного отца;

3) только от матери-носителя.

**42.** **Заболевание гемофилией у женщин возможно в случаях**

1) наследование гена гемофилии одновременно от отца и от матери +

2) наследование гена гемофилии по Y-хромосоме;

3) наследование гена гемофилии по Х-хромосоме от отца;

4) синдром Шерешевского-Тёрнера с мутацией по Y-хромосоме;

5) синдром Шерешевского-Тёрнера с мутацией по Х-хромосоме+

**43**. **К жизнеугрожающим видам кровотечений/кровоизлияний при гемофилии относятся**

1) в ЖКТ+

2) в мышцы/мягкие ткани;

3) гемартрозы крупных суставов;

4) гематурии;

5) забрюшинные гематомы +

**44.** **Клинические проявления гемофилии у женщин возможны в случаях**

1) носительница мутаций генов FIX +

2) носительница мутаций генов FVII;

3) носительница мутаций генов FVIII+

4) носительница мутаций генов FX.

**45.** **Ключевыми показателями улучшения состояния здоровья и качества жизни пациентов с гемофилией являются**

1) отсутствие кровоизлияний;

2) отсутствие спонтанных кровоизлияний +

3) предотвращение развития геморрагического синдрома+

4) регресс или остановка прогрессирования костно-суставных, мышечных дегенеративных изменений+

5) снижение дозы или кратности введения препарата.

**46. Консультация пациентов с гемофилией травматолога-ортопеда рекомендуется**

1) всем пациентам;

2) детям с геморрагическим синдромом;

3) детям с любой степенью тяжести;

4) по показаниям+

**47.** **Молекулярно-генетическую диагностику нарушений FVIII, FIX проводят для**

1) исключения приобретенных дефицитов FVIII, FIX +

2) определения неспецифического ингибитора;

3) определения специфического ингибитора;

4) установления титра ингибитора.

**48.** **На диспансерном этапе осмотр пациентов гематологом, ортопедом и стоматологом должен проводиться**

1) 1 раз в год;

2) не менее 2-х раз в год+

3) не менее 3-х раз в год.

**49**. **На каком этапе лабораторной диагностики проводят определение неспецифического ингибитора (волчаночного антикоагулянта) с целью верификации диагноза гемофилии?**

1) втором;

2) первом;

3) третьем +

**50.** **Наиболее редкое по частоте (5-10%) типичное клиническое проявление гемофилии**

1) гематурии+

2) забрюшинные гематомы;

3) кровоизлияние в ЖКТ;

4) кровоизлияние в ЦНС;

5) кровоизлияния в мышцы/мягкие ткани;

6) кровотечения из слизистых.

**51.** **Наиболее частыми видами кровотечений/кровоизлияний (>70%) при гемофилии является**

1) гемартрозы крупных суставов+

2) забрюшинные гематомы;

3) кровоизлияния в мышцы/мягкие ткани;

4) кровотечения из слизистых.

**52.** **Наследственный дефицит фактора FIX по МКБ-10 имеет код**

1) D65;

2) D66;

3) D67+

4) D68.

**53.Наследственный дефицит фактора VIII по МКБ-10 имеет код**

1) D65;

2) D66

3) D67;

4) D68.+

**54.** **Общий клинический признак гемофилии любой степени тяжести**

1) гематомы и спонтанные кровотечения;

2) дебют заболевания в раннем детском возрасте;

3) кровотечения после травм+

**55.** **Основной подход к выбору препарата заместительной терапии при гемофилии**

1) применение пациентом одного наименования в течение года с последующей заменой;

2) применение пациентом одного наименования в течение длительного времени+

3) смена препарата необходима после 100 экспозиционных дней введения;

4) смена торговых наименований препаратов фактора свертывания в течение года.

**56.** **Пациентам с выявленным снижением активности FVIII или FIX рекомендуется**

1) определить активность фактора фон Виллебранда;

2) определить концентрацию фибриногена по Клаусу;

3) определить неспецифический ингибитор к сниженному фактору;

4) определить специфический ингибитор к сниженному фактору+

5) провести повторное исследование через день.

**57.** **Пациентам с геморрагическим синдромом при подозрении на гемофилию на втором этапе лабораторной диагностики определяют**

1) активированное частичное тромбопластиновое время;

2) активность фактора фон Виллебранда+

3) активность факторов плазменного гемостаза FVIII, FIX+

4) активность факторов свертывания крови XI и XII+

5) протромбиновое время;

6) тромбиновое время.

**58**.**Пациентам с гемофилией при проведении специфической заместительной терапии концентратами факторов свертывания крови рекомендуется рассчитывать дозы препаратов**

1) на массу тела в зависимости от возраста;

2) на массу тела в зависимости от степени тяжести;

3) относительно массы тела, независимо от возраста+

**59.** **Первичная диагностика гемофилии включает**

1) диагностику ингибитора к FVIII/FIX;

2) инструментальную диагностику;

3) коагулологический скрининг +

4) молекулярно-генетическую диагностику нарушений факторов FVIII, FIX;

5) семейный анамнез +

6) физикальное обследование+

**60.Первый этап лабораторной диагностики гемофилии**

1) коагулологический скрининг+

2) определение активности факторов плазменного гемостаза FVIII, FIX;

3) определение активности факторов свертывания крови XI и XII;

4) определение неспецифического ингибитора;

5) определение специфического ингибитора.

**61.** **Период полувыведения FIX составляет около**

1) 10-14 часов;

2) 24 часов+

3) 5-10 часов;

4) 8-12 часов.

**62.** **Период полувыведения FVIII составляет около**

1) 10-14 часов;

2) 5-10 часов;

3) 8-12 часов+

4) около 24 часов.

**63. Под профилактической заместительной терапией гемофилии подразумевают**

1) комплексный подход к лечению;

2) предотвращение кровотечений у пациентов;

3) профилактику гемартрозов и др. осложнений;

4) систематическое применение факторов свертывания крови+

5) снижение прогрессирования заболевания;

6) улучшение качества жизни пациента.

**64.** **Положительный семейный анамнез по гемофилии примерно имеют \_\_\_\_\_\_\_\_ пациентов**

1) 40%;

2) 50%;

3) 70%+

4) 80%.

**65. При лечении в режиме профилактики частоту введения препарата рекомендуется увеличить до 3 раз в неделю в случае**

1) в течение 1-50 ДВ вне эпизода кровотечения или оперативного вмешательства всем пациентам;

2) после 50 ДВ при наличии эпизодов кровотечения;

3) после 50 ДВ при сохранении эпизодов кровотечения+

4) стартовой терапии пациентам с тяжелой и среднетяжелой формой гемофилии.

**66.** **При наличии геморрагического синдрома в анамнезе пациента или семейном анамнезе критериями диагноза гемофилии являются**

1) наличие мутаций генов FVII или FX;

2) наличие мутаций генов FVIII или FIX+

3) отсутствие приобретенных коагулопатий+

4) приобретенные коагулопатии в анамнезе;

5) снижение активности FVIII/FIX ниже 50%+

6) снижение активности FVIII/FIX ниже 70%.

**67.При тяжелой степени гемофилии активность факторов FVIII / FIX**

***1) <1% +***

2) <10%;

3) <3%;

4) <5%.

**68. Причиной гемофилии являются мутации генов, кодирующих**

1) FIX (Xq27) +

2) FIX (Xq28);

3) FVIII (Xq27);

4) FVIII (Xq28) +

**69.Прогностическим признаком при диагностике гемофилии является наличие**

1) геморрагического синдрома в анамнезе +

2) кровоточивости десен;

3) посттравматических гематом;

4) частых носовых кровотечений;

5) экхимозов в раннем возрасте.

**70.Профилактическая заместительная терапия гемофилии это**

1) применение пациентом одного препарата в течение года с последующей заменой;

2) применение пациентом одного препарата в течение длительного времени;

3) систематическое применение факторов свертывания крови +

4) смена препарата после 100 экспозиционных дней введения;

5) смена препаратов фактора свертывания в течение года.

**71.Путь наследования гемофилии**

1) Y-сцепленный доминантный;

2) Y-сцепленный рецессивный;

3) Х-сцепленный доминантный;

4) Х-сцепленный рецессивный +

**72. Распространенность гемофилии в общей популяции составляет**

1) 1:10 000 населения +

2) 1:5 000 населения;

3) 5:10 000 населения;

4) 5:5 000 населения.

**73. Расчет дозы концентрата ФСКVIII\*\* для пациентов старше 1 года**

1) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность);

2) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) х 0,5 +

3) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) х 1,5.

**74.Расчет дозы концентрата ФСКVIII\*\* у детей первого года жизни**

1) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) +

2) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) х 0,5;

3) Доза (МЕ) = масса тела х (требуемая активность – базальная активность) х 1,5.

**75. Рекомендации по проведению вакцинирования детей с гемофилией**

1) введение поддерживающего препарата в день вакцинации;

2) введение поддерживающего препарата накануне вакцинации +

3) предпочтительно внутрикожное введение препарата;

4) предпочтительно внутримышечное введение препарата;

5) предпочтительно оральное введение препарата +

6) предпочтительно подкожное введение препарата +

**76.Рекомендуемая доза ФСКVIII/IX вне эпизода кровотечения или оперативного вмешательства при лечении в режиме профилактики**

1) 15 МЕ/кг массы тела 1 раз в неделю;

2) 15 МЕ/кг массы тела 2 раз в неделю;

3) 25 МЕ/кг массы тела 1 раз в неделю +

4) 25 МЕ/кг массы тела 2 раз в неделю.

**77.Рекомендуемым стандартным режимом вторичной и третичной профилактики пациентам с ГА является инфузия концентрата ФСКVIII\*\* в дозе**

1) 20-40 МЕ/кг 1 раз в 2 дня +

2) 20-40 МЕ/кг 1 раз в 3 дня;

3) 25-50 МЕ/кг 1 раз в 2 дня;

4) 25-50 МЕ/кг 1 раз в 3 дня.

**78. Рекомендуемым стандартным режимом вторичной и третичной профилактики пациентам с ГВ является инфузия концентрата ФСКIX\*\* в дозе**

1) 10-20 МЕ/кг 1 раз в 2 дня;

2) 10-20 МЕ/кг 1 раз в 3 дня;

3) 25-40 МЕ/кг 1 раз в 2 дня;

4) 25-40 МЕ/кг 1 раз в 3 дня +

**79.Симптомы гемофилии типов А и В**

1) одинаковы +

2) отличаются по локализации кровоизлияний;

3) отличаются по срокам дебюта;

4) отличаются по степени выраженности.

**80.Спорадические мутации без наличия семейного анамнеза заболевания гемофилией возможны в случаев**

1) 20-25%;

2) 25-30%;

3) 30-35% +

4) 35-45%.

**81. Степень тяжести гемофилии при активности факторов FVIII / FIX 1-5% оценивается как**

1) легкая;

2) средней тяжести +

3) тяжелая.

**82.** **Степень тяжести гемофилии при активности факторов FVIII / FIX >5% оценивается как**

1) легкая

2) средней тяжести +

3) тяжелая.

**83.Третичная профилактика гемофилии назначается в случае**

1) гемартрозов;

2) минимальных признаков повреждения сустава;

3) повреждения сустава/суставов +

4) повторных кровотечений.

**84. Трехэтапное коагулологическое обследование рекомендуется пациентам с подозрением на гемофилию**

1) любой степени тяжести +

2) среднетяжелой и тяжелой степени тяжести;

3) тяжелой степени тяжести.

**85. Тяжелые и среднетяжелые формы гемофилии составляют около диагностированных случаев**

1) 30%; +

2) 40%;

3) 50%;

4) 60%

**86. У детей оценка наличия ингибитора должна проводиться каждые**

1) 10 дней с 21 до 50-й ДВ +

2) 10 дней с 26 до 100-й ДВ;

3) 5 дней первые 20 ДВ (дней введения) препарата +

4) 5 дней первые 25 ДВ препарата;

5) не менее 2 раз в год с 51 до 100 ДВ +

**87. У пациентов с гемофилией старше года при введении 1 МЕ/кг массы тела активность FVIII повышается в среднем на**

1) 0,5%;

2) 1%;

3) 2% +

4) 2,5%.

**88. Частота жизнеугрожающих видов кровотечений/кровоизлияний при гемофилии составляет около**

1) 10%;

2) 3%;

3) 5% +

4) 7%.

**89. Частоту введения препарата заместительной терапии рекомендуется увеличить до 2 раз в неделю в случае**

1) в течение 1-50 ДВ вне эпизода кровотечения или оперативного вмешательства всем пациентам;

2) после 50 ДВ при наличии эпизодов кровотечения +

3) после 50 ДВ при сохранении эпизодов кровотечения;

4) стартовой терапии пациентам с тяжелой и среднетяжелой формой гемофилии.

**90. Пациентам с гемофилией при проведении специфической заместительной терапии концентраторами факторов свёртывания крови рекомендуется рассчитывать дозы препаратов**

1. относительно массы тела, независимо от возраста
2. на массу тела в зависимости от степени тяжести +
3. на массу тела в зависимости от возраста

**Тесты по гемостазу**

**91. Для выявления тромбоцитопении необходимо исследовать**1 адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов
2 количество тромбоцитов       (+)
3 фибриноген
4 тромбиновое время
5 бета-тромбоглобулин

**92. Международным требованиям контроля антикоагулянтов непрямого действия является определение**1 протромбинового отношения
2 протромбинового времени
3 протромбинового индекса
4 протромбина по Квику
5 Международного нормализованного отношения       (+)

**93. Коагулограммой называется**1 направление на исследование системы гемостаза
2 определение протромбинового времени
3 исследование агрегационных свойств тромбоцитов
4 набор гемокоагулологических тестов, отвечающих на поставленную клиницистом задачу       (+)
5 проведение исследований гемостаза на коагулометре

**94. В тромбоцитах синтезируется**1 простациклин
2 Тромбоксан       (+)
3 протеин "С"
4 фактор VII
5 протромбин

**95. Антикоагулянтом является**1 плазминоген
2 фактор III
3 антитромбин III       (+)
4 стрептокиназа
5 АДФ

**96. В эндотелии сосудов синтезируется**1 протромбин
2 простациклин       (+)
3 тромбоксан
4 фактор IХ
5 витамин К

 **97 Для диагностики хронической формы ДВС-синдрома наиболее информативно определение**1 фибриногена
2 тромбинового времени
3 протромбинового времени
4 продуктов деградации фибрина       (+)
5 времени лизиса эуглобулинового сгустка

**98. Образование тромбина происходит путем протеолиза II фактора**1 фактором I
2 фактором VII
3 фактором IХa
4 фактором Ха       (+)
5 фактором XIII

**99. Для выявления тромбоцитопатии необходимо исследовать**
1 агрегационную функцию тромбоцитов
2 адгезивную функцию тромбоцитов
3 фактор 3 тромбоцитов
4 время кровотечения
5 все перечисленное       (+)

**100. Удлинение времени кровотечения характерно для**1 тромбоцитопении различного генеза
2 тромбоцитопатии
3 лечение дезагрегантами, аспирином, гепарином
4 ДВС синдром
5 Все перечисленное верно       (+)

**101. Болезнь Виллебранда связана с**1 дефектом антигена фактора VIII-B       (+)
2 дефектом фактора VIII-K
3 патологией печени
4 снижением фибриногена
5 дефектом гранул тромбоцитов

**102. Диагностическое значение определения протеина С**1 выявление риска тромбозов       (+)
2 критерий повышения или снижения дозы непрямых антикоагулянтов
3 контроль гепаринотерапии
4 оценка фибринолиза
5 все перечисленное верно

**103. Витамин "К" влияет на синтез**1 протромбина       (+)
2 фибриногена
3 фактора III
4 фактора XII
5 прекалликреина

**104. Снижение фибриногена в плазме не наблюдается при**1 наследственном дефиците функции фибриногена
2 циррозе печени
3 ДВС-синдроме
4 острой фазе воспаления       (+)
5 повышении неинактивированного плазмина

**105. Активатором фактора Хагемана не является**1 стекло
2 каолин
3 силикон       (+)
4 грубодисперсный коллаген
5 кожа

**106. При обследовании больных с геморрагическими заболеваниями необходимо проводить**1 исследование агрегации тромбоцитов
2 исследование фибринолиза
3 определение АЧТВ, ПВ
4 определение фибриногена
5 Все перечисленное верно       (+)

**107. Система гемостаза включает**
1 факторы фибринолиза
2 плазменные факторы
3 антикоагулянты
4 тромбоциты
5 все перечисленное       (+)

**108. К патологическому состоянию, протекающему преимущественно с гипокоагуляцией, относится**1 атеросклероз
2 болезнь Виллебранда       (+)
3 облитерирующий эндартериит
4 злокачественные новообразования
5 тромбофлебит

**109. Диагностическое значение определения фибриногена**1 фактор коагуляции, вязкости крови
2 независимый риск-фактор инфаркта миокарда и инсульта
3 острофазный белок
4 кофактор агрегации тромбоцитов
5 все перечисленное верно       (+)

**110. В протромбиназообразовании принимает участие освобождающийся из тромбоцитов**1 фактор 3       (+)
2 фактор 4
3 актомиозин
4 тромбоксан
5 все перечисленное верно

**111. При гемофилии имеется дефицит факторов**1 плазмы       (+)
2 тромбоцитов
3 лейкоцитов
4 эндотелия сосудов
5 фибринолиза

**112. "К"- авитаминоз не развивается при**1 паренхиматозном гепатите
2 обтурационной желтухе
3 дисбактериозе
4 дисфункции яичников       (+)
5 пероральном приеме антибиотиков

**113. Внешний механизм гемостаза включает активацию**1 фактора VII       (+)
2 фактора VIII
3 фактора IX
4 фактора XII
5 высокомолекулярного кининогена

**114. Определение продуктов деградации фибрина (ПДФ) в плазме показано для**1 контроля за лечением фибринолитиками
2 мониторинга использования активаторов плазминогена при лечении тромбоэмболии
3 диагностики ДВС-синдрома
4 все перечисленное верно       (+)
5 все перечисленное неверно

**115. Определение антитромбина III в плазме используется для**1 диагностики коагулопатии потребления при ДВС-синдроме
2 выявления резистентности к гепарину
3 выявления наследственной тромбофилии
4 диагностики гиперкоагуляции при приеме оральных контрацептивов
5 всего перечисленного       (+)

**116. Сосудисто - тромбоцитарному гемостазу принадлежит функция**1 протеолиза
2 адгезивно-агрегационная       (+)
3 гидролиза
4 лизиса эуглобулинов
5 фибринолиза

**117. Инициатором начала свертывания крови является**1 фактор I
2 фактор Х
3 фактор XII       (+)
4 прекалликреин
5 протромбин

**118. Причиной снижения плазминогена в плазме могут быть следующие факторы**1 наследственные дефекты синтеза
2 цирроз печени
3 первичный фибринолиз
4 потребление при ДВС-синдроме
5 все перечисленное       (+)

**119. Для поражения гепатоцитов наиболее типично**1 повышение фибриногена
2 снижение активности факторов II, VII, IX, Х       (+)
3 снижение активности фактора VIII
4 повышение антитромбина III
5 тромбоцитопения

**120. Продукты деградации фибрина вызывают**1 протеолиз
2 синтез фактора III
3 блокаду образования фибрина       (+)
4 активацию фактора XII
5 активацию фибринолиза

**121. Протромбиновое время удлиняется в следующих случаях**1 врожденный дефицит факторов II, V, VII, Х
2 тяжелые хронические заболевания
3 дефицит витамина К
4 гипофибриногенемия
5 все перечисленное верно       (+)

**122. Комплексная оценка гемостаза должна включать**1 исследование тромбоцитарно-сосудистого звена
2 исследование плазменного звена
3 исследование фибринолитической системы
4 исследование антикоагулянтного потенциала
5 все перечисленное верно       (+)

**123. Внешний путь протромбиназообразования следует контролировать**1 тромбиновым временем
2 фактором XIII
3 толерантностью плазмы к гепарину
4 протромбиновым временем       (+)
5 антитромбином III

**124. Причинами снижения антитромбина III в плазме являются**1 уменьшение синтетической активности печени с возрастом и при циррозе печени
2 потребление при ДВС-синдроме
3 избыток введения гепарина
4 врожденная недостаточность синтеза
5 все перечисленное верно       (+)

**125. Причиной ДВС-синдрома может быть следующий экзогенный фактор**1 бактеремия, виремия
2 трансфузионные жидкости
3 змеиные яды
4 сосудистые протезы
5 все перечисленное верно       (+)

**126. Ошибка при исследовании гемостаза может возникнуть из-за**1 гемолиза
2 присутствия гепарина
3 неправильного соотношения антикоагулянта и крови
4 нестабильной температуры
5 все перечисленное верно       (+)

**127.Фибринообразование следует контролировать**1 фибриногеном       (+)
2 протромбиновым временем
3 активированным частичным тромбопластиновым временем
4 антитромбином III
5 определением протеина С

**128. Активность фибринолитической системы следует контролировать**1 антитромбином III
2 тромбиновым временем
3 протромбиновым временем
4 лизисом эуглобулинов       (+)
5 агрегацией тромбоцитов

**129. Коагулопатия потребления не сопровождается потреблением**1 фактора I
2 фактора V
3 тромбоцитов
4 фактора VIII
5 ионов кальция       (+)

**130. Коагулопатия потребления развивается при**1 гемофилии
2 ДВС-синдроме       (+)
3 болезни Виллебранда
4 тромбастении Гланцмана
5 болезни Хагемана

**131. Для предтромботического состояния характерно**1 повышение фибринолитической активности
2 повышение агрегации и адгезии тромбоцитов       (+)
3 гипофибриногенемия
4 гипокоагуляция
5 тромбоцитопатия

**132. АЧТВ отражает**1 состояние тромбоцитарного звена гемостаза
2 состояние фибринолитической системы
3 внутренний путь активации протромбиназы       (+)
4 состояние антикоагулянтного звена
5 реологические свойства крови

**133. При острой форме ДВС-синдрома**
1 фибриноген снижается       (+)
2 АЧТВ укорачивается
3 тромбиновое время укорачивается
4 продукты деградации фибрина не обнаруживаются
5 повышается количество тромбоцитов

**134. Тромбинообразованию препятствуют**1 ионы кальция
2 кининоген высокой молекулярной массы
3 фактор Виллибранда
4 антикоагулянты       (+)
5 фибриноген

**135. Гепаринотерапию можно контролировать**1 активированным частичным тромбопластиновым временем       (+)
2 лизисом эуглобулинов
3 ретракцией кровяного сгустка
4 концентрацией фибриногена
5 агрегацией тромбоцитов

**136. Индуктором агрегации тромбоцитов является**1 аспирин
2 АМФ
3 АДФ       (+)
4 мочевина
5 протромбин

**137. Антикоагулянтным действием обладает**1 коллаген
2 тромбин
3 протеин С       (+)
4 тканевой активатор плазминогена
5 аскорбиновая кислота

**138. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии А и В?**

1) гематомный +

2) петехиально-пятнистый

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-васкулитный

5) ангиоматозный

**139. Какой тип кровоточивости характерен для тромбоцитопении?**

1) гематомный

2) петехиально-экхиматозный +

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-васкулитный

5) ангиоматозный

**140. Какой тип кровоточивости характерен для ДВС-синдрома?**

1) гематомный

2) петехиально-экхиматозный

3) смешанный синячково-гематомный +

4) локуло-васкулитный

5) ангиоматозный

**141. Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического васкулита?**

1) гематомный

2) петехиально-пятнистый

3) смешанный синячково-гематомный

4) васкулитно-пупрпурный +

5) ангиоматозный

**142. Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:**

1) 10 дней

2) 20 дней

3) 60 дней

4) 120 дней +

5) 180 дней

**143. Как меняется уровень сывороточного железа при железодефицитной анемии:**

1) резко повышен

2) снижен +

3) никогда не меняется

4) повышен незначительно

**144. Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии?**

1) снижение тромбоцитов

2) снижение эритроцитов

3) повышение ретикулоцитов

4) низкий цветовой показатель +

**145. Для заменного переливания крови при конфликте по АВО-системе используются:**

1) эритроциты О(1) группы и плазма АВ(4) группы крови +

2) одногруппная кровь

3) кровь универсального донора

**146. У ребенка на 2-й день жизни кровотечение из сосудов пупочного остатка, мелена, микрогематурия. Наиболее вероятный диагноз?**

1) врожденный лейкоз

2) геморрагическая болезнь новорожденных +

3) гемофилия А

4) геморрагический васкулит

**147. Какие исследования более целесообразны при тромбоцитопатии?**

1) исследование адгезии и агрегации тромбоцитов +

2) исследование коагулограммы

3) определение ретракции кровяного сгустка +

4) определение протромбина и фибриногена

5) определение длительности кровотечения по Дюке +

**148. Какая геморрагическая сыпь характерна для тромбоцитопении?**

1) васкулитно-пурпурная

2) локализованная вокруг суставов

3) петехиально-экхиматозная +

4) несимметрично расположенная+

**149. Назовите методы лечения при идиопатической тромбопенической пурпуре:**

1) спленэктомия+

2) криопреципитат

3) преднизолон +

4) инфузия иммуноглобулина G +

5) пульс-терапия метилпреднизолоном+

**150. Укажите эффективные методы остановки кровотечения при гемофилии А:**

1) спленэктомия

2) трансфузия криопреципитата +

3) преднизолон

4) переливание очищенного VIII фактора +

**151. Какие функции выполняют тромбоциты в гемостазе?**

1) ангиотрофическую +

2) адгезивно-агрегационную +

3) вазоконстрикторную+

4) способствуют ретракции кровяного сгустка +

5) активируют фибринолиз

**152. Для гемофилии характерные изменения гемостазиограммы:**

1) резкое удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту +

2) длительность кровотечения по Дюке 10 мин

3) гипокоагуляционный тип изменения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) +

4) снижение ретракции кровяного сгустка

5) низкий уровень VIII и IX факторов+

**153. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерны следующие гематологические изменения:**

1) время свертывания крови 15 мин по Ли-Уайту

2) длительность кровотечения по Дюке 10 мин +

3) кол-во тромбоцитов менее 30 тыс +

4) снижение ретракции кровяного сгустка +

**154. Укажите клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры:**

1) симметричная сыпь красного цвета в виде пятен и папул на разгибательных поверхностях

2) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу +

3) кровоизлияния в суставы

4) носовые кровотечения +

5) схваткообразные боли в животе

**155. Укажите клинические проявления гемофилии:**

1) симметричная сыпь красного цвета в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях

2) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу

3) подкожные и внутримышечные гематомы +

4) непрекращающиеся кровотечения при травмах, экстракции зубов +

5) кровоизлияния в суставы+

**156. Укажите клинические проявления геморрагического васкулита:**

1) симметричная геморрагическая сыпь в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях суставов +

2) схваткообразные боли в животе +

3) подкожные и внутримышечные гематомы

4) непрекращающиеся кровотечения при мелких травмах

**157. Какие из перечисленных препаратов применяются при гемолитическом кризе?**

1) преднизолон +

2) десферал +

3) ферроплекс

4) витамин В12

**158 . Какие гематологические показатели характерны для наследственной микросфероцитарной анемии?**

1) снижение цветового показателя

2) ретикулоцитоз +

3) микросфероцитоз эритроцитов+

4) снижение осмотической резистентности эритроцитов +

**159. Какие из перечисленных препаратов нежелательно назначать ребенку с тромбоцитопенической пурпурой?**

1) аспирин +

2) карбенициллин +

3) ампициллин

4) глюконат кальция

**160. К регенераторным формам эритроцитов относятся:**

1) ретикулоциты +

2) полихроматофилы

3) пойкилоциты

4) анизоциты

5) нормобласты

**161. Какие из перечисленных лабораторных показателей характерны для железодефицитной анемии?**

1) сидеропения +

2) гипохромия +

3) тромбоцитопения

4) появление бластов в периферической крови

5) анизоцитоз, пойкилоцитоз +

**162. Какие симптомы характерны для апластической анемии?**

1) лейкопения +

2) высокий ретикулоцитоз

3) лейкоцитоз

4) тромбоцитопения +

5) анемия +

**163. Для каких заболеваний характерна панцитопения?**

1) острый лейкоз +

2) геморрагический васкулит

3) апластическая анемия +

4) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

**164. Какие изменения характерны для фолиеводефицитной анемии?**

1) снижение числа эритроцитов+

2) увеличение размеров эритроцитов +

3) гипохромия

4) гиперхромия +

**165.Какой диагноз можно поставить при значении сывороточного железа 3-7 мкмоль/л?**

1) хронический гемолиз

2) апластическая анемия

3) железодефицитная анемия+

4) болезнь Минковского-Шоффара

**166. Какие нарушения характерны для III стадии ДВС-синдрома?**

1) гемартрозы

2) геморрагические высыпания на коже+

3) нарушения ретракции кровяного сгустка+

4) гипофибриногенемия+

**167. Величина гематокрита у здорового ребенка:**

1) 20-25

2) 35-45+

3) 50-60

**168. Какие агглютинины содержатся в сыворотке 4 группы крови?**

1) сыворотка содержит агглютинин "а"

2) сыворотка содержит агглютинин "b"

3) сыворотка содержит оба агглютинина

4) сыворотка не содержит агглютининов +

**169. Назовите симптомы, характерные для сидеропении:**

1) трофические расстройства кожи и ее придатков (волос, ногтей) +

2) изменение вкуса и обоняния+

3) синдром мальабсорбции+

4) повышенная восприимчивость к респираторным и кишечным инфекциям +

5) повышенный аппетит

**170. Назовите изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей**

**с тяжелой железодефицитной анемией:**

1) тахикардия +

2) систолический шум над верхушкой +

3) смещение границ относительной сердечной тупости влево

4) приглушенность тонов сердца+

5) пароксизмальная тахикардия

**171. Назовите заболевания, при которых развивается хроническая постгеморрагическая анемия:**

1) идиопатический гемосидероз легких +

2) трихоцефаллез +

3) дивертикул Меккеля+

4) синдром мальабсорбции +

5) острая пневмония

**172 . Перечислите показания к назначению витамина В12 при железодефицитных анемиях:**

1) гипорегенераторный тип эритропоэза +

2) гипохромия в сочетании с макроцитозом+

3) гипохромия в сочетании с микроцитозом

4) сидеропения

**173. Какие из указанных жалоб характерны для В12–фолиеводефицитной анемии:**

1) выпадение волос

2) пощипывание языка+

3) чувство ползания мурашек+

4) бледность+

**174. Для каких из перечисленных анемий характерна гепатоспленомегалия:**

1) гемолитическая +

2) мегалобластная +

3) апластическая

4) железодефицитная

**175. Назовите диаметр нормальных эритроцитов:**

1) 7,2-7,5 мкм+

2) меньше 6,7 мкм

3) больше 7,7 мкм

4) больше 9,0 мкм

**176. Назовите основные клинические симптомы при апластической анемии:**

1) общая слабость+

2) геморрагическая сыпь+

3) язвенно-некротическая ангина+

4) боли в области сердца

5) бледность+

**177. Назовите изменения со стороны периферической крови при железодефицитной анемии:**

1) уменьшается содержание гемоглобина +

2) гипохромия эритроцитов+

3) анизоцитоз, пойкилоцитоз+

4) цветовой показатель 1,0-1,2

**178. Назовите нормальный уровень сывороточного железа:**

1) 2-10 мкмоль/л

2) 50 мкмоль/л

3) 10,6-33,6 мкмоль/л +

**179. Сниженный исходный уровень гемоглобина встречается у детей родившихся:**

1) от многоплодной беременности+

2) недоношенными+

3) от матерей с анемией+

4) с большой массой тела при рождении

**180. Назначение препаратов железа парентерально показано при сочетании железодефицитной анемии с:**

1) синдромом мальабсорбции+

2) язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки+

3) рахитом

4) непереносимости оральных препаратов железа+

**181. Суточная доза препаратов железа при лечении железодефицитной анемии у детей старше 3-х лет составляет:**

1) 1-2 мг/кг/сут

2) 3-5 мг/кг/сут +

3) 10-20 мг/кг/сут

**182. Суточная доза препаратов железа у детей до 3-х лет при лечении железодефицитной анемии составляет:**

1) 1-2 мг/кг

2) 5-8 мг/кг +

3) 10-20 мг/кг

**183. Назовите осложнения при применении парентеральных препаратов железа:**

1) аллергические реакции+

2) инфильтраты+

3) гемосидероз внутренних органов+

4) язвенная болезнь 12-перстной кишки

**184. Какая форма лейкоза наиболее часто встречается у детей:**

1) острый лимфобластный +

2) острый миелобластный

3) острый эритромиелоз

4) острый монобластный

**185. Какой диаметр эритроцитов характерен для анемии МинковскогоШоффара:**

1) 6 мкм (микроциты) +

2) 7,2 мкм (нормоциты)

3) 8 мкм (макроциты)

4) 12 мкм (мегалоциты)

**186. Для каких анемий характерна панцитопения:**

1) мегалобластная

2) гемолитическая

3) апластическая +

4) железодефицитная

**187. При какой диете наиболее эффективно усвоение железа:**

1) мясной

2) молочной

3) растительной

4) мясо-растительной +

**188. Назовите симптомы сидеропении:**

1) желтушность кожи и слизистых

2) сухость кожи и слизистых +

3) атрофия сосочков языка +

4) ангулярный стоматит+

**189. Следует ли больному гемофилией в связи с кровотечением после удаления зуба вводить викасол:**

1) да

2) нет +

**190. Укажите антенатальные причины железодефицитной анемии:**

1) нарушение маточно-плацентарного кровообращения+

2) фето-материнские и фето-плацентарные кровотечения+

3) синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности+

4) прием беременной поливитаминов

5) глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной+

**191. Для детей второго года жизни нормальным считается количество лимфоцитов в лейкоцитарной формуле:**

1) 20-30 %

2) 50-60 %+

3) 30-40 %

**192. При анемии средней степени тяжести гемоглобин равен:**

1) 90-120 г/л

2) 70-90 г/л+

3) менее 70 г/л

**193. Какой гемостаз обеспечивают тромбоциты:**

1) первичный+

2) вторичный

**194. При каких заболеваниях может развиться постгеморрагическая анемия:**

1) осложненной форме язвенной болезни 12-перстной кишки+

2) гемофилии+

3) тромбоцитопенической пурпуре+

4) лактозной недостаточности

**195. Назовите продукты, богатые железом:**

1) говядина +

2) гречка+

3) черника, курага+

4) молочные продукты

5) хлебо-булочные изделия

**196. Какие Вы знаете препараты железа для приема внутрь детям до 3-х лет:**

1) орферон+

2) гемофер+

3) имферон

4) тардиферон

**197. При каких анемиях в общем анализе крови нет макроцитов:**

1) белководефицитная+

2) гемолитическая+

3) железодефицитная+

4) В12-фоллеводефицитная

5) гипопластическая+

**198. Интранатальные причины железодефицитной анемии:**

1) многоплодная беременность+

2) поздняя перевязка пуповины+

3) интранатальные кровотечения из-за травматических акушерских пособий+

4) наркоз

5) преждевременные роды (недоношенный ребенок)+

**199. Постнатальные причины железодефицитной анемии:**

1) недостаточность поступления железа с пищей+

2) повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста+

3) повышенные потери железа из-за кровотечений различной этиологии+

4) нарушение транспорта железа+

5) естественное вскармливание

**200. Укажите лабораторные критерии диагностики железодефицитной анемии:**

1) процент насыщения трансферрина более 40%

2) уровень ферритина менее 12 нг/л+

3) общая железосвязывающая способность сыворотки более 63 мкмоль/л+

4) уровень сывороточного железа менее 10 мкмоль/л+

5) снижение уровня гемоглобина и/или эритроцитов+

**201. Какие обследования необходимо провести больному острым лейкозом до начала терапии:**

1) общий анализ крови+

2) миелограмма+

3) иммунофенотипирование и цитохимические реакции+

4) ультразвуковое исследование внутренних органов+

5) биохимический анализ крови+

**202. Что лежит в основе патогенеза лейкоза:**

1) бластная трансформация клетки и угнетение нормальных ростков кроветворения+

2) возникновение иммунных комплексов антиген+антитело

3) реактивные изменения костного мозга

4) нарушения функционирования макрофагов

**203. Какие изменения в анализах периферической крови наиболее характерны для острого лимфобластного лейкоза:**

1) анемия+

2) тромбоцитопения+

3) лейкопения или лейкоцитоз+

4) ретикулоцитоз

**204. Какие препараты используются при лечении острого лимфобластного лейкоза:**

1) L-аспарагиназа+

2) винкристин+

3) высокодозированный метотрексат+

4) цитарабин (цитозар)

**205. Какие кровотечения наиболее характерны для нарушений первичного гемостаза:**

1) маточные+

2) в крупные суставы

3) в мышцы

4) носовые+

**206. Какой уровень снижения тромбоцитов при сохранении их функции может дать спонтанную кровоточивость:**

1) 120,0-140,

2) 90,0-120,0

3) 70,0-80,0

4) 30,0 +

**207. 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

**208. С помощью каких лабораторных тестов исследуют первичный гемостаз:**

1) время свертывания по Ли-Уайту

2) длительность кровотечения по Дьюку+

3) протромбиновый индекс

4) ретракция кровяного сгустка+

**209. Какие показатели коагулограммы будут изменены у больного гемофилией А тяжелой степени (уровень 8 фактора менее 1%):**

1) свертывание крови по Ли-Уайту+

2) протромбиновый индекс

3) длительность кровотечения по Дьюку

4) тромбиновое время

5) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)+

**210. За счет чего наблюдается кровотечение при гематомном типе кровоточивости:**

1) за счет тромбоцитопении

2) за счет дефицита факторов свертывания+

3) за счет телеангиоэктазий и микроангиом сосудов

**211. Какова тактика остановки кровотечения при гематомном типе кровоточивости:**

1) переливание свежезамороженной плазмы или концентратов факторов

свертывания крови 8, 9, 11+

2) назначение сосудоукрепляющих препаратов

3) назначение гепарина

**212. Какие показатели коагулограммы будут изменены при гематомном типе кровоточивости:**

1) длительность кровотечения по Дьюку

2) время свертываемости крови по Ли-Уайту+

3) спонтанный фибринолиз

4) изменений не должно быть

**213. Какие симптомы характерны для анемии Минковского-Шоффара:**

1) желтушное окрашивание кожи и слизистых+

2) спленомегалия+

3) хорошее самочувствие

4) бледность кожи и слизистых

5) лихорадка

**214. Как изменяется время свертывания по Ли-Уайту при гемофилии:**

1) укорачивается

2) не изменяется

3) удлиняется+

**215. Какая терапия используется для лечения геморрагического васкулита:**

1) фраксипарин+

2) плазмаферез+

3) витамины группы В

4) глюкокортикостероиды+

5) дезагреганты+

**216. При лейкозах у детей анемический синдром связан с :**

1) дефицитом витамина В12

2) дефицитом железа

3) гемолизом

4) угнетением эритропоэза+

**217. Режим при геморрагическом васкулите должен быть:**

1) строгий постельный

2) постельный+

3) полупостельный

4) любой

**218. Геморрагический васкулит у детей следует лечить:**

1) амбулаторно, соблюдая постельный режим

2) амбулаторно в условиях поликлиники

3) амбулаторно в гематологическом диспансере под наблюдением гематолога

4) всегда в стационаре+

5) в любом из перечисленных мест, в зависимости от тяжести

**219. Диагноз железодефицитной анемии подтверждается назначением исследования:**

1) желудочно-кишечного тракта

2) костного мозга

3) уровня сывороточного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки+

4) уровня билирубина в сыворотке

5) уровня железа в моче

**220. Препараты железа могут вызывать следующие побочные эффекты:**

1) головокружение

2) диспептические расстройства+

3) сердцебиени

4) повышение температуры

5) одышку, тахикардию

**221. К депо железа в организме относятся:**

1) костный мозг+

2) печень+

3) селезенка+

4) лимфатические узлы

**222. Осложнениями геморрагического васкулита являются:**

 1) инвагинация тонкого кишечника+

 2) гломерулонефрит+

 3) острая кишечная непроходимость+

 4) трансформация в лейкоз

**223. В зависимости от локализации поражения выделяют следующие формы гистиоцитоза из клеток Лангерганса**

1) изолированную легочную;+
2) изолированную печеночную;
3) моносистемную;+
4) мультисистемную без поражения «органов риска»;+
5) мультисистемную с поражением «органов риска».+

**224. Верификация диагноза гистиоцитоза из клеток Лангерганса возможна только на основании**

1) иммуногистохимического исследования биопсийного материала, полученного из очага поражения;+
2) рентгенографии;
3) сцинтиграфии;
4) эхокардиографии.

**225. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса развивается в результате неопластической трансформации предшественников**

**1) альвеолоцитов;
2) дендритных клеток;+
3) фибробластов;
4) хондроцитов.**

**226. Гистиоцитозом из клеток Лангерганса чаще болеют**

1) девочки;
2) дети обоих полов в равной степени;
3) мальчики.+

**227. Диспансерное наблюдение пациентов с гистиоцитозом из клеток Лангерганса включает**

1) антропометрию;+
2) биохимический анализ крови;+
3) консультацию невролога;+
4) консультацию окулиста;
5) оценку полового развития.+

**228. К органам риска при гистиоцитозе из клеток Лангерганса относят:**

1) костный мозг;+
2) печень;+
3) селезенку;+
4) щитовидную железу.

**229. Какому классу по МКБ-10 соответствует Гистиоцитоз из клеток Лангерганса?**

**Гистиоцитоз из клеток Лангерганса – это:**

1) D50-D89;+
2) Q00-Q99;
3) S00-T98;
4) М00-М99.

**230. Клинический осмотр пациентов с гистиоцитозом из клеток Лангерганса в рамках диспансерного наблюдения проводят**

1) 1 раз в год;
2) 1 раз в полгода;
3) 1 раз в три месяца;+
4) 1 раз месяц.

**231. Комбинированная высокодозная химиотерапия 2-CdA и AraC требует интенсивной сопроводительной терапии, которая включает**

1) обеспечение доступа к отделению реанимации и интенсивной терапии;+
2) проведение противогрибковой терапии;+
3) проведение трансфузии облученных компонентов крови;+
4) физиотерапию.

**232. Консультация невролога у пациентов с гистиоцитозом из клеток Лангерганса в рамках диспансерного наблюдения осуществляется**

1) 1 раз в год;
2) 1 раз в три месяца;
3) 1 раз в шесть месяцев;+
4) по показаниям.

**233. Локальную или топическую терапию проводят для лечения гистиоцитоза из клеток Лангерганса при**

1) моносистемном унифокальном поражении;+
2) мультисистемных формах гистиоцитоза;
3) мультифокальном поражении;
4) реактивации заболевания.

**234. Патологические очаги при гистиоцитозе из клеток Лангерганса наиболее часто локализуются в**

1) задней доле гипофиза;+
2) коже;+
3) лимфатических узлах;
4) скелете;+
5) эпифизе.

**235. Патологические очаги при гистиоцитозе из клеток Лангерганса наиболее часто локализуются в**

1) легких;+
2) печени;+
3) селезенке;+
4) центральной нервной системе;
5) щитовидной железе.

**236. Пациентам с гистиоцитозом из клеток Лангерганса  рекомендовано**

1) лечение НПВП;
2) обеспечение доступа к отделению реанимации и интенсивной терапии;+
3) проведение биопсии пораженного органа/ткани;+
4) проведение противогрибковой терапии;+
5) проведение сопроводительной антимикробной и трансфузионной терапии.+

**237. Пациентам с гистиоцитозом из клеток Лангерганса  рекомендовано проведение**

1) радикальных хирургических вмешательств, направленных на радикальное удаление опухоли;
2) терапии второй линии;+
3) терапии первой линии;+
4) трансфузии облученных компонентов крови.+

**238. Пациентам с подозрением на  гистиоцитоз из клеток Лангерганса  рекомендовано выполнение**

1) биохимического анализа крови;+
2) исследования концентрации иммуноглобулинов сыворотки;+
3) коагулограммы;+
4) миелограммы.+

**239. Пациентам с подозрением на  гистиоцитоз из клеток Лангерганса  рекомендовано проведение:**

1) КТ легких;+
2) МРТ головного мозга;+
3) Рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекции;+
4) УЗИ брюшной полости;+
5) колоноскопии.

**240. Пациентам с подозрением на гистиоцитоз из клеток Лангерганса рекомендовано выполнение биопсии**

1) кожи;+
2) лимфатического узла;+
3) объемного/остеолитического образования;+
4) печени;+
5) сердца.

**241. Первичная профилактика гистиоцитоза из клеток Лангерганса включает**

1) диету;
2) первичная профилактика невозможна;+
3) питьевой режим;
4) умеренные физические нагрузки.

**242. При мультифокальном поражении и мультисистемных формах гистиоцитоза из клеток Лангерганса необходимо проведение**

1) локальной терапии;
2) программной химиотерапии;+
3) терапии второй линии;
4) топической терапии.

**243. При реактивации гистиоцитоза из клеток Лангерганса проводят**

1) локальную терапию;
2) программную химиотерапию;
3) терапию второй линии;+
4) топическую терапию.

**244. Программную химиотерапию проводят для лечения гистиоцитоза из клеток Лангерганса при**

1) моносистемном унифокальном поражении;+
2) мультисистемных формах гистиоцитоза;+
3) мультифокальном поражении;
4) реактивации заболевания.

**245. Профилактика реактивации заболевания и развития перманентных осложнений основана на**

1) антимикробной и трансфузионной терапии;
2) полном выполнении протокола терапии второй линии;
3) полном выполнении протокола терапии первой линии;+
4) проведении трансфузии облученных компонентов крови.

**246. Рекомендация проводить Фазу поддерживающей терапии по схеме имеет уровень убедительности рекомендаций:**

1) D;
2) А;
3) В;+
4) С.

**247. Рекомендация проводить фазу инициальной терапии №1 по схеме имеет уровень убедительности рекомендаций:**

1) D;
2) А;
3) В;+
4) С.

**248. Рентгенографию пораженных участков скелета пациентов с гистиоцитозом из клеток Лангерганса в рамках диспансерного наблюдения проводят**

1) 1 раз в год;
2) 1 раз в три месяца;
3) 2 раза в год;
4) по показаниям.+

**249. Суммарная длительность терапии второй линии при вовлечении «органов риска» составляет**

1) 28 недель;
2) 34 недели;
3) 40 недель;
4) 52 недели.+

**250. Терапию второй линии проводят для лечения гистиоцитоза из клеток Лангерганса при**

1) моносистемном унифокальном поражении;
2) мультисистемных формах гистиоцитоза;
3) мультифокальном поражении;
4) реактивации заболевания.+

**251. Субстратом острого лейкоза являются**

1. лейкозные созревающие клетки

2. лейкозные бластные клетки +

3. зрелые лейкозные клетки

**252. Острый лейкоз – это опухоль, исходящая из:**

1. гемопоэтической ткани лимфоузлов

2. костного мозга +

3. ретикулоэндотелиальной ткани печени

4. ретикулоэндотелиальной ткани селезенки

**253. При остром лимфобластном лейкозе обнаруживается положительная цитохимическая реакция на:**

1. гликоген +

2. миелопероксидазу

3. судан черный

4. альфа-нафтилэстеразу

**254. Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической**

**крови, то следует думать о:**

1. эритремии

2. железодефицитной анемии

3. остром лейкозе+

4. В12-дефицитной анемии

**255. Причина анемии при остром лейкозе**

1. продукция аутоантител к эритроцитам

2. нарушение продукции эритропоэтина

3. нарушение образования эритроцитов в костном мозге +

4. нарушение всасывания железа

5. дефицит витаминов и микроэлементов

**256. Форма хронического лимфолейкоза, для которой характерно значительное**

**увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе:**

1. спленомегалическая

2. классическая

3. доброкачественная

4. костномозговая

5. опухолевая+

**257. У больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки,**

**лимфоцитарный лейкоцитоз, Данные симптомы характерны для:**

1. лимфогранулематоза

2. острого лимфобластного лейкоза

3. хронического лимфолейкоз +

4. хронического миелолейкоза

5. эритремии

**258. Под термином лимфоаденопатия подразумевают**

1. высокий лимфобластоз в стернальном пунктате

2. лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов

3. лимфоцитоз в периферической крови

4. увеличение лимфоузлов+

**259. Основное различие острых и хронических лейкозов**

1. характер начала заболевания

2. продолжительность жизни

3. степень созревания опухолевых клеток+

4. выраженность клинических синдромов

**260. Основным методом, подтверждающим наличие острого лейкоза является**

1. клинический анализ крови

2. УЗИ брюшной полости

3. исследование спинномозговой жидкости

4. исследование костного мозга\*

113

**261. Положительнаяя реакция на пероксидазу наблюдается при следующем варианте**

**острого лейкоза**

1. лимфобластном

2. миелобластном +

3. недифференцированном

4. мегакариобластном

**262. Диагностически достоверным острый лейкоз становится при обнаружении в**

**пунктате костного мозга**

1. более 20 % бластных форм+

2. более 5% бластных форм

3. 80-90 % бластных форм

**263. Трансплантация костного мозга при хроническом миелолейкозе может**

**проводится только в фазу**

1. хроническую+

2. прогрессирующую

3. бластного криза

4. 4.ремиссии

5. рецидива заболевания

**264. Для третьей стадии хронического лимфолейкоза по классификации RAI**

**характерно**

1. только лимфоцитоз в периферической крови и/или костном мозге

2. лимфоцитоз и увеличение лимфоузлов

3. лимфоцитоз и гепатоспленомегалия

4. лимфоцитоз и анемия+

5. лимфоцитоз и тромбоцитопения

**265. Лечение О стадии (по RAI) хронического лимфолейкоза**

1. при признаках прогрессирования процесса монохимиотерапия с или без

кортикостероидов, флюдарабин

2. монохимиотерапия + винкристин и преднизолон.

3. хлорамбуцил + преднизолон, флударабин, возможна полихимиотерапия (cvp, chop).

4. только наблюдение+

**266. Критерий полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе**

1. количество бластов в стернальном пунктате менее 30%

2. количество бластов в стернальном пунктате менее 5%+

3. количество бластов в стернальном пунктате менее 2%

**267. Хронический лимфолейкоз – это заболевание**

1. молодых мужчин

2. молодых женщин

3. пожилых мужчин+

4. пожилых женщин

**268. Субстратом опухоли при хроническом лимфолейкозе являются**

1. миелоциты

2. лимфоциты +

3. миелобласты

4. лимфобласты

5. плазматические клетки

**269. 4 стадия хронического лимфолейкоза характеризуется**

1. только лимфоцитозом

2. лимфоцитозом и анемией

3. лимфоцитозом и спленомегалией

4. лимфоцитозом и тромбоцитопенией +

**270. Т-лимфоклеточный лейкоз встречается в**

1. 5% случаев хронического лимфолейкоза +

2. 25-40% случаев

3. 50% случаев

4. 80-90% случаев

**271. Хронический лимфолейкоз характеризуется**

1. относительным лимфоцитозом

2. абсолютным лимфоцитозом в крови более 3тыс

3. абсолютным лимфоцитозом более 5тыс

4. абсолютным лимфоцитозом более 10тыс +

**272. Выраженная спленомегалия является характерным признаком**

1. хронического миелолейкоза+

2. хронического лимфолейкоза

3. В12-дефицитной анемии

4. острого лейкоза

**273. Гепатоспленомегалия при остром лейкозе является проявлением**

1. геморрагического синдрома

2. инфекционных осложнений

3. гиперпластического синдрома +

4. анемического синдрома

5. портальной гипертензии

**274. Показания к переливанию крови при анемии**

1. гемоглобин менее 80-90 г/л

2. гемоглобинменее 60-70 г/л

3. гемоглобин менее 60 г/л и гемодинамические расстройства +

4. гемоглобин менее 50 г/л

**275. Основной причиной развития геморрагического синдрома при лейкозах**

**является**

1. развитие геморрагического васкулита

2. дефицит плазменных прокоагулянтов

3. тромбоцитопения+

4. увеличение селезенки

**276. Препарат выбора при хроническом миелолейкозе**

1. гидроксимочевина +

2. хлорбутин

3. циклофосфан

4. миелосан

**277. При резистентности к интерферонам и гидроксимочевине при лечении**

**хронического миелолейкоза используют**

1. циклофосфан

2. цитозар (ара-С) +

3. винкристин

4. преднизолон

**278. Показанием для выбора программы полихимиотерапии при остром лейкозе**

**является**

1. возраст и пол больного

2. вариант лейкоза (лимфобластный, нелимфобластный) +

3. стадия заболевания

4. наличие осложнений

5. особенности клинического течения

**279. Составляющие методы профилактики нейролейкемии**

1. облучение головы

2. внутривенное ведение цитостатиков

3. эндолюмбальное введение цитостатиков

4. облучение головы и эндолюмбальное введение цитостатиков +

**280. Профилактика нейролейкемии проводится в фазу**

1. консолидации ремиссии

2. индукции ремиссии +

3. во время ремиссии

**281. Главный прогностический критерий для острого лейкоза**

1. пол

2. возраст +

3. вариант лейкоза

4. степень тяжести анемии

5. уровень лейкоцитоза

**282. Субстрат опухоли при хроническом лимфолейкозе представлен:**

1. зрелыми лимфоцитами+

2. лимфобластами

3. плазмоцитами

4. пролимфоцитами

**283. Показатели периферической крови**:

Hb-66г/л; Er-2,19х10\*12ст/л;ЦП-0,9; Leu 45,0х10\*9 ст/л; нейтрофилы: п/я-0,5%;с/я-2,5%;эозинофилы-0%;пролимфоциты-5%; лимфоциты-92%; моноциты-5%; тромбоциты 80х10\*9ст/л; СОЭ-40мм/ч; умеренный анизоцитоз эритроцитов, тени Гумпрехта – 2-4 в поле зрения. Можно ли, опираясь на представленные данные, поставить диагноз хронического лимфолейкоза?

1. да+

2. нет

3. недостаточно данных для постановки диагноза

116

**284. Показанием к цитостатической терапии при хроническом лимфолейкозе**

**является количество лейкоцитов более:**

1. 40\*109 /л

2. 60\*109 /л

3. 80\*109 /л

4. 4.100\*109 /л+

**285. Основные клинические проявление первой (хронической, доброкачественной)**

**стадии хронического миелолейкоза:**

1. спленомегалия

2. боли в костях

3. нейтрофильный лейкоцитоз с умеренным омоложением лейкоцитарной

формулы крови\*

4. анемия

**286. Гистологическая картина, обнаруживаемая в печени, селезенке и**

**лимфатических узлах при хроническом миелолейкозе:**

1. миелоидная метаплазия+

2. дегенеративные гемоглобиновые структуры;

3. суданофильные гранулы и тельца Ауэра в миелобластах;

4. анизоцитоз и пойкилоцитоз.

**287. Показатели периферической крови:**

Hb-142г/л; Er-4,28х10\*12ст/л;ЦП-0,99;Leu41,4х10\*9 ст/л; нейтрофилы:миелобласты – 2%; промиелоциты – 1%; миелоциты – 12%; метамиелоциты(юные) – 6%; п/я-13%;с/я-38%;эозинофилы5%; базофилы – 13%; лимфоциты-8%; моноциты-2%; тромбоциты698х10\*9ст/л; СОЭ-18мм/ч.

 Скажите, можно ли, опираясь на представленныеданные, подтвердить диагноз хронического лейкоза?

1. да, данные свидетельствуют за хронический лимфолейкоз;

2. да, данные свидетельствуют за хронический миелолейкоз+

3. нет, по представленным данным подтвердить диагноз хронического

лейкоза нельзя.

**288. Тени Боткина-Гумпрехта, обнаруживаемые в крови при хроническом**

**лимфолейкозе, это:**

1. гиперсегментированные нейтрофилы (более 5-ти сегментов);

2. эритроциты с остатками ядер;

3. измененные ядра патологических лимфоцитов, разрушенных в момент

приготовления мазка+

4. лимфопролиферативные инфильтраты внутренних органов.

**Миеломная болезнь**

**289. Базовые исследования для пациентов с подозрением на множественную миелому**

1) биохимический анализ крови;+

2) коагулограмма;+

3) копрограмма;

4) общий анализ крови;+

5) общий анализ мочи.+

**290. В качестве дифференциального диагноза множественной миеломы следует рассматривать**

1) волосатоклеточный лейкоз;+

2) плазмоцитому;+

3) секретирующую лимфому;+

4) серповидно-клеточную анемию;

5) талассемию.

**291. В основе синдрома гипервязкости лежат физические особенности**

1) билирубина;

2) креатинина;

3) мочевины;

4) парапротеинов.+

**292 . В процессе проводимой терапии иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и мочи у пациентов с множественной миеломой следует выполнять**

1) 2 раз в год;

2) ежемесячно;

3) каждые 2−3 месяца;+

4) раз в полгода.

293. В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома I стадии характеризуется

1) β2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;
**2) β2-микроглобулин <3,5 мг/л;+**
3) β2-микроглобулин >5,5 мг/л;
4) альбумин сыворотки <3,5 г/дл;
**5) альбумин сыворотки >3,5 г/дл.+**

**294. В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома II стадии характеризуется**

**1) β2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;+**
**2) β2-микроглобулин <3,5 мг/л;+**
3) β2-микроглобулин >5,5 мг/л;
**4) альбумин сыворотки <3,5 г/дл;+**
5) альбумин сыворотки >3,5 г/дл.

**295. В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома III стадии характеризуется**

1) β2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;
2) β2-микроглобулин <3,5 мг/л;
**3) β2-микроглобулин >5,5 мг/л;+**
4) альбумин сыворотки <3,5 г/дл;
5) альбумин сыворотки >3,5 г/дл.

**296. Всем пациентам с множественной миеломой необходимо определение антител к**

**1) вирусу гепатита С;+**
**2) вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1;+**
**3) вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2;+**
4) корпускулярному антигену вируса гепатита В;
**5) поверхностному антигену вируса гепатита В.+**

**297. Выживаемость без прогрессирования – рассчитывается от даты**

**1) начала лечения до прогрессирования болезни или смерти от любой причины;+**
2) начала лечения до смерти от любой причины;
3) рецидива до смерти от любой причины;
4) рецидива до смерти от основного заболевания.

**298. Для моноклонального иммуноглобулина характерно**

1) синтез иммуноглобулина или отдельных компонентов не достигает уровня физиологической потребности;
**2) синтез иммуноглобулина или отдельных компонентов превосходит уровень физиологической потребности;+**
3) синтезируется на уровне физиологической потребности;
4) структура иммуноглобулина нарушена;
**5) структура иммуноглобулина не нарушена.+**

**299. Для начала лечения пациентов моложе 65 лет с множественной миеломой без серьезной сопутствующей патологии в программу лечения включают:**

**1) высокодозную химиотерапию с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;+**
2) высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов;
3) высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов и проведение трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;
4) комбинации на основе новых лекарственных препаратов без этапа высокодозной химиотерапии с трансплантацией с аутологичных гемопоэтических стволовых клеток.

**300. Для оценки степени гуморального иммунодефицита у пациентов с множественной миеломой рекомендуется исследование уровня**

1) лейкоцитов;
2) лимфоцитов;
**3) поликлональных иммуноглобулинов;+**
4) цитокинов.

**301. Для своевременного выявления сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем у пациентов с множественной миеломой следует выполнить**

1) миографию;
**2) ультразвуковую допплерографию сосудов (артерий и вен) нижних конечностей;+**
**3) эзофагогастродуоденоскопию;+**
**4) электрокардиографию и эхокардиографию;+**
5) электроэнцефалографию.

**302. Для скрининга мочевого протеина необходим сбор мочи в течение часов**

1) 12;
2) 2;
**3) 24;+**
4) 36.

**303. Для уточнения активности множественной миеломы или для оценки ответа на терапию необходимо**

1) вычислить соотношение общего и прямого билирубина;
**2) исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации с количественным определением уровня М-градиента;+
3) исследование моноклональности иммуноглобулинов в суточной моче методом иммунофиксации с количественным определением уровня М-градиента;+
4) определить соотношение белковых фракций в крови методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов и β2-микроглобулина;+
5) определить соотношение белковых фракций в моче методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов и β2-микроглобулина.+**

**304. Для уточнения наличия и распространенности поражения костей, выявления костных плазмоцитом с определением их размеров необходимо выполнить**

1) допплерографию;
**2) компьютерную томографию всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза;+**
3) реовазографию;
4) ультразвуковое исследование суставов.

**305. Для уточнения функции почек и определения показаний к гемодиализу необходимо определить**

**1) клиренс креатинина;+**
**2) скорость клубочковой фильтрации;+**
3) соотношение общего и прямого билирубина;
4) уровень трансфаминаз;
5) фракции лактатдегидрогеназы.

**306. Значительное преимущество добавления бортезомиба к схеме мелфалана и преднизолона заключается в повышении**

**1) времени до прогрессирования;+**
**2) общей выживаемости;+**
**3) общей эффективности;+**
4) рисков рецидива;
**5) частоты полных ремиссий.+**

**307. Классификация ISS основана на сочетании**

**1) β2-микроглобулина;+**
**2) альбумина сыворотки крови;+**
3) гемоглобина;
4) кальция;
5) креатинина.

**308. Клинические признаки множественной миеломы проявляются**

**1) амилоидозом;+**
**2) гиперкальциемией;+**
**3) инфильтрацией миеломными клетками костного мозга;+**
**4) синдромом гипервязкости;+**
5) синдромом гиповязкости.

**309. Клинические проявления множественной миеломы определяются**

1) аплазией костного мозга;
2) аутоиммунным заболеванием;
**3) инфильтрацией костного мозга и органными повреждениями;+**
4) наследственными характеристиками.

**310. М-градиент определяется у пациентов с множественной миеломой при иммунофиксации у % пациентов**

1) 20;
2) 50;
3) 7;
**4) 90.+**

**311. М-градиент – это**

1) генотип клеток;
2) количество плазматических клеток;
**3) полоса на электрофореграмме, которую образуют моноклональные иммуноглобулины;+**
4) фенотип клеток путем выявления CD-маркеров.

**312. Множественная миелома – заболевание, ассоциированное с секрецией**

**1) моноклонального иммуноглобулина;+**
2) поликлонального иммуноглобулина;
3) химерного иммуноглобулина.

**313. Множественная миелома – заболевание, характеризующееся мультифокальной пролиферацией**

1) неопластических базофильных клеток;
2) неопластических нейтрофильных клеток;
**3) неопластических плазматических клеток;+**
4) неопластических эозинофильных клеток.

**314. Множественная миелома – это**

1) В-клеточная доброкачественная опухоль;
**2) В-клеточная злокачественная опухоль;+**
3) Т-клеточная доброкачественная опухоль;
4) Т-клеточная злокачественная опухоль.

**315. Моноклональный иммуноглобулин – это иммуноглобулины**

**1) одного класса, которые синтезируются в избыточном количестве опухолевой плазматической клеткой;+**
2) одного класса, которые синтезируются в недостаточном количестве опухолевой плазматической клеткой;
3) разных классов, которые синтезируются в избыточном количестве опухолевой плазматической клеткой;
4) разных классов, которые синтезируются в недостаточном количестве опухолевой плазматической клеткой.

**316. Морфологическим субстратом множественной миеломы являются**

1) базофильные клетки;
2) нейтрофильные клетки;
**3) плазматические клетки;+**
4) эозинофильные клетки.

**317. Мутации t(4;14), t(14;16) и del17p включены в систему стадирования множественной миеломы R-ISS как относящиеся к**

**1) высокому риску;+**
2) низкому риску;
3) среднему риску;
4) фатальному риску.

**318. Общая выживаемость – рассчитывается от даты**

1) начала лечения до прогрессирования болезни или смерти от любой причины;
**2) начала лечения до смерти от любой причины;+**
3) рецидива до смерти от любой причины;
4) рецидива до смерти от основного заболевания.

**319. Пациентам 65−70 лет с хорошим соматическим статусом без тяжелых сопутствующих заболеваний рекомендуется проведение:**

1) вакцинации;
2) спленэктомии;
**3) трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;+**
4) эмболизации селезенки.

**320. Пациентам с впервые выявленной множественной миеломой в возрасте до 65 лет рекомендуется проведение**

1) вакцинации;
2) спленэктомии;
**3) трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;+**
4) эмболизации селезенки.

**321. Пациентам с впервые диагностированной множественной миеломой и не кандидатам на высокодозную химиотерапию, аллогенную трансплантацию с противопоказаниями к применению бортезомиба рекомендуется проведение терапии комбинациями с включением**

1) антрациклина;
2) дексаметазона;
**3) леналидомида;+**
4) преднизолона.

**322. Пациентам с впервые диагностированной множественной миеломой, не являющимся кандидатам на высокодозную химиотерапию с аутотрансплантацией, в качестве альтернативной опции добавление даратумумаба**

1) не рекомендуется;
2) проводится прерывистым курсом;
3) проводится срочно;
**4) рекомендуется.+**

**323. Пациентам с множественной миеломой диспансерное наблюдение у гематолога проводится на протяжении**

1) 1 года;
2) 3 месяцев;
**3) всей жизни;+**
4) полугода.

**324. Пациентам с множественной миеломой старше 75 лет с неудовлетворительным физическим состоянием, тяжелой сопутствующей патологией рекомендуется терапия**

1) аналогами пурина;
2) вемурафенибом;
3) интерфероном бета;
**4) комбинацией мелфалана с преднизолоном.+**

**325. Пациентам с тлеющей (бессимптомной) миеломой специфическая терапия**

**1) не рекомендуется;+**
2) обоснована при первичном обращении;
3) проводится по выбору пациента;
4) рекомендуется в срочном порядке.

**326. Пациентам старше 65 лет или молодым лицам с клинически значимыми сопутствующими заболеваниями следует рекомендовать**

1) высокодозную химиотерапию с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;
2) высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов;
3) высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов и проведение трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;
**4) комбинации на основе новых лекарственных препаратов без этапа высокодозной химиотерапии с трансплантацией с аутологичных гемопоэтических стволовых клеток.+**

**327. Пациентам, имеющим неблагоприятный фактор (возраст ≥75 лет, сопутствующие заболевания c нарушением функции органов), рекомендуется:**

1) медленное введение препаратов;
2) повышение доз препаратов;
**3) редукция доз препаратов;+**
4) форсирование введения препаратов.

**328. Пациентам, которым проводилось лечение препаратом леналидомид, рекомендуется проведение плановых скрининговых обследований из-за:**

1) длительных побочных явлений;
2) желания пациента;
**3) повышенного риска развития вторых опухолей;+**
4) повышенного риска рецидивов.

**329. Плазматическая клетка – конечный этап дифференцировки**

**1) В-лимфоцита;+**
2) Т-лимфоцита;
3) нейтрофила;
4) тромбоцита.

**330. Поддерживающая терапия пожилым пациентам**

1) ­­­­­регулярно пересматривается;
**2) не рекомендуется;+**
3) проводится прерывистым курсом;
4) проводится срочно.

**331. Показания для плановой госпитализации пациента с симптоматической множественной миеломой**

1) коррекция жизнеугрожающих состояний;
**2) проведение высокодозной химиотерапии;+**
**3) проведение терапии с круглосуточным наблюдением за пациентом по причине рисков осложнений, сопряженных с программой лечения или сопутствующими заболеваниями;+**
**4) трансплантации аутологичных (аллогенных) стволовых гемопоэтических клеток;+**
**5) эксфузия аутологичного костного мозга для трансплантации.+**

**332. Показания для экстренной госпитализации пациента с симптоматической множественной миеломой**

**1) инфекционные осложнения;+**
**2) коррекция жизнеугрожающих состояний;+**
**3) острое почечное повреждение вследствие миеломной нефропатии;+**
4) проведение диагностики;
**5) проведение срочных трансфузий компонентов крови при геморрагическом синдроме, при тяжелой анемии.+**

**333. Показания к выписке пациента с множественной миеломой из стационара**

1) желание пациента;
**2) завершение курса специфического лечения;+**
3) купирование болевого синдрома;
**4) переход на амбулаторный этап лечения;+**
5) полное выздоровление пациента.

**334. Полная ремиссия диагностируется при**

**1) количестве плазматических клеток в миелограмме <5 %;+**
2) количестве плазматических клеток в миелограмме >5 %;
**3) отсутствии мягкотканых плазмоцитом;+**
**4) отсутствии парапротеина в моче;+**
**5) отсутствии парапротеина в сыворотке крови.+**

**335. Поражение костной ткани при множественной миеломе сопровождается**

**1) гиперкальциемией;+**
2) гипокальциемией;
**3) остеопорозом;+**
**4) патологическими переломами;+**
**5) персистирующии болями.+**

**336. После окончания лечения множественной миеломы иммунохимические исследования крови и мочи выполняют**

1) 2 раз в год;
2) ежемесячно;
**3) каждые 3 месяца;+**
4) раз в полгода.

**337. После трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток поддерживающую терапию рекомендуется назначать через \_\_\_\_\_ дней после переливания стволовых клеток**

1) 10-14;
2) 5-7;
3) 9-10;
**4) 90−100.+**

**338. При наличии клинически значимой кардиальной патологии целесообразно исключить из терапии**

**1) антрациклины;+**
2) бортезомиб;
3) дексаметазон;
4) преднизолон.

**339. При частичной ремиссии уровень М-протеина уменьшается**

**1) в моче <200 мг/сут;+**
2) в моче на ≥10 %;
**3) в моче на ≥90 %;+**
**4) в сыворотке крови на ≥50 %;+**
5) в сыворотки крови на ≥5 %.

**340. Признаки клинического рецидива**

**1) анемия;+**
**2) гиперкальциемия;+**
3) гипокальциемия;
**4) костные поражения;+**
**5) почечная недостаточность.+**

**341. Программа реабилитации требует обязательно участия**

**1) гематолога;+**
2) психиатра;
**3) психолога;+**
**4) реабилитолога;+**
**5) социального работника.+**

**342. Прогрессия заболевания фиксируется при**

**1) гиперкальциемии;+**
2) отсутствии парапротеина в сыворотке крови;
**3) повышении уровня М-градиента на ≥25 % от наименьшего достигнутого уровня в сыворотке;+**
**4) появлении новых очагов в костях или увеличение размеров ранее определяемых, появление мягкотканых плазмоцитом или увеличении их размеров;+**
**5) увеличении числа плазматических клеток в костном мозге (абсолютное число – не менее 10 %).+**

**343. Реабилитация пациентов с множественной миеломой должна охватывать аспекты**

1) материальные;
**2) медицинские;+**
3) психиатрические;
**4) психологические;+**
**5) социальные.+**

**344. Реабилитирующие мероприятия при множественной миеломе могут включать коррекцию**

**1) анемического синдрома;+**
**2) болевого синдрома;+**
**3) нарушений питания;+**
**4) нарушения мобильности в связи с патологическими переломами;+**
5) специфического лечения.

**345. Ремиссия – период течения заболевания, который характеризуется подтвержденными данными лабораторных и инструментальных методов исследования, при**

1) возврате клиники заболевания;
2) вялотекущем воспалительном процессе;
**3) значительном ослаблении или полном исчезновении симптомов заболевания;+**
4) значительном усилении симптомов заболевания.

**346. Рецидив – период течения заболевания с подтвержденным данными лабораторных и инструментальных методов исследования, при**

**1) возврате клиники заболевания;+**
2) значительном облегчении симптомов заболевания;
3) полном исчезновении симптомов заболевания;
4) ухудшении самочувствия на фоне лечения.

**347. Симптомы амилоидоза**

1) кровоизлияния;
**2) органомегалия;+**
**3) отеки;+**
**4) периферическая нейропатия;+**
5) тромбозы.

**348. Симптомы гиперкальциемии**

1) диарея;
**2) полидипсия;+**
**3) полиурия;+**
**4) рвота;+**
**5) тошнота.+**

**349. Синдром гипервязкости проявляется**

1) лимфопенией;
**2) транзиторными ишемическими атаками;+**
**3) тромбозами глубоких вен;+**
**4) тромбозами центральной вены сетчатки или ее ветвей;+**
5) частыми инфекциями.

**350. Снижение уровня нормальных иммуноглобулинов проявляется**

1) кровоизлияниями;
**2) пневмонией;+**
3) тромбозом;
**4) частыми инфекциями.+**

**351. Снижение уровня поликлональных иммуноглобулинов является одним из факторов риска повышенной склонности пациентов к**

1) болевому синдрому;
**2) инфекционным осложнениям;+**
3) кровотечениям;
4) тромбозам.

**352. Согласно последней версии классификации Всемирной организации здравоохранения 2017 г. термин «множественная миелома» заменен на термин**

1) «лимфоклеточная миелома»;
2) «плазмобластная миелома»;
3) «плазмоклеточная лимфома»;
**4) «плазмоклеточная миелома».+**

**353. Средний возраст заболевших множественной миеломой составляет \_\_\_\_\_\_\_ лет**

1) 100;
2) 12;
3) 20;
**4) 70.+**

**354. Строгая полная ремиссия документируется при**

1) количестве плазматических клеток в миелограмме >5 %;
2) количестве плазматических клеток в миелограмме >50 %;
**3) нормальном соотношении свободных легких цепей;+**
**4) отсутствии клональных плазматических клеток в костном мозге по данным иммуногистохимического или иммунофлуоресцентного методов;+**
5) уровне М-протеина >500 мг/стк.

**355. Тлеющая (асимптоматическая) множественная миелома должна удовлетворять двум критериям**

**1) моноклональный протеин в сыворотке крови ≥30 г/л и/или 500 мг в суточном анализе мочи и/или 10−59 % клональных ПК в костном мозге;+**
**2) отсутствие органных повреждений;+**
3) признаки амилоидоза;
4) признаки поражения костей;
5) спленомегалия.

**356. Функциональная активность плазматических клеток– это**

1) продукция антигена;
**2) продукция антител;+**
3) продукция гаптена;
**4) формирование гуморального иммунитета;+**
5) формирование клеточного иммунитета.

**357. Характеристики препарата мелфалан**

**1) не рекомендуется пациентам, которым планируется консолидация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;+**
2) обладает миелостимулирующим эффектом;
**3) обладает миелосупрессивным эффектом;+**
**4) оказывает негативное влияние на мобилизацию аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;+**
5) рекомендуется пациентам, которым планируется консолидация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток.

**358.Частота множественной миеломы составляет \_\_\_\_% от опухолей кроветворной и лимфоидной тканей**

**1) 10-15;+**
2) 50;
3) 80;
4) 90.

**359. 6 циклов ABVD рекомендуется больным с распространенной стадией лимфогранулематоза при условии**

**1)** **без симптомов интоксикации;+**

**2) возраста до 60 лет;+**

3) достижения неполной ремиссии после 4-х курсов ABVD;

4) с международным прогностическим индексом до 5 баллов.

**360. 6 циклов ABVD рекомендуется больным с распространенной стадией лимфогранулематоза при условии**

**1) без симптомов интоксикации;+**

2) возраста до 50 лет;

**3) достижения полной ремиссии после 4-х курсов ABVD;+**

4) с международным прогностическим индексом до 5 баллов.

**361. 8 циклов ABVD рекомендуется больным**

1) с ранней стадией неблагоприятным прогнозом;

2) с распространенной стадией лимфогранулематоза и полной ремиссией после 4-х курсов ABVD;

**3) с распространенной стадией лимфогранулематоза и частичной ремиссией после 4-х курсов ABVD;+**

4) с распространенной стадией лимфогранулематоза независимо от ответа на терапию.

**362. Больным в возрасте до 60 лет, без симптомов интоксикации и с международным прогностическим индексом 0-2 D при достижении полной ремиссии после 4-х циклов рекомендовано лечение**

1) 5 циклами ABVD;

**2) 6 циклами ABVD;+**

3) 7 циклами ABVD;

4) 8 циклами ABVD.

**363. Больным с распространенной стадией лимфогранулематоза и частичной ремиссией после 4-х курсов ABVD рекомендовано дополнительно проведение**

1) 2-х курсов ABVD;

2) **2-х курсов ABVD c последующим проведением лучевой терапии в дозе 30-36 Гр;+**

3) 6 циклов ЕАСОРР-14;

4) 8 циклов ВЕАСОРР-14.

**364. В группе соматически сохранных больных с ранней стадией, неблагоприятным прогнозом моложе 50 лет существует возможность применения более интенсивного лечения, которое включает**

1) 1 цикл ВЕАСОРР-эскалированный + 1 цикл ABVD с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;

2) 1 цикл ВЕАСОРР-эскалированный + 2 цикла ABVD с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;

**3) 2 цикла ВЕАСОРР-эскалированный + 2 цикла ABVD с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;+**

4) 2 цикла ВЕАСОРР-эскалированный с последующей лучевой терапией 30 Гр на зоны исходного поражения.

**365. В настоящее время рекомендована схема химиотерапии**

1) ABVD;+

2) VBVP;

3) МОРР;

4) ОРРА;

5) СОРР.

**366. В начальной стадии лимфогранулематоза характерен гистологический вариант**

1) лимфоидного истощения;

**2) лимфоидного преобладания;+**

3) нодулярного склероза;

4) смешанно-клеточный.

**367. В случае достижения полной ремиссии в течение первого года каждые 3 месяца необходимо проводить**

1) МРТ;

**2) УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических коллекторов;+**

3) ЭКГ;

4) ЭХО-КГ;

5) рентгенологический контроль органов грудной клетки.+

**368. В случае достижения полной ремиссии регулярный осмотр и исследования должны проводиться в течение первого года**

1) 1 раз в 6 месяцев;

2) 1 раз в месяц;

**3) каждые 3 месяца.+**

**369. Высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток рекомендована**

**1) больным до 50 лет с хорошим общим статусом и с частичной ремиссией после окончания химиотерапевтического этапа;+**

2) всем больным с поздним рецидивом;

3) всем больным с хорошим общим статусом и с частичной ремиссией после окончания химиотерапевтического этапа;

**4) для больных с первым ранним рецидивом.+**

**370. Германская группа по изучению лимфомы Ходжкина (GHSG) определяет следующие факторы риска**

1) возраст ≥ 50 лет;

**2) массивное средостение;+**

**3) ускорение СОЭ;+**

4) ≥ 4 областей лимфатических коллекторов.

**371. Диагноз ЛХ устанавливается только на основании морфологического исследования**

**1) биоптата лимфоузла (опухоли);+**

2) мазков-отпечатков лимфоузла (опухоли);

3) пунктата лимфоузла (опухоли);

**4) тканевого материала, полученного с помощью «пистолетной» (« кор»-) биопсии.+**

**372. Для больных старше 60 лет легочная токсичность программы ABVD связана с**

**1) Блеомицином;+**

2) Винбластином;

3) Дакарбазином;

4) Доксорубицином.

**373. Для больных старше 60 лет программа ABVD представляет высокий риск развития**

1) кардиотоксичности;

**2) легочной токсичности;+**

3) миелотоксичности;

4) нефротоксичности.

**374. Для больных, которым планируется лечение с использованием противоопухолевых антибиотиков Доксорубицина и Блеомицина дополнительно проводят**

1) МРТ;

**2) исследование фракции сердечного выброса;+**

**3) спирографию;+**

4) тредмил-тест;

5) эргоспирометрию.

**375. Для классического варианта ЛХ наиболее характерно наличие**

1) CD3;

**2) CD30;+**

3) CD45;

4) CD79a;

**5) PAX-5.+**

**376. Для классического варианта ЛХ наиболее характерно наличие**

**1) CD15;+**

2) CD3;

**3) CD30;+**

4) CD45;

5) CD79a.

**377. Для лечения больных с ранней стадией, благоприятным прогнозом рекомендовано проведение полихимиотерапии по схеме**

1) ABVD 2 цикла;

**2) ABVD 2 цикла с последующей лучевой терапией;+**

3) ABVD 4 цикла;

**4) ABVD 4 цикла с последующей лучевой терапией;+**

5) ABVD 6 циклов.

**378. Для лечения ранних стадий с неблагоприятным прогнозом можно рекомендовать**

1) 2 цикла полихимиотерапии по схеме ABVD в сочетании с последующей лучевой терапией 30 Гр на зоны исходного поражения;

**2) 4 цикла полихимиотерапии по схеме ABVD в сочетании с последующей лучевой терапией 30 Гр на зоны исходного поражения;+**

3) 6 циклов ЕАСОРР-14;

**4) 6 циклов полихимиотерапии по схеме ABVD в сочетании с ЛТ СОД 30 Гр на зоны исходного поражения;+**

5) 8 циклов ВЕАСОРР-14.

**379. Для нодулярной лимфомы Ходжкина с лимфоидным преобладанием характерно наличие**

1) CD15;

**2) CD20+;+**

3) CD3;

4) CD30;

**5) CD45+.+**

**380. Европейская организация по изучению и лечению рака / группа по изучению лимфом у взрослых (EORTC/GELA) определяет следующие факторы риска**

**1) возраст ≥ 50 лет;+**

2) возраст ≥ 60 лет;

**3) массивное средостение;+**

4) ≥ 3 областей лимфатических коллекторов;

**5) ≥ 4 областей лимфатических коллекторов.+**

**381. Заболеваемость лимфомой Ходжкина составляет примерно**

1) 2-3 случая на 10 000 населения в год;

**2) 2-3 случая на 100 000 населения в год;+**

3) 2-3 случая на 1000 000 населения в год.

**382. Заболевание возникает преимущественно в интервале**

**1) 16-35 лет;+**

2) 25-45 лет;

3) 35-55 лет;

4) 45-65 лет.

**383. Заболеванием страдают**

1) одинаково и мужчины и женщины;

**2) чаще женщины;+**

3) чаще мужчины.

**384. К интенсифицированным программам лечения больных с лимфогранулематозом относятся**

1) 6 циклов ЕАСОРР-14 с последующим облучением;+

2) 6 циклов МОРР;

3) 6 циклов СОРР;

**4) 8 циклов ВЕАСОРР-14.+**

**385. К опухолевой популяции лимфомы Ходжкина относят**

1) клетки Березовского-Рид-Штернберга, лакунарные, мумифицированные, LP-клетки, клетки Пирогова-Лангханса, иммунобласты;

**2) клетки Ходжкина, клетки Березовского-Рид-Штернберга, лакунарные, мумифицированные, LP-клетки;+**

3) клетки Ходжкина, клетки Березовского-Рид-Штернберга, лакунарные, мумифицированные, LP-клетки, иммунобласты, тотальное разрастание клеток типа малых лимфоцитов;

4) клетки Ходжкина, клетки Березовского-Рид-Штернберга, лакунарные, мумифицированные, клетки Пирогова-Лангханса, иммунобласты, тотальное разрастание клеток типа малых лимфоцитов.

**386.. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся**

1) повышение веса;

**2) потеря веса, гипертермия (более 38 С), профузная потливость;+**

3) холодные конечности.

**387. Критериями для проведения 2-х циклов ABVD с последующей лучевой терапией являются**

1) международный прогностический индекс более 3;

2) наличие В-симптомов;

**3) отсутствие массивных конгломератов;+**

**4) отсутствие экстранодального поражения;+**

**5) поражение не более 2 зон.+**

**388. Лечение нодулярной лимфомы Ходжкина с лимфоидным преобладанием проводится по схеме**

1) ABVD;

**2) R-CHOP;+**

**3) R-CVP;+**

4) ЕАСОРР-14.

**389. Лучевая терапия на зоны исходного поражения в режиме стандартного фракционирования проводится в суммарной очаговой дозе**

1) 10 Гр;

2) 20 Гр;

**3) 30 Гр;+**

4) 40 Гр;

5) 50 Гр.

**390. Лучевую терапию после окончания химиотерапии оптимально проводить**

**1) на 2-4 неделе;+**

2) сразу после лечения;

3) через неделю.

**391. Лучевую терапию после окончания химиотерапии следует проводить не позже**

1) 10 недель;

2) 4 недель;

**3) 6 недель;+**

4) 8 недель.

**392. Массивное средостение – это максимальный диаметр опухоли**

1) более 1/2 максимального диаметра грудной клетки на прямой рентгенограмме грудной клетки;

**2) более 1/3 максимального диаметра грудной клетки на прямой рентгенограмме грудной клетки;+**

3) более 1/4 максимального диаметра грудной клетки на прямой рентгенограмме грудной клетки.

**393. Международный прогностический индекс включает следующие параметры**

**1) альбумин < 40 г/л;+**

**2) возраст ≥45 лет; +**

3) гемоглобин < 9,5 г/дл;

**4) лейкоцитоз ≥ 15 000/мм3;+**

5) стадия IV.

**394. Наиболее распространенными клиническими проявлениями лимфомы Ходжкина являются**

**1) безболезненное увеличение лимфоузлов;+**

2) кашель;

**3) потливость, особенно по ночам;+**

4) увеличение печени;

5) увеличение селезенки.

**395. Наиболее частыми осложнениями после проведения полихимиотерапии у больных с лимфогранулематозом являются**

**1) второе онкологическое заболевание;+**

2) диабет;

**3) кардиотоксичность;+**

**4) нарушение функции щитовидной железы;+**

5) нефротоксичность.

**396. Отстрочить курс химиотерапии до восстановления необходимого количества тромбоцитов и нейтрофилов можно на**

**1) 14 дней;+**

2) 21 дней;

3) 28 дней;

4) 7 дней.

**397. Оценка эффективности лечения проводится после**

1) 1 цикла полихимиотерапии;

**2) 2 цикла полихимиотерапии;+**

3) 3 цикла полихимиотерапии;

**4) 4 цикла полихимиотерапии;+**

5) после окончания химиотерапевтического этапа.+

**398. Перед назначением следующего курса химиотерапии в случае, если показатели крови не восстанавливаются дольше дополнительных 14 дней**

1) назначается альтернативная схема;

2) откладывают лечение еще на 14 дней;

3) проводится снижение доз препаратов до 50% от исходной дозы;

**4) проводится снижение доз препаратов до 75% от исходной дозы.+**

**399. Перед назначением следующего курса химиотерапии в случае, если показатели крови не восстанавливаются дольше дополнительных 14 дней, дозу можно уменьшить у**

1) Блеомицина;

**2) Винбластина;+**

3) Винкристина;

**4) Дакарбазина;+**

**5) Доксорубицина;+**

6) Преднизолона.

**400. Перед назначением следующего курса химиотерапии уровень нейтрофилов должен быть выше**

**1) 1 000/мм3;+**

2) 1 500/мм3;

3) 2 000/мм3;

4) 500/мм3.

**401. Перед назначением следующего курса химиотерапии уровень тромбоцитов должен быть выше**

**1) 100 000/мм3;+**

2) 130 000/мм3;

3) 50 000/мм3;

4) 70 000/мм3.

**402. Поддерживающая терапия**

1) назначается в зависимости от стадии заболевания;

2) назначается всем больным с лимфогранулематозом;

**3) не назначается.+**

**403. Биохимический анализ крови с оценкой содержания лактат дегидрогеназы проводится при НХЛ с целью**

1) выявления острой почечной недостаточности;

2) выявления поражения ЦНС;

**3) контроля эффективности лечения;+**

4) оценки распространенности опухоли.+

**404. Биохимический анализ крови с оценкой функции печени, почек, определением мочевой кислоты при НХЛ у детей выполняется для**

**1) выявления развития острой почечной недостаточности;+**

2) выявления развития цирроза печени;

**3) выявления синдрома лизиса опухоли;+**

**4) определения характера инициальной неотложной терапии;+**

**5) оценки тяжести состояния.+**

**405. Более 50% неходжкинских лимфом из зрелых В-клеток у детей инициально локализуются в**

**1) аппендиксе;+**

**2) восходящей кишке;+**

3) грудной клетке;

4) печени.

**406. Более 95% лимфом у детей и подростков составляют**

**1) высоко злокачественные опухоли с диффузной гистологической структурой и высокой способностью к пролиферации;+**

2) высоко злокачественные опухоли с диффузной гистологической структурой и низкой способностью к пролиферации;

3) высоко злокачественные опухоли с локальной гистологической структурой и высокой способностью к пролиферации;

4) доброкачественные опухоли с локальной гистологической структурой и низкой способностью к пролиферации.

**407. Для II стадии неходжкинской лимфомы у детей согласно стадированию по St.Jude характерно**

1) любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;

2) одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения;

**3) одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;+**

4) опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли.

**408. Для IV стадии неходжкинской лимфомы у детей согласно стадированию по St.Jude характерно**

**1) любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;+**

2) одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения;

3) одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;

4) опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли.

**409. Для оценки вовлеченности костного мозга при всех вариантах неходжкинских лимфом показано проведение пункций**

1) из бедренных костей;

2) из большеберцовых костей;

3) из грудины;

**4) из передних и задних остей подвздошных костей.+**

**410. Заболевание определяется как острый лейкоз при выявлении в костном мозге**

1) более 15% опухолевых клеток;

**2) более 25% опухолевых клеток;+**

3) более 35% опухолевых клеток;

4) более 5% опухолевых клеток.

**411. Исследования субстрата опухоли у всех больных неходжкинскими лимфомами включают**

**1) гистологический анализ с описанием структуры и клеточного состава;+**

**2) иммунофенотипирование;+**

3) полимеразно-цепную реакцию;

**4) цитологический анализ с описанием структуры и клеточного состава.+**

**412. К B — клеточным неходжкинским лимфомам у детей относят**

1) анапластическая крупноклеточная лимфома;

**2) диффузные В-крупноклеточные лимфомы;+**

3) лимфобластная лимфома;

**4) лимфома/лейкоз Бёркитта;+**

**5) фолликулярная лимфома педиатрическая.+**

**413. К Т — клеточным неходжкинским лимфомам у детей относят:**

**1) анапластическая крупноклеточная лимфома;+**

**2) лимфобластная лимфома;+**

3) лимфома/лейкоз Бёркитта;

**4) периферическая Т-клеточная лимфома;+**

5) фолликулярная лимфома педиатрическая.

**414. Какие жалобы характерны при локализации неходжкинских лимфом из зрелых В-клеток в брюшной полости**

**1) боли;+**

2) головокружение;

3) кашель;

**4) тошнота и рвота.+**

**415. Критериями диагностики инициального поражения ЦНС являются**

1) ликвор с примесью крови;

2) наличие 1-2 опухолевых клеток при цитологическом исследовании ликвора;

**3) парезы/параличи черепно-мозговых нервов даже при отсутствии опухолевых клеток в ликворе и внутримозговых образований по данным КТ/МРТ;+**

**4) поражение глаз и зрительных нервов;+**

**5) туморозные образования в головном мозге или мозговых оболочках по данным КТ или МРТ.+**

**416. Локализация опухоли в средостении и тимусе наиболее часто присуща**

**1) Т лимфобластным лимфомам;+**

2) лимфоме Бёркитта;

3) периферической Т-клеточной лимфоме;

4) фолликулярная лимфоме педиатрической.

**417. Неходжкинские лимфомы это:**

1) системные злокачественные опухоли из клеток эпителитальной ткани;

2) системные злокачественные опухоли из кроветворных клеток;

**3) системные злокачественные опухоли иммунной системы из клеток внекостномозговой лимфоидной ткани;+**

4) системные злокачественные опухоли иммунной системы из клеток внутрикостномозговой лимфоидной ткани.

**418. Общий анализ крови при неходжкинских лимфомах в первую очередь необходим для**

**1) дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися симптомами лимфаденопатии;+**

**2) дифференциальной диагностики с острыми лейкозами;+**

**3) контроля в процессе лечения;+**

4) определения выбора лечения.

**419. Одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения характерна для**

**1) I стадии;+**

2) II стадии;

3) III стадии;

4) IV стадии.

**420. Опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли, обширная нерезектабельная внутрибрюшная опухоль характерны для**

1) I стадии;

2) II стадии;

**3) III стадии;+**

4) IV стадии.

**421. При локализации опухоли в средостении и тимусе возможно развитие**

**1) гидроторакса;+**

2) отёка мозга;

3) пневмоторакса;

**4) синдрома сдавления верхней полой вены;+**

**5) тампонады сердца.+**

**422. При локализации опухоли в средостении и тимусе наиболее часто характерны жалобы на**

**1) затруднение дыхания и глотания;+**

2) навязчивый кашель;

3) нарушение дыхания;

4) рвота;

**5) тошнота.+**

**423. При проведении флуоресцентной in situ гибридизации для лимфомы Беркитта характерно**

**1) определение перестройки гена c-myc в составе транслокаций t(8;14)(q24;q32), t(8;22)(q24; q ), t(2;8)(;q24);+**

2) подтверждение перестроек гена ALK;

3) трисомия по 1 хромосоме;

4) трисомия по 12 хромосоме.

**424. Развитие неходжкинских лимфом у детей происходит в течение**

1) 1 года;

2) 6 месяцев;

3) нескольких лет;

**4) от нескольких дней до нескольких месяцев.+**

**425. Резко повышен риск заболеть неходжкинскими лимфомами у детей с**

**1) болезнями нестабильности хромосом;+**

**2) первичными иммунодефицитными состояниями;+**

**3) после трансплантации органов и тканей;+**

4) сахарным диабетом.

**426. Рентгенография органов грудной клетки (2 проекции – прямая и правая боковая) позволяет оценить**

**1) наличие очагов в легких;+**

**2) наличие плеврита;+**

3) точные размеры опухоли;

**4) увеличение лимфоузлов средостения;+**

**5) увеличение тимуса.+**

**427. Самая частая встречающаяся лимфома из зрелых T – клеток у детей**

**1) анапластическая крупноклеточная;+**

2) лимфобластная лимфома;

3) неспецифицированная периферическая Т- клеточная неходжкинская лимфома;

4) периферическая Т- клеточная неходжкинская лимфома.

**428. Согласно классификации опухолей гемопоэтической и лимфоидной тканей неходжкинские лимфомы подразделяют на**

**1) B-клеточные;+**

**2) Т/НК – клеточные;+**

**3) зрелоклеточные;+**

**4) лимфобластные;+**

5) миелоцитарные.

**429. Состояние органов брюшной полости, малого таза и периферических лимфоузлов позволяет выявить**

**1) КТ;+**

**2) УЗИ;+**

3) диафаноскопия;

4) позитронно-эмиссионная томография.

**430. Тонкоигольная биопсия пациентов с неходжкинскими лимфомами возможна при наличии**

**1) асцита;+**

2) лейкемического поражения костного мозга с обнаружением опухолевых клеток;+

3) острой почечной недостаточности;

4) периферической лимаденопатии;

**5) плеврита.+**

**431. У больных с лимфомой Беркита основной причиной летального исхода на догоспитальном этапе и в первые дни лечения является**

1) острая надпочечниковая недостаточность;

2) острая печеночная недостаточность;

**3) острая почечная недостаточность;+**

4) тромбоэмболия легочных артерий.

**432. Целями исследования спинномозговой жидкости у всех пациентов с неходжкинскими лимфомами являются**

**1) выявление нейролейкемии;+**

**2) назначение адекватной терапии;+**

**3) определение стадии неходжкинской лимфомы;+**

4) оценка отёка головного мозга.

**433. Что характерно для II стадии неходжкинских лимфом?**

**1) две и более групп лимфоузлов по одну сторону диафрагмы;+**

2) любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;

**3) одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;+**

**4) первичная опухоль желудочно-кишечного тракта, локализованная в илеоцекальной области с/без поражения мезентериальных лимфоузлов.+**

**434. Что характерно для III стадии неходжкинских лимфом?**

1) две одиночные экстранодальные опухоли с/без поражения региональных лимфоузлов по одну сторону диафрагмы;

**2) обширная нерезектабельная внутрибрюшная опухоль;+**

3) одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;

**4) опухолевые образования по обе стороны диафрагмы;+**

5) первичная опухоль желудочно-кишечного тракта, локализованная в илеоцекальной области с/без поражения мезентериальных лимфоузлов.

**435. Азацитидин в лечении миелодиспластического синдрома назначается подкожно в режиме**

1) 1 раз в сутки 1–10 дни каждые 28 дней;

2) 1 раз в сутки 1–21 дни каждые 28 дней;

3) 1 раз в сутки 1–3 дни каждые 28 дней;

**4) 1 раз в сутки 1–7 дни каждые 28 дней.+**

**436. Анемический синдром при миелодиспластическом синдроме может быть разной степени выраженности и встречается**

1) в 40–50% случаев;

2) в 50–60% случаев;

3) в 60–70% случаев;

**4) в 80–90% случаев.+**

**437. Антигеморрагический препарат в лечении миелодиспластического синдрома у взрослых ромиплостим назначается в дозе**

1) 150 мг подкожно 1 раз в неделю;

2) 250 мг подкожно 1 раз в неделю;

3) 550 мг подкожно 1 раз в неделю;

**4) 750 мг подкожно 1 раз в неделю.+**

**438. В 10% миелодиспластический синдром случаев манифестирует с аутоиммунного процесса, к которому относятся**

1) гастрит;

2) перикардит;+

**3) ревматическая полимиалгия;+**

**4) серонегативный артрит.+**

**439. В дебюте миелодиспластического синдрома могут наблюдаться**

1) папулезные высыпания на коже и слизистых, носовые, десневые кровотечения;

**2) петехиальные высыпания на коже и слизистых, носовые, десневые кровотечения;+**

3) уртикарные высыпания на коже и слизистых, носовые, десневые кровотечения.

**440. Верифицируют диагноз миелодиспластический синдром с избытком бластов-2 в случае, если при миелодиспластическом синдроме**

1) бласты без палочек Ауэра;

2) бласты с палочками Ауэра только в костном мозге;

**3) в бластных клетках выявляют палочки Ауэра;+**

4) с палочками Ауэра только в периферической крови.

**441. Виды миелодиспластического синдрома**

1) миелодиспластический синдром с билинейной дисплазией;

**2) миелодиспластический синдром с кольцевыми сидеробластами;+**

**3) миелодиспластический синдром с линейной (однолинейной) дисплазией;+**

**4) миелодиспластический синдром с мультилинейной дисплазией.+**

**442. Виды миелодиспластического синдрома с избытком бластов**

**1) с избытком бластов-1;+**

**2) с избытком бластов-2;+**

3) с избытком бластов-3;

4) с избытком бластов-4.

**443. Виды миелодиспластического синдрома с кольцевыми сидеробластами**

1) билинейной дисплазией;

**2) с линейной дисплазией;+**

**3) с мультилинейной дисплазией.+**

**444. Всем пациентам с миелодиспластическим синдромом при появлении симптомов, характерных для аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, рекомендуется**

1) исследование анти-ДНК;+

**2) исследование антистрептолизина–О;+**

**3) исследование ревматоидный фактора;+**

4) определение антител классов M к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2.

**445. Высыпания на коже и слизистых при миелодиспластическом синдроме носят характер**

1) везикул;

2) папул;

**3) петехий.+**

**446. Гематологическое обследование при миелодиспластическом синдроме включает в себя**

1) исследование маркеров воспаления соединительной ткани;

**2) цитогенетическое исследование костного мозга для определения кариотипа;+**

**3) цитологическое исследование костного мозга;+**

**4) цитохимическое исследование клеток эритроидного ряда костного мозга.+**

**447. Диагностически значимой дисплазией считается ситуация, когда доля клеток с признаками дисплазии превышает**

**1) 10% от 100 подсчитанных эритрокариоцитов, 100 гранулоцитов и не менее 30 мегакариоцитов;+**

2) 20% от 100 подсчитанных эритрокариоцитов, 100 гранулоцитов и не менее 30 мегакариоцитов;

3) 30% от 100 подсчитанных эритрокариоцитов, 100 гранулоцитов и не менее 30 мегакариоцитов;

4) 40% от 100 подсчитанных эритрокариоцитов, 100 гранулоцитов и не менее 30 мегакариоцитов.

**448. Дизэритропоэз может наблюдаться при**

**1) В 12/фолатдефицитных анемиях;+**

**2) врождённой дизэритропоэтической анемии;+**

**3) пароксизмальной ночной гемоглобинурии;+**

4) реактивном/паранеопластическом миелофиброз.

**449.Дисгранулопоэз может наблюдаться**

**1) после химиотерапии и в период восстановления костного мозга;+**

**2) при вирусных инфекциях (ВИЧ, ЭБВ);+**

3) при дефиците меди и/или избыточном поступлении цинка с пищей;

**4) при использовании лекарственных препаратов (человеческий рекомбинантный гранулоцитарный колониестимулирующий фактор, иммунодепрессанты).+**

**450. Дисмегакариоцитопоэз может наблюдаться при**

**1) ВИЧ-инфекции;+**

2) аутоиммунных гемолитических анемиях;

3) дефиците меди и/или избыточном поступлении цинка с пищей;

**4) реактивном/паранеопластическом миелофиброзе.+**

**451. Дифференциальный диагноз миелодиспластического синдрома следует проводить с**

**1) аутоиммунным тиреоидитом;+**

2) буллезной эмфиземой;

**3) лейшманиозом;+**

**4) системной красной волчанкой.+**

**452. Для верификации диагноза МДС следует учитывать**

**1) уровень гемоглобина менее 110 г/л, количество нейтрофилов <1,8×109;+**

2) уровень гемоглобина менее 110 г/л, количество нейтрофилов <3,8×109;

3) уровень гемоглобина менее 120 г/л, количество нейтрофилов <5,8×109;

4) уровень гемоглобина менее 130 г/л, количество нейтрофилов <6,8×109.

**453. К В-симптомам при миелодиспластическом синдроме относятся**

1) снижение массы тела, субфебрилитет в вечернее время, подъёмы АД;

**2) снижение массы тела, субфебрилитет в вечернее время, потливость;+**

3) снижение массы тела, субфебрилитет по утрам, потливость;

4) увеличение массы тела, субфебрилитет в вечернее время, потливость.

**454. К аутоиммунным проявлениям миелодиспластического синдрома относится**

**1) системный васкулит;+**

2) фронтит;

3) цистит.

**455. К дополнительным критериям постановки диагноза миелодиспластического синдрома относятся**

**1) атипичный иммунофенотип клеток КМ со множественными МДС-ассоциированными аберрациями;+**

**2) изменения в гистологической картине КМ, в том числе и при иммуногистохимическом исследовании;+**

3) поликлональность миелоидных клеток.

**456. К решающим критериям постановки диагноза миелодиспластического синдрома относятся**

**1) 5–19% бластных клеток в костном мозге;+**

2) дисплазия гранулоцитарного только ростка, выявленная при морфологическом исследовании костного мозга;

**3) дисплазия ≥10% от всех клеток эритроидного и/или гранулоцитарного, и/или мегакариоцитарного ростков, выявленная при морфологическом исследовании костного мозга;+**

**4) типичные аномалии кариотипа (–7, 5q– и др.), выявленные при стандартном цитогенетическом исследовании или методом FISH.+**

**457. Клиническая картина миелодиспластического синдрома характеризуется**

**1) потливостью;+**

**2) снижением массы тела;+**

**3) субфебрилитетом в вечернее время;+**

4) увеличением массы тела.

**458. Клиническим проявлением миелодиспластического синдрома может быть**

1) гепатомегалия;

2) кардиомиопатия;

3) оссалгия;

**4) цитопения.+**

**459. Критерием постановки диагноза миелодиспластический синдром является**

1) ≥5% кольцевых сидеробластов или ≥5% кольцевых сидеробластов без сочетания с мутацией SF3B1;

**2) ≥15% кольцевых сидеробластов или ≥5% кольцевых сидеробластов в сочетании с мутацией SF3B1;+**

3) ≥25% кольцевых сидеробластов или ≥5% кольцевых сидеробластов в сочетании с мутацией SF3B1;

4) ≥45% кольцевых сидеробластов или ≥5% кольцевых сидеробластов в сочетании с мутацией SF3B1.

**460. Критериями постановки диагноза миелодиспластического синдрома являются**

**1) 2–19% бластных клеток в периферической крови;+**

**2) 5–19% бластных клеток в костном мозге;+**

3) дисплазия ≥30% от всех клеток только эритроидного ростка;

**4) типичные аномалии кариотипа (–7, 5q– и др.), выявленные при стандартном цитогенетическом исследовании или методом FISH.+**

**461. Миелодиспластический синдром высокого риска - это**

1) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 и высокого риска по шкале IPSS, очень низкого, низкого и промежуточного риска по шкале IPSS-R;

2) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 по шкале IPSS, очень низкого, низкого и промежуточного риска по шкале IPSS-R;

3) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 по шкале IPSS, промежуточного, высокого и очень высокого риска по шкале IPSS-R;

**4) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-2 и высокого риска по шкале IPSS, промежуточного, высокого и очень высокого риска по шкале IPSS-R.+**

**462. Миелодиспластический синдром низкого риска - это**

1) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 и высокого риска по шкале IPSS, очень низкого, низкого и промежуточного риска по шкале IPSS-R;

**2) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 по шкале IPSS, очень низкого, низкого и промежуточного риска по шкале IPSS-R;+**

3) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-1 по шкале IPSS, промежуточного, высокого и очень высокого риска по шкале IPSS-R;

4) группа пациентов, у которых при подсчёте прогностических индексов определена группа низкого риска и промежуточного-2 и высокого риска по шкале IPSS, промежуточного, высокого и очень высокого риска по шкале IPSS-R.

**463. Миелодиспластический синдром с изолированной делецией (5q) (МДС-5q-) – вариант МДС, для которого характерна**

1) дисплазия более чем в 10% клеток выявляется только в 1 ростке кроветворения;

2) дисплазия выявляется более чем в 10% клеток двух и более ростков кроветворения;

**3) дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда и мегакариоцитах;+**

4) дисплазия не выявляется ни в одном из ростков.

**464. Миелодиспластический синдром с линейной (однолинейной) дисплазией – вариант МДС, для которого характерна**

**1) дисплазия более чем в 10% клеток выявляется только в 1 ростке кроветворения;+**

2) дисплазия выявляется более чем в 10% клеток двух и более ростков кроветворения;

3) дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда и мегакариоцитах;

4) дисплазия не выявляется ни в одном из ростков.

**465. Миелодиспластический синдром с мультилинейной (множественной) дисплазией – вариант МДС, для которого характерна**

1) дисплазия более чем в 10% клеток выявляется только в 1 ростке кроветворения;

**2) дисплазия выявляется более чем в 10% клеток двух и более ростков кроветворения;+**

3) дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда и мегакариоцитах;

4) дисплазия не выявляется ни в одном из ростков.

**466. Нейтрофильный ответ означает увеличение числа нейтрофилов более**

1) чем на 10% от исходных значений;

**2) чем на 100% от исходных значений;+**

3) чем на 20% от исходных значений;

4) чем на 50% от исходных значений.

**467. Одним из проявлений миелодиспластического синдрома является**

1) ишиалгия;

2) оссалгия;

**3) ревматическая полимиалгия.+**

**4) желудочно-кишечные кровотечения;+**

**468. Под дисмиелопоэзом подразумевают количественные и качественные нарушения, которые определяются**

1) в гемопоэтических клетках;

**2) в гемопоэтических клетках и кроветворной ткани костного мозга;+**

3) в кроветворной ткани костного мозга.

**469. Препараты, используемые в лечении миелодиспластического синдрома**

**1) азацитидин;+**

2) венетоклакс;

**3) леналидомид;+**

**4) циклоспорин.+**

**470. При лечении миелодиспластического синдрома Леналидомид применятся по схеме**

1) 1–10 дни, каждые 28 дней;

**2) 1–21 дни, каждые 28 дней;+**

3) 1–5 дни, каждые 28 дней;

4) 1–7 дни, каждые 28 дней.

**471. При лечении миелодиспластического синдрома Циклоспорин применятся в дозе**

1) 150 мг/ кг в сутки;

2) 250 мг/ кг в сутки;

**3) 5 мг/ кг в сутки;+**

4) 500 мг/ кг в сутки.

**472. При лечении миелодиспластического синдрома азацитидин применятся в дозе**

1) 35 мг/м2;

2) 5 мг/м2;

3) 5,5 мг/м2;

**4) 75 мг/м2.+**

**473. При лечении миелодиспластического синдрома антитимоцитарный глобулин применятся в дозе**

1) 100 мг/кг/сут;

2) 150 мг/кг/сут;

**3) 20 мг/кг/сут;+**

4) 200 мг/кг/сут.

**474. При лечении миелодиспластического синдрома дарбопоэтин назначают в дозе**

**1) 150–300 мкг/неделю;+**

2) 250–300 мкг/неделю;

3) 450–500 мкг/неделю;

4) 550–600 мкг/неделю.

**475. При лечении миелодиспластического синдрома децитабин можно использовать в дозе**

1) 10 мг/м2;

**2) 20 мг/м2;+**

3) 5 мг/м2;

4) 5,5 мг/м2.

**476. При лечении миелодиспластического синдрома терапию препаратами эпоэтина альфа или бета проводят в начальной дозе**

1) 100–130 тысяч МЕ в неделю;

2) 140–130 тысяч МЕ в неделю;

3) 14–20 тысяч МЕ в неделю;

**4) 40–30 тысяч МЕ в неделю.+**

**477. При лечении миелодиспластического синдрома элтромбопаг назначается в дозе**

1) от 10 до 32 мг внутрь;

2) от 150 до 350 мг внутрь;

3) от 5 до 30 мг внутрь;

**4) от 50 до 300 мг внутрь.+**

**478. При миелодиспластическом синдроме**

1) стабильная цитопения в 1 или более ростках в течение ≥1 месяцев;

2) стабильная цитопения в 1 или более ростках в течение ≥2 месяцев;

3) стабильная цитопения в 1 или более ростках в течение ≥3 месяцев;

**4) стабильная цитопения в 1 или более ростках в течение ≥4 месяцев.+**

**479. При миелодиспластическом синдроме больного беспокоит**

1) жажда;

2) ночные подъёмы температуры тела;

3) подъёмы АД;

**4) снижение массы тела.+**

**480. При миелодиспластическом синдроме больной может жаловаться на**

1) ночные подъёмы температуры тела;

2) подъёмы АД;

**3) субфебрилитет по вечерам;+**

4) увеличение массы тела.

**481. При миелодиспластическом синдроме клинически значимая тромбоцитопения в анализах крови отмечается**

1) в 15–20% случаев;

**2) в 25–70% случаев;+**

3) в 5–10% случаев.

**482. При миелодиспластическом синдроме необходимо проводить**

1) бронхоскопию;

**2) исследование костного мозга;+**

3) остеосцинтиграфию.

**484. При миелодиспластическом синдроме с избытком бластов-1**

1) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 10,0 до 19,9%;

2) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 20,0 до 30,9%;

3) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 30,0 до 40,9%;

**4) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 5,0 до 9,9%.+**

**485. При миелодиспластическом синдроме с избытком бластов-2**

**1) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 10,0 до 19,9%;+**

2) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 20,0 до 30,9%;

3) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 30,0 до 40,9%;

4) бласты без палочек Ауэра в периферической крови составляют менее 5%, а в костном мозге – от 5,0 до 9,9%.

**486. При миелодиспластическом синдроме с изолированной делецией (5q) (МДС-5q-) наблюдается**

1) анемия макроцитарного характера, дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда;

**2) анемия макроцитарного характера, дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда и мегакариоцитах;+**

3) анемия микроцитарного характера, дисплазия выявляется в клетках эритроидного ряда и мегакариоцитах;

4) анемия микроцитарного характера, дисплазия выявляется в мегакариоцитах.

**487. При миелодиспластическом синдроме с кольцевыми сидеробластами (КС) и линейной (однолинейной) дисплазией наблюдается**

1) обнаружение кольцевых сидеробластов в костном мозге в 10 % и более от клеток красного ряда;

2) обнаружение кольцевых сидеробластов в костном мозге в 25% и более от клеток красного ряда;

**3) обнаружение кольцевых сидеробластов в костном мозге в 5% и более от клеток красного ряда.+**

**488. При миелодиспластическом синдроме характерны**

**1) анемический синдром;+**

**2) геморрагический синдром;+**

3) метаболический синдром;

4) синдром сердечной недостаточности.

**489. При наличии мутации гена SF3B1 при миелодиспластическом синдроме диагностически значимым является обнаружение**

1) 10 и более кольцевых сидеробластов;

2) 25 и более кольцевых сидеробластов;

**3) 5 и более кольцевых сидеробластов.+**

**490. Прогрессия заболевания при миелодиспластическом синдроме означает увеличение количества бластных клеток**

1) более чем на 20% и переход из первоначального варианта в более продвинутый;

2) более чем на 30% и переход из первоначального варианта в более продвинутый;

3) более чем на 40% и переход из первоначального варианта в более продвинутый;

**4) более чем на 50% и переход из первоначального варианта в более продвинутый.+**