

Gematologiya mutaxassisligi bo'yicha shakllantirilgan test savollari ro'yxati

1. Aplastik anemiyani tashxislashning eng informatsion usuli:

- umumiy qon tekshiruvi
- koagulogramma
- biokimyoviy qon tekshiruvi
- *miyelogramma

2. Oddiy gipovolemiya qanday sharoitlarda kuzatiladi?

- *o'tkir qon yo'qotishdan 30-40 minut o'tgach
- o'tkir o'rtacha qon yo'qotishdan 6-8 soat o'tgach
- kuyish zarbasi
- tananing haddan tashqari qizishi

3. Talassemiya ko'p uchraydi:

- shimoliyamerikali indeyslarda
- g'arbiy yevropali aholilarda
- ekvatorial Afrika aholisida
- *o'rta yer dengizi atrofi aholisida

4. Plazma donorligi uchun talab qilinadigan yosh:

- *18 – 60 yosh
- 20 – 60 yosh
- 20 – 65 yosh
- 20 – 70 yosh

5. Qizil qon hujayralarida irsiy sferotsitozda:

- diametri oshadi, qalinligi oshadi
- diametri oshadi, qalinligi pasayadi
- *diametri kamayadi, qalinligi oshadi
- diametri kamayadi, qalinligi kamayadi

6. Trombotsitopeniya rivojlanishiga olib kelmaydigan omillarni ko'rsating:

- megakaryoblastlarning ko'payishini inhibe qilish
- leykemiya hujayralari tomonidan megakaryotsitik suyak iligi o'simtasining siljishi
- *yallig'lanishda oq qon hujayralari suyak iligi o'simtasining faollashishi
- tromboz hosil bo'lish jarayonida trombotsitlarni "iste'mol qilish" ning ko'payishi

7. Tromboz patogenetik terapiyasiga nimalar kirmaydi:

- gemodinamikani normallashtirish
- antitrombotsitlarni tayinlash
- *plazminogen tizimining faolligini pasaytirish
- antikoagulyantlarning maqsadi

8. Koagulyatsion gemostazning ikkinchi bosqichi shakllanish bilan tugaydi:

- protrombin
- protrombinazlar
- *trombin
- fibrin

9. Koagulyatsion gemostazning uchinchi bosqichi shakllanish bilan tugaydi:

- protrombin
- protrombinazlar
- trombin
- *fibrin

10. Koagulyatsion gemostazning ichki yo'li boshlanadi:

- protrombin faollashishi
- tromboplastinning chiqarilishi
- *kontakt omilini faollashtirish
- protrombinazni faollashtirish

11. Koagulyatsion gemostazning tashqi yo'li:

- protrombin faollashishi
- *tromboplastin sekretsiyasi
- kontakt omilini faollashtirish
- protrombinazni faollashtirish

12. DIC sabablari:

- *shok
- leykopeniya
- eritremya
- leykotsitoz

13. DIC giperkoagulyatsiya bosqichi asosan quyidagilar bilan bog'liq:

- fibrinolizning faollashishi
- *gemostaz tizimini faollashtirish
- qon ivish omillarini iste'mol qilish
- fibrinolizning inhibatsiyasi

14. DIC hipokoagulyatsiyasi bosqichi asosan quyidagilar bilan bog'liq:

- trombotsitlar sonining ko'payishi
- gemostazni faollashtirish
- *qon ivish omillarini iste'mol qilish
- fibrinolizning inhibatsiyasi

15. Insonlarda qon guruhlarini aniqlashda qaysi reaksiya asosiy o'rinda turadi?

- *Agglyutinatsiya

- Pretsipitatsiya
- Agregatsiya
- Fagotsitoz

16. Poliglyukin bilan davolashda uning asosiy xususiyati nima?

- *Gemodinamik

- Gemostatik;
- Oziqlantiruvchi;
- O'rinbosar.

17. "Bombey" tipidagi qon guruhi uchun qanday zardob xarakterli:

- Anti – (n) antitelasi
- Immun antirezus antitelasi

- *Tabiiy antitela

- Sovuqlik agglyutinini

18. Soxta agglyutinatsiya (psevdoagglyutinatsiya) sababi:

- *Eritrotsitlarning tangacha ustun ko'rinishida yopishishi

- Eritrotsitlar gemolizi
- Eritrotsitlar agregatsiyasi
- Trombotsitlar agregatsiyasi

19. Issiqlik antitelalari ko'proq quyidagi haroratda faollashadi:

- + 45o S. ... + 48oS
- + 30 oS. +35 oS
- + 20 oS ... + 25 oS

- *+ 37 oS vayuqori

20. Inson qon guruhleri kim tomonidan kashf etilgan?

- *Landshteyner K

- Mechnikov I.I.
- Petrov R.B.
- Kosyakov P.P.

21. Qon guruhleri qaysi yilda ochilgan?

- *1901 y.

- 1898 y.
- 1828 y.
- 1908 y.

22. Qon guruhlarini aniqlashda qaysi guruh eritrotsit antigenlari ahamiyatlidir?

- *A va V antigenlari

- M va N antigenlari
- Kell antigenlari
- Daffi antigenlari

23. Qon guruhini aniqlashda qanday antitelalar muhim rol o'ynaydi?

- *Tabiiy antitela

- Issiqlik antitelasi
- Immun antitela
- Sovuq antitela

24. Qon guruhlari qanday haroratda aniqlanadi?

- *+15 - +25°S

- +4 - +30°S
- +10 - +15°S
- +20 - +30°S

25. Qon guruhlarini aniqlashda reaktivlarning nisbati qanday bo'lishi kerak?

- *1:10

- 1:1
- 1:5
- 1:25.

26. Eritrotsitlar agglyutinatsiyasi kuzatilish vaqti qancha bo'lishi kerak?

- *5 minutdan kam bo'lmasligi kerak

- 3 min.
- 10 min.
- 15 min.

27. Rezus faktor qanday haroratda aniqlanadi?

- +46 - +48°S

- *+25 - +37°S

- +30 - +40°S
- +50°S dan yuqori

28. Poliglyukin olish uchun qo'llaniladi:

- *Dekstranning 6% li eritmasi

- Dekstranning 10% li eritmasi
- Dekstranning 5% li eritmasi
- Dekstranning 3% li eritmasi

29. Poliglyukinning molekulyar og'irligi:

- 50000-60000 D
- 30000-40000 D
- *60000-80000 D
- 10000-20000 D

30. Reopoliglyukinning molekulyar og'irligi (Dalton):

- 30000 – 40 000 D
- *10000- 20000D
- 20000 – 30000D
- 40000 – 50 000D

31. Reopoliglyukinga nisbiy qarshi ko'rsatma:

- *surunkali buyrak kasalliklari
- gipoproteinemiya
- intoksikatsiya
- surunkali jigar kasalliklari.

32. Jelatinolning asosiy komponentlari:

- *oziq ovqatjelatini
- PVP eritmasi
- aminokislotali aralashma (smes)
- qon plazmasi oqsillari.

33. Jelatinol bilan davolashning afzalliklari:

- *gemodinamik
- immunobiologik
- plastik
- gemostatik.

34. Oqsil gidrolizatlari asosan quyidagi maqsadda qo'llaniladi:

- *ozuqa maqsadida
- gemodinamik
- gemostatik
- dezintoksikatsion.

35. Nospetsifik sovuq agglyutinatsiya zardobda quyidagilar bo'lganda kuzatiladi:

- *sovuq agglyutininlar
- tabiiy antitela
- noto'liq agglyutininlar
- autoagglyutininlar.

36. «Universal» donor boshqa guruhlar uchun plazmada quyidagi antitela bo'lgani uchun «xavfli» hisoblanadi:

- *anti-A va anti-V

- antitela
- antirezus antitel
- antileykotsitar antitela.

37. Standart zardob ochiq flakonda qanday haroratda saqlanishi lozim:

- *+4 - +8°S

- +15°S va yuqori
- +10 - +15°S
- +4°S dan past

38. “Antigen” atamasi bu:

- mikroelement
- noorganik modda
- *immun javob berishi mumkin bo'lgan har qanday modda
- aminokislota.

39. Qon guruhi antigeni bu:

- *eritrotsit yuzasidagi genetik determinirlangan immunogen modda
- eritrotsit yuzasidagi har qanday molekula
- tashqi muhitda hosil bo'lgan eritrotsit yuzasidagi immunogen modda
- komplement sistemasi.

40. Landshteyner qoidasi bo'yicha qon guruhi 0 (1) bo'lganlarning qon zardobida quyidagi antitela bor:

- *anti-A va anti-V

- anti-V
- antitela yo'q
- anti-D.

41. AV0 sistemasi bo'yicha qon guruhini aniqlashning kesishma usuli bu:

- anti -A va anti-V reagentlari yordamida aniqlash
- anti-A, anti-V va qo'shimcha anti AV reagentlari yordamida tekshirish
- *bir vaqtda eritrotsitlar antigeni va tabiiy antitelolarni qon zardobida aniqlash
- anti-V reagentlari yordamida aniqlash

42. Rezus tizim qaysi yilda aniqlangan:

- 1915 y.
- 1927 y.
- *1940 y.
- 1953 y.

43. Qonning rezus mosligi albatta o'tkazilishi kerak:

- Faqat donorlarda
- Faqat homilador ayollarda
- Faqat gemolitik anemiyali kasallarda
- *Har qanday holatda o'tkazilishi lozim

44. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi ko'p hollarda ona va homilaning quyidagi antigen bilan mos kelmasligi oqibatida kelib chiqadi:

- *D antigen
- AV0 sistema
- S antigen
- yeantigen

45. Rezus manfiy ayollarda rezus musbat eritrotsitli homila bo'lganda immunizatsiya kuzatilishi sababi:

- *Ona qoniga yo'ldosh orqali rezus-antigen o'tadi
- Homila eritrotsitlari ona qoniga butun homiladorlik davrida o'tib turadi
- Homila eritrotsitlari ona organizmiga homiladorlikning erta davrlarida o'tadi
- Ona zardobi homila eritrotsitlariga qarshi noto'liq antitela ishlab chiqaradi.

46. Gemolitik kasallikda homila yoki yangi tug'ilgan chaqaloq eritrotsitlarining nimaning hisobiga gemolizga uchraydi:

- *Onaning antitelolari
- Bolaning autoimmun antitelolari
- Komplement tizimidagi buzilish
- Onaning antigeniga qarshi homila antitelolari.

47. Abortdan keyin rezus-sensibilizatsiya doim kuzatiladimi:

- Tez tez abortlardan keyin
- Doim
- Yo'q
- *Kamdan kam

48. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi profilaktikasi uchun qo'llaniladigan preparat tarkibida qanday antitela bor:

- *anti-D
- anti-A va anti-V
- anti-D va anti-S
- anti-d,c,e.

49. Rezus musbat ayollarda rezus ziddiyat profilaktikasi o'tkaziladi:

- Birinchi tug'ruqdan keyin
- Ikkinchi tug'ruqdan keyin
- *Har bir tug'ruqdan keyin
- Homiladorlikning erta muddatlarida

50. Rezus manfiy ayollarlar uchun Anti-D immunoglobulin qilinishi kerak:

- Tug'ruqdan keyingi 7 sutka ichida
- *Tug'ruqdan keyingi 48 soat ichida
- Bolada gemolitik kasallik simptomlari kuzatilganda
- Ayolning xoxishiga ko'ra.

51. Donor va retsipyentning individual mosligini tekshirishda nima qo'llaniladi:

- *donor zardobi retsipyent eritrotsitlari bilan
- retsipyent zardobi donor eritrotsitlari bilan
- donor va retsipyent zardobi standart eritrotsitlar bilan
- retsipyent eritrotsitlari fosfat bufer bilan.

52. Donorni qon olishga tayyorlash:

- tibbiy registrator tomonidan donorning pasport ma'lumotlari ko'rib chiqilib, qon topshirishga yuboradi
- qon olinadigan idishlar, flakonlar va probirkalarni markirovka qilish
- bilak bug'iniga ishlov berish va jgut qo'yish
- *barcha javoblar to'g'ri

53. Gemolitik anemiya tashxisi aniq bo'ladi:

- retikulotsitlar sonining ko'payishi bilan
- giperbilirubinemiya bilan
- eritrotsitlarning osmotik qarshiligining oshishi bilan
- *eritrotsitlarning umr ko'rish davomiyligi pasayganda

54. Qaysi anemiya giperxromiya, makro- (megalo) sitoz, regeneratsiya shakllarining pasayishi bilan tavsiflanadi:

- *B12 (Folio) kam
- o'tkir posthemorragik
- gemolitik
- temir tanqisligi

55. O'tkir o'rtacha qon yo'qotishdan keyin aylanma qon hajmini tiklashning eng erta vaqtini ko'rsating:

- 7-8 soatdan keyin
- *24-48 soatdan keyin
- 4-5 kundan keyin
- 2-4 kundan keyin

56. O'rtacha og'irlikdagi o'tkir qon yo'qotishdan keyin retikulotsitoz qanday vaqtda rivojlanadi:

- birinchi soatda
- 5-6 soatdan keyin

- 24-28 soatdan keyin
- *4-12 kundan keyin

57. O'tkir qon yo'qotishidan keyingi daqiqalar va soatlarda tananing moslashuvchan ahamiyatiga ega bo'lmagan jarayonni ko'rsating:

- *qonning venoz qaytishini kamaytirish
- periferik vazokonstriksiya
- qon aylanishini markazlashtirish
- oliguriya

58. Qonning yopishqoqligini pasaytiradigan omillarni ko'rsating:

- qon oqimining sekinlashishi
- qonda fibrinogen miqdorining oshishi
- *qonda albuminning ko'payishi
- gematokritning ko'payishi

59. Qanday anemiyalar eritrotsitlarning aniq gipoxromiyasi bilan tavsiflanadi:

- *surunkali posthemorragik anemiya
- gipoplastik anemiya
- o'tkir posthemorragik anemiya
- difillobotriozdagi anemiya

60. O'tkir qon yo'qotishdan so'ng darhol paydo bo'ladi:

- oligotsitemik gipovolemiya
- politsitemik gipovolemiya
- *oddiy gipovolemiya
- oligotsitemik normovolemiya

61. Leykotsitoz-bu qondagi leykotsitlar sonining ko'payishi:

- $5 \times 10^9 / l$
- $4 \times 10^9 / l$
- * $9 \times 10^9 / l$
- $6 \times 10^9 / l$

62. Eozinopeniya rivojlanishi qaysi holatga xos emas:

- xavfli o'smalar
- o'tkir fazali javob
- *atopik dermatit
- stressli holatlar

63. Qaysi holat mutlaq neytropeniya rivojlanishi bilan birga keladi:

- *o'tkir nurlanish kasalligi
- o'tkir miokard infarkti
- o'tkir fazali javob

- stressli holatlar

64. Ushbu kasalliklardan qaysi biri pansitoz bilan tavsiflanadi (qonda eritrotsitlar, leykotsitlar va trombositlar sonining ko'payishi):

- surunkali miyeloid leykemiya
- surunkali limfotsitik leykemiya
- *eritreminiya (Vakez kasalligi)
- surunkali miyeloid leykemiya

65. Surunkali limfotsitik leykemiya uchun periferik qondagi qanday o'zgarishlar xarakterlidir:

- *1 litrda leykotsitlar sonining ko'payishi. qon
- leykopeniya
- neyetrofiliya
- yetilmagan limfotsitlarning ustunligi

66. Qonda qanday o'zgarishlar neyetrofil leykotsitozga xos emas:

- limfotsitlar foizini kamaytirish
- metamiyelotsitlarning paydo bo'lishi
- *mutlaq limfotsitoz
- polisegmentatsiyalangan neyetrofillarning paydo bo'lishi

67. Nisbiy limfotsitozning sababi:

- qon yo'qotish
- plazma yo'qotish
- *neytrofillar hosil bo'lishining pasayishi
- limfotsitlar shakllanishining oshishi

68. Qaysi holatda gematokrit ko'rsatkichining oshishi kuzatilmaydi:

- kombinatsiyalangan mitral yurak nuqsoni bilan
- *o'tkir qon yo'qotishidan 4-5 kun o'tgach
- kuyish shokida
- eritreminiya bilan (Vakez kasalligi)

69. Leykopeniya qondagi leykotsitlar sonining kamayishi deb ataladi:

- $5 \times 10^9 / l$
- * $4 \times 10^9 / l$
- $9 \times 10^9 / l$
- $7 \times 10^9 / l$

70. Qaysi kasallik eozinofiliya bilan tavsiflanmaydi:

- pollinoz
- jigar echinokokkozi
- *surunkali limfotsitik leykemiya
- allergik rinit

71. Qaysi holat bilan birga kelmaydi mutlaq limfotsitopeniyaning rivojlanishi:

- *yuqumli mononuklyoz

- giperkortizolizm
- limfogranulomatoz
- o'tkir nurlanish kasalligi

72. Immun agranulotsitozga xos bo'lgan belgilar qanday:

- *o'tkir febril reaksiya bilan kechadigan ülseratif nekrotik tonzillitning asoratlari

- ülseratif nekrotik tomoq og'rig'ining asoratlari
- normal tana harorati
- xarakterli alomatlar bilan pnevmoniyaning mumkin bo'lgan asoratlari

73. Periferik qonda qanday o'zgarishlar surunkali miyeloid leykemiya xos emas:

- miyelotsitlarning mavjudligi
- "leykemiya etishmovchiligi"

- *trombotsitopeniya

- yagona miyeloblastlarning paydo bo'lishi

74. O'tkir leykemiya o'limning eng keng tarqalgan sababini ayting:

- *ichki organlarga qon ketish va qon ketish

- nafas olish etishmovchiligining rivojlanishi
- jigar funksiyasining buzilishi
- buyrak funksiyasining buzilishi

75. Leykotsitlar formulasining yadroviy siljish indeksi:

- mononukulyar leykotsitlarning polimorfonukulyar hujayralarga nisbati

- *segmentlanmagan neytrofillarning segmentlangan neytrofillarga nisbati

- segmentlanmagan neytrofillar sonining ko'payishi

- segmentlangan neytrofillarning segmentlanmagan neytrofillarga nisbati

76. Leykotsitlar formulasining regenerativ siljishi deyiladi:

- faqat tayoqchali neytrofillarning ko'payishi

- *tayoqchali neytrofillarning ko'payishi va metamiyelotsitlarning paydo bo'lishi

- miyelotsitlarning paydo bo'lishi

- bazofillar va euzinofillarning ko'payishi

77. Leykotsitlar formulasining giperregenerativ siljishi deyiladi:

- faqat tayoqchali neytrofillarning ko'payishi

- faqat tayoqchali neytrofillar va metamiyelotsitlarning ko'payishi

- *miyelotsitlarning paydo bo'lishi

- bazofillar va euzinofillarning ko'payishi

78. Leykotsitlar formulasining o'ng tomonga yadro siljishi deyiladi:

- *tayoqchali neytrofillarning kamayishi yoki yo'qolishi
- monotsitlar va limfotsitlarning ko'payishi
- bazofil-eozinofil assotsiatsiyasining paydo bo'lishi
- metamiyelotsitlarning paydo bo'lishi

79. Agranulotsitoz bilan:

- *qonda neytrofillarning sezilarli darajada kamayishi yoki yo'qolishi
- har qanday aniq leykopeniya
- granulotsitlar rangining yo'qolishi
- mutlaq limfopeniya

80. Eozinofiliya quyidagi hollarda yuzaga keladi:

- qon yo'qotish
- plazma yo'qotish
- anemiya
- *bronxial astma

81. Jismoniy ish paytida fiziologik leykotsitozning sababi:

- leykotsitlar sintezining ko'payishi
- *leykotsitlarning marginal qismini safarbar qilish
- eritropoetinning chiqarilishi
- leykopoetinlarning ko'payishi

82. Leykemoid reaksiyasining paydo bo'lishi sharti:

- leykemiya
- *qizil suyak iligining giperreaktivligi
- qizil suyak iligi giporeaktivligi
- depodan oq qon hujayralarini safarbar qilish

83. Neytrofil tipidagi leykemoid reaksiyasida quyidagi o'zgarishlar xarakterlidir:

- anemiya
- *leykotsitlar formulasini chapga siljitish
- leykotsitlar formulasini o'ngga siljitish
- monotsitoz

84. O'tkir leykemiyalarda o'simta substrati (asosiy hujayralar):

- etuk qon hujayralari
- *portlash hujayralari
- ildiz hujayralari
- limfopoezning progenitor hujayralari

85. Surunkali leykemiya o'simta substrati (asosiy hujayralar):

- portlash hujayralari
- *yetuk va etuk hujayralar

- unipotent progenitor hujayralar
- bipotent progenitor hujayralar

86. Leykemiyaning leykemiya shakli har doim xarakterlidir:

- leykopeniya
- *aniq leykotsitoz
- eritrotsitoz
- qon portlash hujayralarining yo'q bo'lib ketishi

87. Leykemiya etishmovchiligi quyidagilar uchun xarakterlidir:

- *o'tkir leykemiya
- miyeloma kasalligi
- surunkali miyeloid leykemiya
- eritremitiya

88. "Leykemiya etishmovchiligi" atamasi quyidagilarni anglatadi:

- og'ir anemiya
- leykotsitlar formulasini chapga siljitish
- *blastlar mavjud bo'lganda leykotsitlar formulasida etuk neytrofillarning yo'qligi
- esrning keskin o'sishi

89. O'tkir leykemiyaning aleykemik shakli xarakterlidir:

- periferik qonda leykotsitlar yo'qligi
- o'tkir leykopeniya
- trombotsitoz
- *qonda portlashlarning yo'qligi

90. Bazofil-eozinofil assotsiatsiyaning paydo bo'lishi quyidagilar uchun xosdir:

- o'tkir limfotsitik leykemiya
- o'tkir miyeleykoz
- surunkali limfotsitik leykemiya
- *surunkali miyeloid leykemiya

91. Leykemiya qon ketish bilan bog'liq:

- leykotsitoz
- leykopeniya
- trombotsitoz
- *trombositopeniya

92. Leykemiya bilan bog'liq anemiya:

- aylanma qon hajmining pasayishi
- *eritropoezni inhibe qilish
- taloq funktsiyalarini inhibe qilish
- leykopeniya

93. Qon smearidagi Botkin-Gumprecht soylari:

- gipoxromik eritrotsitlar
- Filadelfiya xromosomasining "yirtilgan" qo'li
- *vayron qilingan limfotsitlar (qobiq)
- toksik donli neytrofillar

94. Siydikda Bens-Jons oqsilini aniqlash odatiy holdir:

- o'tkir miyeloid leykemiya
- *miyeloma kasalligi
- surunkali b hujayrali limfotsitik leykemiya
- Vakez kasalliklari

95. Surunkali limfotsitik leykemiya uchun gemogrammada xarakterli:

- leykotsitlar formulasini chapga siljitish
- trombositoz
- nisbiy limfositoz
- *mutlaq limfositoz

96. Miyeloma kasalligi uchun substrat (asosiy hujayralar):

- retikulotsitlar
- *plazmotsitlar
- portlash hujayralari
- monotsitlar

97. Miyeloma kasalligida suyak to'qimalarining yo'q qilinishi tushuntiriladi:

- giperparatiroidizm
- *plazmotsitlardan infiltratlar hosil bo'lishi
- gipoparatiroidizm
- vitamin etishmasligi D

98. "Filadelfiya" xromosomasini aniqlash xarakterli xususiyatdir:

- o'tkir miyeloid leykemiya
- *surunkali miyeloid leykemiya
- o'tkir limfotsitik leykemiya
- surunkali limfotsitik leykemiya

99. Surunkali miyeloid leykemiya gemogrammada paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi:

- leykemiya etishmovchiligi
- limfositoz
- *leykotsitlar formulasida giperregenerativ chapga siljish
- leykotsitlar formulasida o'ngga siljish

100. Surunkali limfotsitik leykemiyaning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlariga quyidagilar kiradi:

- retikulotsitoz
- *mutlaq limfotsitoz
- nisbiy limfotsitoz
- bazofil-eozinofil uyushmasi

101. Miyeloblastik leykemiya va limfoblastik leykemiya bilan ajralib turishi mumkin:

- *xarakterli sitokimyoviy reaksiyalar
- portlashlar soni
- leykemiya etishmovchiligi faqat bitta holatda
- bazofil-eozinofil assotsiatsiyasi faqat bitta holatda

102. Quyidagi kasalliklardan qaysi biri Botkin-Gumprext hujayralari bilan tavsiflanadi:

- limfogranulomatoz
- o'tkir limfotsitik leykemiya
- *surunkali limfotsitik leykemiya
- miyeloma kasalligi

103. Limfogranulomatozda o'simta hujayralari qanday nomlanadi:

- limfotsitlar
- megaloblastlar
- Botkin-Gumprext hujayralari
- *Berezovskiy-Sternberg hujayralari

104. Soxta (nisbiy) leykotsitoz paydo bo'lishi mumkin:

- *gipohidratatsiya bilan
- leykemiyaning o'sma faollashishi bilan
- atopik AD bilan
- atopik dermatit uchun

105. Leykemiya leykemoid reaksiyasida:

- *leykotsitlar soni $50-80 \times 10^9/l$ dan yuqori
- leykotsitlar soni 9 dan 50×10^9 gacha
- leykotsitlar soni 4 dan 9×10^9 gacha
- leykotsitlar soni 4×10^9 gacha

106. Subleykemik leykemoid reaksiyasida:

- leykotsitlar soni 50 dan yuqori - 80×10^9
- *leykotsitlar soni 9 dan $50 \times 10^9 / l$ gacha
- leykotsitlar soni 4 dan 9×10^9 gacha
- leykotsitlar soni 4×10^9 gacha

107. Leykopenik leykemoid reaksiyasida:

- leykotsitlar soni 50-80 x 10⁹ dan yuqori
- leykotsitlar soni 9 dan 50 x10⁹ gacha
- leykotsitlar soni 4 dan 9X10⁹ gacha
- *leykotsitlar soni 4 x10⁹ gacha

108. Kasallikni tasdiqlash uchun qanday tadqiqotlar o'tkazish kerak limfogranulomatoz:

- gemogramma
- sternal ponksiyon
- *limfa tugunlari punktatida Berezovski-Stenberg hujayralarini aniqlash
- siydikni tahlil qilish

109. Qaysi diagnostika mezonlari politsetemiyaning (Vakez kasalligi) taxmin qilishga imkon beradi:

- gemogrammada leykemoid etishmovchiligi
- giperazotemiya
- *gematokrit 60 dan ortiq%
- proteinuriya

110. Periferik qon rasmining quyidagi variantlaridan qaysi biri eritreminiyaga ko'proq xosdir:

- eritrotsitlar, trombositlar, og'ir leykotsitlarning normal soni
- eritrotsitlar, trombositlar, leykopeniyaning normal soni
- o'rtacha anemiya, trombositopeniya, leykopeniya
- *eritrotsitlar, trombositlar, leykotsitlar

111. O'tkir leykemiya trombositopeniya bilan bog'liq:

- qon tomir kanalida trombositlarni yo'q qilish
- taloqdagi trombositlarni yo'q qilish
- *megakaryotsitik niholni inhibe qilish bilan
- megakaryotsitlar funksiyasining etarli emasligi

112. Qon namunasi (blastlar miqdori 70% gacha bo'lgan leykotsitlar, og'ir anemiya, trombositopeniya) kasallikka xosdir:

- *o'tkir leykemiya
- surunkali miyeloid leykemiya
- surunkali limfotsitik leykemiya
- limfogranulomatoz

113. Trombositlar agregatsiyasi hissa qo'shmaydi:

- kollagen
- *prostatsiklin
- tromboksan
- adrenalin

114. Qon tomir-trombotsitli gemostaz quyidagi sabablarga ko'ra buzilishi mumkin:

- trombotsitlar sonining kamayishi
- trombotsitlar funksiyasining buzilishi
- villebrand omilining etishmasligi
- *barcha javoblar to'g'ri

115. Ushbu omillardan qaysi biri tromboz patogenezida ishtirok etmaydi?

- mahalliy angiospazm
- *plazminogen tizimining faolligini oshirish
- koagulyatsion gemostazni faollashtirish
- qonning yopishqoqligini oshirish

116. Oshqozon-ichak traktidan qon yo'qotish bilan bog'liq gemorragik anemiyaning sababi quyidagilar bilan aniqlanadi:

- anamnestik ma'lumotlar
- oshqozon-ichak traktining rentgenologik tekshiruvi
- çölyak magistral va mezenterial arteriyalarning selektiv angiografiyasi
- *oshqozon-ichak traktining endoskopik tekshiruvi

117. Gemolitik anemiyalar uchun eng xarakterlidir:

- *terining sarg'ayishi va sklera, splenomegaliya
- qorong'u siydik paydo bo'lishi
- limfadenopatiya
- splenomegaliya

118. Aplastik anemiya bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda quyidagilar aniqlanadi:

- *terining oqarishi
- limfa tugunlari paypaslanadi
- gepatosplenomegaliya
- normal o'lchamdagi jigar va taloq

119. Aplastik anemiya terapiyasi asosan boshlanadi:

- *siklosporinni qo'llash
- antilimfotsitik immunoglobulin kurslarini o'tkazish
- splenektomiya
- glyukokortikosteroidlarning maqsadi

120. Kengaytirilgan bosqichda surunkali miyeloleukozda periferik qondagi xarakterli o'zgarishlar:

- *oq qon hujayralari sonining ko'payishi metamiyelotsitlarga chapga siljish
- metamiyelotsitlarga chapga siljish
- plazmoblast tipidagi hujayralarni aniqlash

- limfotsitlar sonining ko'payishi

121. Taloq funktsiyasi asosan quyidagilardan iborat:

- antikorogenez
- *qon hujayralari sekvestratsiyasi
- suyak iligi gematopoezining inhibatsiyasi
- vikar gematopoezning rivojlanishi

122. Kengaytirilgan bosqichda surunkali miyeloid leykemiyada qon testlarida xarakterli o'zgarishlar:

- leykotsitlarning normal soni
- chapga siljish n/i neytrofillar
- *bazofil-eozinofil uyushmasi
- plazmoblast tipidagi hujayralarning paydo bo'lishi

123. Eritremiyadagi trombotik asoratlarning patogenezi quyidagilarga bog'liq:

- aylanma eritrotsitlar massasining ko'payishi
- trombotsitoz
- trombotsitlarning funktsional xususiyatlarining buzilishi
- *sanab o'tilgan barcha omillar

124. Subleykemik miyelozning xarakterli topilmalari asosan:

- *panmieloz tipidagi miyeloproliferatsiya
- jigar va taloqda uch o'simtadan qon hosil bo'lishi
- miyelofibroz
- osteomiyeloskleroz

125. O'tkir leykemiya terapiyasining boshlanishi quyidagicha:

- *remissiya induksiyasi
- erishilgan remissiyani birlashtirish
- reinduktsiya kurslari
- doimiy qo'llab-quvvatlovchi terapiya

126. Eritrotsitlar massasini zudlik bilan quyish zarurati quyidagilar bilan yuzaga keladi:

- *o'tkir massiv qon yo'qotish
- B12 etishmovchiligi bo'lgan keksa odamlarda anemiya komasi tahdidi
- etiologiyasidan qat'i nazar, anemiya komasining rivojlanish xavfi
- fibromiyoma orqali bachadon amputatsiyasining o'preatsiyasiga tayyorgarlik ko'rayotgan ayolda 50 g/l anemiya

127. Gemolitik anemiyalar asosan xarakterlidir:

- rangpar teri va sklera
- engil siydik paydo bo'lishi

- limfadenopatiya
- *splenomegaliya

128. Qon zardobidagi temir tarkibini to'g'ri aniqlash uchun quyidagilar zarur:

- bemorning qoni bo'lgan naycha muzlatgichga qo'yildi
- *barcha reaktivlar bidistillangan suvda tayyorlangan
- bemor tadqiqotdan bir hafta oldin go'sht va baliq ovqatlarini iste'mol qilgan
- qon olish naychasi bidistillangan suv bilan ikki marta yuvilgan

129. Gemorragik vaskulitning patogenezi, klinikasi va diagnostikasi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- qonda aylanib yuruvchi immunitet komplekslarining paydo bo'lishi
- iltifot tizimining tarkibiy qismlarini faollashtirish
- aseptik yallig'lanish
- *barcha javoblar to'g'ri

130. Turli bosqichlarda DIC sindromining klinik ko'rinishi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- gemokoagulyatsion shok
- qon ketishining gematomik turining ustunligi
- ko'p a'zolar etishmovchiligi
- *barcha javoblar to'g'ri

131. DVS rivojlanishining asosiy patogenetik omili:

- hujayra parchalanishi
- *to'qima tromboplastinining chiqarilishi va faollashishi
- mikrotrombalarda qon ivish omillarini iste'mol qilish
- VIII, IX koagulyatsion omillarga qarshi antikorlarning paydo bo'lishi

132. DVS sindromining oldini olish va davolashning asosiy printsiplari quyidagilardan iborat:

- septik sharoitlar uchun oqilona antibiotik terapiyasi
- jarrohlik aralashuvlarning shikastlanishini kamaytirish
- *DIC sindromini erta tashxislash
- fibrinolitiklar, yangi muzlatilgan plazma, to'g'ridan-to'g'ri antikoagulyantlarning maqsadi

133. Posthemorragik anemiyaning diagnostik xususiyatiga quyidagilar kiradi:

- *retikulotsitoz
- sideropeniya
- eritrotsitlar gipoxromiyasi
- yuqori rang ko'rsatkichi

134. DVS bilan gemostazning holati quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- *giper-keyin gipokoagulyatsiya

- fibrinolizning kamayishi
- trombotsitopeniya va fibrinogen etishmovchiligi
- trombotsitlarning ristomitsin agregatsiyasining yo'qligi

135. Posthemorragik anemiyaning laboratoriya belgisiga quyidagilar kiradi:

- *gemoglobin darajasining pasayishi

- aylanma qizil qon tanachalari sonining sezilarli darajada kamayishi
- eritrotsitlar gipoxromiyasi
- bilvosita bilirubin darajasini oshirish

136. Gemolitik inqirozning laboratoriya diagnostik belgilari:

- qizil niholni kamaytirish

- *retikulotsitoz va qonda bilvosita bilirubin darajasining oshishi

- zardob temirining ko'payishi
- qizil qon tanachalari sonining keskin o'sishi

137. Paraproteinemik gemoblastozlarda paraproteinemiya simptomatik paraproteinemiya quyidagicha farqlanadi:

- Bens – Jons proteinuriyasining yo'qligi
- M komponentidagi past protein darajasi (30 g/l dan kam)
- *osteodestruktivli o'choqlarning yo'qligi
- suyak iligidagi plazma hujayralari 10 dan kam%

138. Eritremiya va ikkilamchi eritrotsitozlarning differentsial diagnostikasini o'tkazishda birinchisi foydasiga:

- *splenomegaliya bilan eritrotsitoz

- mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, suyak iligi trepanatining giperkellozligi
- jigarning normal hajmida eritrotsitoz
- splenomegaliya bilan eritropeniya

139. Quyidagi preparatlardan alkillashtiruvchi vositalarga quyidagilar kiradi:

- *nitrozourea (CCNU, BCNU)

- 6-merkaptopurin
- vinkrestin
- gidroksiurea

140. "Virusli gepatit b" tashxisi haqida to'liq ma'lumot:

- Nve – antigen
- NVS antijeni

- HBs-antigen

- *HBs antijeni va HBs antigeniga antikorlar

141. OIVni yuqtirishning asosiy mexanizmi:

- tomchilatib yuborish
- najas-og'iz
- *aloqa (jinsiy)
- sun'iy (parenteral)

142. Transfüzyon vositalarini oqilona ishlatish bilan birgalikda qon quyish xavfsizligini ta'minlash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- *qon va uning tarkibiy qismlarini faqat qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq quyish
- bitta donor plazmasidan yoki kichik plazma hovuzlaridan olingan dorilarni qo'llash
- avtodonorizmni targ'ib qilish
- qonni qayta tiklash usullaridan foydalanish

143. Qon va uning tarkibiy qismlarini yig'ishda mudofaa sanoatining ishi quyidagi xususiyatlar bilan ajralib turadi:

- *donor kadrlarning tuzilishi
- qon va uning tarkibiy qismlarining tayyorlangan hajmi sog'liqni saqlash muassasalariga transfüzyon terapiyasini tashkil etishda ishtirok etish
- olingan komponentlar nomenklaturasi
- sanitariya-epidemiologiya rejimiga rioya qilish

144. Guruh antikorlari va qon antijenlarining o'zaro ta'sirida aglutinatsiyaning asosiy sharti:

- *pH-muhit
- antikorlarning shakli
- antikor molekulasidagi polipeptid zanjirlari soni
- polipeptid zanjirlari soni

145. Shubhali holatlarda qon guruhini aniqlash amalga oshiriladi:

- *anti-A va anti –b monoklonal tsoliklonlari
- heterologik sarum
- giperimmun sarum
- standart sarumlar

146. "Xavfli" donorlarni aniqlash uchun quyidagilar qo'llaniladi:

- tuz va oqsil muhitida parallel titrlash
- tabiiy Antikor titrini aniqlash
- qon zardobini isitish usuli
- *bilvosita Kumbs testi

147. Amaldagi ko'rsatmalarga muvofiq donorning maxsus tanlovi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- qabul qiluvchining qon zardobida immun anti-eritrositik antikorlarni tekshirish
- qabul qiluvchining qon zardobini leykotsitlarga qarshi antikorlarni tekshirish
- *qabul qiluvchining eritrotsitlar antijenlarini hisobga olgan holda donorni tanlash

- AVO antijenlari uchun bir xil nomdagi donorni tanlash

148. Amaldagi ko'rsatmalarga muvofiq donorning maxsus tanlovi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- qabul qiluvchining qonining leykotsitik antikorlarini hisobga olgan holda donorni tanlash
- 4, 20 va 370 ° C haroratda tuz muhitida aglutinatsiya usuli bilan moslik testini o'tkazish
- Kumbs to'g'ridan-to'g'ri namunasining muvofiqligi uchun namuna olish
- *Abo antijenlari va RH omiliga muvofiqligi uchun majburiy testlarni o'tkazish

149. Qonning immunologik muvofiqligi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- qon quyish, antikorlarning barcha turlarini aniqlash bo'yicha uslubiy tavsiyalarda nazarda tutilgan namunalar
- antikorlarning barcha turlarini aniqlash uchun immunologik namunalar (to'liq, to'liq bo'lmagan, termal, sovuq)
- *zardobni donor antijenlari bilan reaksiyaga kirishish imkoniyatini o'z ichiga olgannamunalar
- antikorlarning barcha turlarini aniqlash

150. Muvofiqlik bo'yicha ma'lum namunalar orasida qabul qiluvchining sarumi va donorning qizil qon tanachalari o'rtasidagi reaksiyalar ajralib turadi:

- *mahalliy
- proteolitik fermentlardan biri bilan ishlov berilgan
- qayta ishlangan taninlar
- konglutinatsiya muhitida

151. Panagglutinatsiya mavjud bo'lganda harakatlar:

- mikroskopik uni tanga ustunlaridan ajratish
- reaksiya paytida haroratni oshiring
- *iliq fiziologik eritma bilan yuvilgan eritrotsitlardan foydalaning
- tsoliklonlardan foydalaning

152. Plazmadagi ortiqcha natriyning klinik belgilari:

- *tashnalik, shish paydo bo'lishi, taxikardiya
- shish paydo bo'lishi
- taxikardiya
- qusish

153. Kaliy hujayradan qanday sharoitlarda chiqadi:

- *gipoksiya, kortikosteroid gormonlarining haddan tashqari dozasi
- hujayra suvsizlanishi
- oqsil sintezi (kuchaytirilgan)
- kortikosteroid gormonlarining haddan tashqari dozasi

154. Homilador ayollarda anemiya tashxisini tekshirish muhim emas:

- *miyelogrammani o'rganish, koagulogramma

- gemogrammani o'rganish
- eritrotsitlar ko'rsatkichlarini o'rganish
- koagulogramma

155. Gemolitik anemiyadan farqli o'laroq, homilador ayollar anemiyasida:

- *eritrotsitlarning umri normal, retikulotsitozning yo'qligi

- eritrotsitlarning umri qisqartirildi
- eritrotsitlarning umri uzaytirildi
- eritrotsitlar gipoxromiyasi

156. Folik kislota ishtirok etmaydi:

- DNK sintezi

- *fermentlar sintezi, atsetilxolinesteraza sintezi

- RNK sintezi
- HB sintezi

157. Tanadagi B12 vitamini etishmovchiligi bilan:

- temirning so'rilishi buzilgan
- qon ivish tizimi buzilgan
- hujayra apoptozi buzilgan

- *nukleotidlarning shakllanishi va hujayra bo'linishi buzilgan

158. Homilador ayollarning anemiyasini davolash uchun quyidagilar qo'llanilmaydi:

- B12 vitamini
- temir preparatlari

- *GKS, B12 vitamini

- foliy kislotasi

159. B12 vitamini etishmovchiligi bilan:

- trombotsitlar funktsiyasi buzilgan
- B12 vitaminining so'rilishi, süksin kislotasining shakllanishi buzilgan

- *metilmalon k-t ning amberga aylanishi buzilgan

- trombotsitlar faolligi buzilgan

160. B12 etishmovchiligi anemiyasida Nevrologik alomatlar bog'liq emas:

- orqa miya posterolateral ustunlari patologiyasi bilan
- orqa miyadagi organik o'zgarishlar bilan

- *Markaziy asab tizimidagi o'sma bilan

- kranial nervlarning shikastlanishi bilan

161. B12-foliy etishmovchiligi anemiyasi xarakterli emas:

- gepatosplenomegaliya
- *limfadenopatiya, osteodestruksiya
- osteodestruksiya
- teri va skleraning ikterikligi

162. B12-foliy etishmovchiligi anemiyasi eritrotsitlarda aniqlanishi bilan tavsiflanadi:

- ferment patologiyalari
- *Kebot halqalari, giperxromiya
- giperxromiya
- membrana patologiyalari

163. B12 tanqisligi anemiyasi va temir tanqisligi o'rtasidagi farq nima

- *sideropeniya, nevrologik alomatlar, giperxromiyaning yo'qligi
- rangpar teri va shilliq pardalar
- nevrologik alomatlar
- eritrotsitlar giperxromiyasi

164. Gipoaplastik anemiya bilan jarayonlar buziladi:

- ildiz hujayralarini o'z-o'zini qo'llab-quvvatlash, leykotsitlar differentsiatsiyasi
- *suyak iligi hujayralarining kamayishi
- trombotsitlarni ajratish
- trombotsitlarni faollashtirish

165. Gipoaplastik anemiyada qon ketishining shakllanishi ishlab chiqarishning pasayishi bilan bog'liq:

- *trombotsitlar, tromboplastin, protrombin
- tromboplastin
- antigemofil globulin
- protrombin

166. Gipoaplastik anemiyada kamqonlikning namoyon bo'lishi suyak iligidagi buzilish bilan bog'liq:

- *eritropoez
- leykopoez
- trombositopoez
- eritrotsitopeniya

167. Gipoaplastik anemiya klinikasi uchun quyidagilar xosdir:

- gepatosplenomegaliya
- *anemiya, qon ketish, yuqumli asoratlari
- qon ketish
- yiringli tomoq og'rig'i

168. Gipoaplastik anemiyada gemorragik sindromning eng xavfli asoratlari:

- hayotiy organlarga qon quyilishi
- gemartroz
- *miya qorinchalarida qon ketish
- terining qichishi

169. Aplastik anemiya gemogrammasi xarakterli emas:

- *eozinofiliya-bazofiliya
- leykopeniya
- eritrotsitopeniya
- trombotsitopeniya

170. Gipoaplastik anemiya tashxisida o'rganish majburiydir:

- *miyelogrammalar, trepanobiopiya
- trepanobiopiya
- oqsil fraktsiyalari va umumiy oqsil
- gemogrammalar

171. Leykemiya dan farqli o'laroq, hipoaplastik anemiya mavjud emas:

- *limfadenopatiyalar, Blastoz
- blastoza
- gemorragiya
- yuqumli asoratlari

172. Gemolitik anemiyalardan farqli o'laroq, hipoaplastik anemiyalarda bunday bo'lmaydi:

- sariqlik
- bilirubinemiya
- umumiy zaiflik, bosh aylanishi
- *gemolitik inqirozlar, bilirubinemiya

173. Klinikaga burun, tish go'shti va bachadondan qon ketishi, T tanasining 39° C gacha ko'tarilishi haqida shikoyatlari bo'lgan yosh ayol kelib tushdi) anamnezdan: 10 kun oldin u jinoiy abort qildi, ikkinchi kuni ahvoli yomonlashdi. Tekshiruvda-teri va ko'rinadigan shilliq pardalar rangpar, ko'karishlar va in'ektsiya joyida qon ketish. Qon testida: HB 45 g / l, er. 1.7 x 10¹²/l, CV) ko'rsatkichi 0,8, tromb. 52 ming) leykoformula miyelotsitozgacha bo'lgan leykotsitoz) ESR 55 mm/soat) qon smearida ko'plab eritrotsitlar parchalari uchraydi) koagulogrammada ijobiy etanol testi va fibrinogen b, antitrombin–44%. Biz qanday kasallik haqida gapirayapmiz?

- sepsis
- bachadonning teshilishi
- o'tkir aplastik anemiya
- *GENTIAL infeksiyaning asoratlari sifatida DIC sindromi

174. O'roqsimon hujayrali kasallik tashxisini qo'yish uchun eng ma'lumotli quyidagilar:

- *o'roqsimon eritrotsitlar

- retikulotsitoz
- giperbilirubinemiya
- paraproteinemiya

175. Giperxromik anemiya bilan bog'liq:

- temir tanqisligi
- *foliy kislotasi etishmovchiligi
- o'tkir qon yo'qotish
- surunkali qon yo'qotish

176. Qonda eritropoetin kontsentratsiyasi ko'tariladi:

- har qanday mutlaq eritrotsitoz
- eritreimiya (Vakez kasalligi)
- *gipoksiya tufayli eritrotsitoz
- splenomegaliya

177. O'tkir posthemorragik anemiyaning birinchi bosqichi patogenezining asosiy bo'g'inini ko'rsating:

- tomirning shikastlanishi
- *aylanma qon hajmining pasayishi
- temir tanqisligi
- qonda qizil qon tanachalarining kamayishi

178. Gemopoezning megaloblastik turi qanday anemiya bilan tavsiflanadi?

- a-talassemiya
- temir tanqisligi bilan bog'liq anemiya
- *vit B12 etishmovchiligi bilan bog'liq anemiya
- aplastik anemiya

179. Temir tanqisligi anemiyasi uchun temir metabolizmining qaysi ko'rsatkichlari odatiy emas?

- *transferrin to'yinganlik koeffitsientining oshishi
- qizil suyak iligidagi sideroblastlarning kamayishi
- transferrinning to'yinganlik koeffitsientini kamaytirish
- zardobning yashirin temirni bog'lash qobiliyatini oshirish

180. B12 - (foliy) kam anemiyalar uchun quyidagi belgilar xosdir:

- eritrotsitlar gipoxromiyasi
- qon zardobidagi temir miqdorini kamaytirish
- ijobiy to'g'ridan-to'g'ri Kumbs testi
- *qonda Jolli tanalari va Kebot halqalari bo'lgan qizil qon tanachalarining mavjudligi

181. Temir tanqisligi anemiyasining eng keng tarqalgan sabablarini ko'rsating:

- bolalarda oziq-ovqat bilan temirning etarli darajada iste'mol qilinmasligi
- surunkali qon yo'qotish
- homiladorlik va laktatsiya
- *barcha javoblar to'g'ri

182. Eritropoetin sintezini kuchaytirmasdan eritropoezning kuchayishi quyidagi hollarda yuzaga keladi:

- har qanday mutlaq eritrotsitoz
- eritremya (Vakez kasalligi)
- gipoksiya tufayli eritrotsitoz
- *har qanday nisbiy eritrotsitoz

183. O'simta xususiyatiga ega:

- o'roqsimon hujayrali anemiya
- *eritremya (Vakez kasalligi)
- talassemya
- temir-refrakter anemiya

184. O'tkir posthemorragik anemiyaning birinchi bosqichi deyiladi:

- *gidremik
- gemorragik
- refleks
- gipoksik

185. O'tkir posthemorragik anemiyaning ikkinchi bosqichi deyiladi:

- gidremik
- *gemorragik
- refleks
- gipoksik

186. O'tkir posthemorragik anemiyaning uchinchi bosqichi deyiladi:

- gidremik
- *gematopoezning kuchayishi bosqichi
- refleks
- gipoksik

187. Temir ichidagi gemoliz quyidagilarga xosdir:

- RH mojarosi
- *o'roqsimon hujayrali anemiya
- talassemya
- irsiy mikrosferotsitik anemiya

188. Ushbu anemiyalardan qaysi biri giporegenerativ deb tasniflanishi mumkin?

- *surunkali posthemorragik anemiya
- o'tkir posthemorragik anemiya
- gemolitik anemiya
- Minkovskiy-Shoffarning irsiy mikrosferotsitik anemiyasi

189. Ushbu anemiyalardan qaysi biri qondagi eritropoetinlar kontsentratsiyasining eng yuqori o'sishi bilan tavsiflanadi?

- o'rtacha og'irlikdagi o'tkir gemolitik anemiya
- *gematopoez nihollarini inhibe qilish
- oziq-ovqatda B12 vitaminining etishmasligi
- eritrotsitlar gemolizi

190. Periferik qonda turli o'lchamdagi eritrotsitlar mavjudligi deyiladi:

- poikilotsitoz
- *anizotsitoz
- anizoxromiya
- eritrodiyerez

191. Periferik qonda turli shakldagi eritrotsitlar mavjudligi deyiladi:

- *poikilotsitoz
- anizotsitoz
- anizoxromiya
- eritrodiyerez

192. Eritrotsitlar sintezining pasayishi tufayli anemiyaga quyidagilar kiradi:

- *Addison-Birmer anemiyasi (zararli)
- talassemiya
- irsiy mikrosferotsitik anemiya
- eritremya (Vakez kasalligi)

193. Gemolizning kuchayishi tufayli anemiyaga quyidagilar kirmaydi:

- talassemiya
- irsiy mikrosferotsitik anemiya
- *temir-refrakter
- serovid hujayra

194. Addison-Birmer xavfli anemiyasi uchun quyidagilar xosdir:

- eritrotsitlar gipoxromiyasi
- retikulotsitoz
- *eritrotsitlar giperxromiyasi
- eritrotsitlar mikrositozi

195. Gemolitik anemiya paydo bo'lishiga quyidagilar yordam berishi mumkin:

- *eritrotsitlar sferik indeksining oshishi
- eritrotsitlar sferik indeksining pasayishi
- eritrotsitlarning osmotik va kislotali qarshiligini oshirish
- eritrotsitlar mikrositozi

196. Qonda eritrotsitlarning umri keskin kamayadi:

- temir tanqisligi anemiyasi
- *irsiy mikrosferotsitik anemiya
- B12 etishmovchiligi anemiyasi
- o'tkir posthemorragik anemiya

197. Enzimopatiya tufayli anemiyaga quyidagilar kiradi:

- *favizm
- o'roqsimon hujayrali anemiya
- talassemiya
- irsiy mikrosferotsitik anemiya

198. Ikkilamchi (simptomatik) mutlaq eritrotsitoz quyidagi hollarda yuzaga kelishi mumkin:

- eritremiya
- *buyrak o'smalari
- diffuz pnevmoskleroz
- surunkali qon ketish

199. Nisbiy eritrotsitoz hamroh bo'lishi mumkin:

- kasbiy diareya
- leykemiya
- *diffuz pnevmoskleroz
- buyrak shishi

200. Leykopoez va trombositopoezning buzilishi odatda quyidagi hollarda uchraydi:

- temir tanqisligi anemiyasi
- *B12 etishmovchiligi anemiyasi
- diareya
- qon yo'qotish

201. Periferik qondagi pansitopeniya quyidagilarga xosdir:

- o'tkir leykemiyaning leykopenik shakli
- temir tanqisligi anemiyasi
- *B12 etishmovchiligi anemiyasi
- irsiy mikrosferotsitik anemiya

202. Aplastik anemiyaga xos xususiyatni ko'rsating:

- qonning hujayra tarkibini saqlash
- *suyak iligida gematopoezning pasayishi
- gemoblastoz belgilarining mavjudligi
- zardob temirining ko'payishi

203. Temir tanqisligi anemiyasi rivojlanishining sababi:

- *malabsorbtsiya sindromi
- folat etishmovchiligi
- diareya
- siyankobalamin etishmovchiligi

204. Irsiy mikrosferotsitik anemiya xarakterlidir:

- hujayra diametrining oshishi
- *hujayra diametrining pasayishi
- maqsadli eritrotsitlar
- qizil qon hujayralarining osmotik qarshiligini oshirish

205. Talassemiya belgilari:

- rang ko'rsatkichining oshishi
- *rang ko'rsatkichining pasayishi
- eritrotsitlarning o'roqsimon shakli
- eritrotsitlarning maqsadli shakli

206. Temir tanqisligi anemiyasi xarakterlidir:

- gematokritning pasayishi
- splenomegaliya
- qon zardobidagi temirning ko'payishi
- *qon zardobidagi temirni kamaytirish

207. B12 etishmovchiligi anemiyasi xarakterlidir:

- eritrotsitlar gipoxromiyasi
- leykotsitoz
- narx-jon egri chizig'ining chapga siljishi
- *narx-Jons egri chizig'ining o'ng tomonga siljishi

208. Ushbu anemiyalardan qaysi biri regenerativ, normoxromdir, normotsitik:

- B12 etishmovchiligi anemiyasi
- bolalikning alimantar anemiyasi

- *o'tkir qon yo'qotish tufayli anemiya

- surunkali qon yo'qotish tufayli anemiya

209. B12 etishmovchiligi anemiyasining sababini ko'rsating:

- tanadagi temir tanqisligi

- kallekreinkin tizimining faolligini oshirish

- *qal'aning ichki omilining yo'qligi

- eritrotsitlarga antikorlarni ishlab chiqarish

210. Quyidagi hujayralardan qaysi biri diametri 5 mkm:

- *retikulotsit

- megalotsit

- makrosit

- mikrosit

211. B12 etishmovchiligi anemiyasining eng keng tarqalgan sababi:

- qon yo'qotish

- gelmintik invaziya

- *Castle ichki omil sekretsiasining buzilishi yoki
siyanokobolaminmalabsorbsiasining buzilishi

- B12 vitaminini oziq-ovqat bilan etarli darajada iste'mol qilmaslik

212. Quyida keltirilgan qaysi belgilar aplastik anemiyaga xosdir:

- kam ifodalangan eritrotsitopeniya bilan normoxromiya

- og'ir eritrotsitopeniya bilan giperxromiya

- og'ir eritrotsitopeniya bilan gipoxromiya

- *aniq eritrotsitopeniya bilan normoxromiya

213. Quyida keltirilgan belgilarning qaysi biri tug'ma gemolitik anemiya uchun xosdir Menkovskiy-Shaffar:

- normotsitoz

- megalotsitoz

- makrositoz

- *mikrosferotsitoz

214. Quyidagi anemiyalardan qaysi biri gipoxromiya, mikrositoz, regeneratsiya shakllarining pasayishi bilan tavsiflanadi:

- *Temir Tanqisligi

- o'tkir posthemorragik

- gemolitik

- B12 (Folio) kam

215. Erkak donorlarda gemoglobinning minimal miqdori qancha bo'lishi kerak:

- 110 g/l

- *130 g/l
- 140 g/l
- 150 g/l.

216. Ayol donorlarda gemoglobinning minimal miqdori qancha bo'lishi kerak:

- 110 g/l
- *120 g/l
- 140 g/l
- 150 g/l.

217. Ayol donorlarda eritrotsitlarning minimal miqdori qancha bo'lishi kerak:

- $2.5 \times 10^{12}/l$
- $2.9 \times 10^{12}/l$
- * $3.5 \times 10^{12}/l$
- $4.0 \times 10^{12}/l$

218. Erkak donorlarda eritrotsitlarning minimal miqdori qancha bo'lishi kerak:

- $3.0 \times 10^{12}/l$
- $3.5 \times 10^{12}/l$
- * $4.0 \times 10^{12}/l$
- $4.5 \times 10^{12}/l$

219. Erkak donorlarda ECHT qanchadan yuqori bo'lmasligi kerak:

- 3 mm/soat
- *5 mm / soat
- 9 mm/ soat
- 10 mm/ soat

220. Ayol donorlarda ECHT qanchadan yuqori bo'lmasligi kerak:

- 3 mm/ soat
- *5 mm / soat
- 9 mm/ soat
- 15 mm/ soat

221. Donorlarda leykotsitlar miqdori qancha bo'lishi kerak:

- $3.5 - 4.0 \times 10^9/l$
- $4.0 - 5.5 \times 10^9/l$
- $6.0 - 9.0 \times 10^9/l$
- * $4.0 - 9.0 \times 10^9/l$

222. Donorlarda trombotsitlar miqdori qancha bo'lishi kerak:

- $180 - 360 \times 10^9/l$

- *180 – 320 x 109/l
- 240 – 400 x 109/l
- 150 – 400 x 109/l

223. Aktiv donorlar gemogramma qancha muddatlarda tekshirilib turilishi kerak:

- *6 oyda 1 marta
- 9 oyda 1 marta
- 1 yilda 1 marta
- terapevt tavsiyasiga ko'ra.

224. Sog'lom erkaklarda immun donorlik uchun talab qilingan yosh:

- 18 – 60 yosh
- *18 – 70 yosh
- 20 – 65 yosh
- 20 – 70 yosh

225. Donorlardan olinadigan plazmaning maksimal miqdori gemokonservant bilan qo'shib hisoblanganda qancha bo'lishi kerak:

- *6 l/yil
- 8 l/ yil
- 10 l/ yil
- 14 l/ yil

226. Plazmaferozlar oralig'i qancha muddatdan kam bo'lmasligi kerak:

- 7 kun
- *14 kun
- 28 kun
- 35 kun

227. Bir martalik plazmaferozdagi plazmaning maksimal miqdori qancha bo'lishi kerak:

- 300 ml
- 400 ml
- *600 ml
- 700 ml

228. Plazmaferozdan keyin donorga qaytarib quyilgan eritrotsitning yashash davomiyligi o'rtacha:

- *30 kun
- 32 kun
- 36 kun
- 38 kun

229. Immun donorlarda plazmaferozlar oralig'i bo'lishi lozim:

- 7 kun
- *14 kun
- 28 kun
- 35 kun

230. Plazma donorlaridan talab qilinadigan umumiy oqsil miqdorining pastki chegarasi qancha bo'lishi kerak:

- *55 g/l
- 75 g/l
- 85 g/l
- 95 g/l

231. Donorlarda qon ivish vaqti (Li-Uayt bo'yicha) qanchadan oshmasligi kerak:

- 6 min
- 7 min
- *8 min
- 10 min

232. Qon va uning komponentlarini yig'ish quyidagi sharoitlar bilan amalga oshiriladi:

- Safar sharoitida
- Statsionar sharoitida
- Safar va statsionar sharoitlarida
- *Hammasi to'g'ri

233. Operatsion bo'limni qon olishga tayyorlash qachon tugatilishi lozim:

- Ish boshlashdan 15 minut avval
- *Ish boshlashdan 45 minut avval
- Ish boshlashdan 60 minut avval
- Ish boshlashdan 1 soat 15 minut avval

234. Operatsion bo'limda tanaffussiz ishlash davomiyligi qancha vaqtdan oshmasligi kerak:

- 3 soat
- *4 soat
- 5 soat
- 6 soat

235. SPK yoki OPK dagi operatsion xonaga donorlar qanday formada kirishlari lozim:

- O'zining kiyimida va shippakda (baxilada)
- Niqobda va shippakda (baxilada)
- *Tibbiy xalatda va shippakda (baxilada)
- O'zining kiyimi va niqobda

236. Sayyor (viyezdnoy) sharoitlarda qon tayyorlashni tashkillashtirish quyidagi bosqichlardan iborat:

- QQS (SPK) sayyor brigadasi (maxalliy jamoat organlari bilan birgalikda) qon tayyorlash punktlarini tashkil etish
- Operatsion xonalarga donorlar oqimini meyorida, bir hilda ta'minlash maqsadida operatsion xonaning ish quvvati imkoniyatlarini, hamda tashkilotning ish sharoitini xisobga olgan holda qon tayyorlash punktlariga donorlar oqimini to'g'ri tashkillashtirish
- O'z. Res. SSV tomonidan ruxsat berilgan xar xil firma polimer konteynerlarini qo'llash

- *Barcha javoblar to'g'ri

237. Sayyor sharoitlarda qon tayyorlanadi:

- operatsion xonalarda, kengaytirilgan va moslashtirilgan xonalarda
- operatsion xonalarda, moslashtirilgan transport vositalarida
- davolash tashkilotlarining operatsion xonalarida

- *barcha javoblar to'g'ri

238. Sayyor sharoitlarda qon olinganda donor operatsion xonaga qanday xolatda kiradi:

- O'zining kiyimida va poyafzalida
- Niqobda va shippakda (baxilada)

- *Tibbiy xalatda va shippakda (baxilada)

- O'zining kiyimi va niqobda

239. Vrach-terapevt vazifalariga quyidagilar kiradi:

- *Yo'riqnomasi"ga asosan donorni tekshiruvdan o'tkazish

- Olinuvchi qon dozasini individual tavsiya qilish
- "Zahiradagi donor kartasi"ni to'ldirish
- "Donor hisob varaqasi"ni to'ldirish

240. Fibrinogen preparati qanday xolatni korreksiyalash uchun qo'llaniladi:

- *Fibrinogen tanqisligi

- Promtrombin kompleksining tanqisligi
- Protrombin tanqisligi
- Kristmas faktori tanqisligi

241. Bir doza fibrinogen tarkibidagi koagulomerlangan oqsil miqdori:

- 0.5 gr
- *1.0 gr
- 2.0 gr
- 2.5 gr

242. Fibrinogen preparatining yuborilish usuli:

- Teri ostiga
- Mushak orasiga
- *Vena ichiga
- Arteria ichiga

243. Gemofiliya a bilan bog'liq:

- jinsiy y xromosomasidagi mutatsiya
- *VIII omil etishmovchiligi
- IX omil etishmovchiligi
- XI omil etishmovchiligi

244. Trombotsitlar-qon tomir gemostaz patologiyasini aniqlash uchun tadqiqot qo'llaniladi:

- *qon ivish vaqti
- protrombin testi
- gemolizat-agregatsiya testi
- fibrinogen konsentratsiyasi

245. Trombotsitlar funksiyasining buzilishi quyidagi hollarda kuzatilishi mumkin:

- gemofiliya C
- gemofiliya A
- gemofiliya
- *glanzman trombasteniyasi

246. Gemofiliya a uchun qon ketish turini ko'rsating:

- *gematoma
- petexial-dog'li
- vaskulit binafsha rang
- angiomatoz

247. Trombotsitopeniya va trombotsitopatiyada qon ketish turini ko'rsating:

- gematoma
- *petexial-dog'li
- vaskulit binafsha rang
- angiomatoz

248. Gemofiliya a ning eng xarakterli belgisini tanlang:

- *qon ketish vaqtini uzaytirish
- qon ivish vaqtining uzayishi
- turniketning ijobiy namunasi, chimchilash
- protrombin vaqtining pasayishi

249. Gemofiliya a bilan qon ketishi quyidagilarga bog'liq:

- qon tomir-trombotsitlar gemostazining buzilishi

- trombotsitlar gemostazining buzilishi
- *koagulyatsion gemostazning buzilishi
- qon ivish omillarining kamayishi

250. Qon tomir-trombotsitlar gemostazining holati quyidagilarni ko'rsatadi:

- faollashtirilgan qisman (qisman) tromboplastin vaqti
- *Dyuk usuli bilan qon ketish vaqti
- protrombin vaqti
- protrombin indeksi

251. Koagulyatsion gemostazning tashqi mexanizmining holati:

- faollashtirilgan qisman (qisman) tromboplastin vaqti
- Dyuk usuli bilan qon ketish vaqti
- *protrombin vaqti
- gemolizat-agregatsiya testi

252. Koagulyatsion gemostazning ichki mexanizmining holati:

- *faollashtirilgan qisman (qisman) tromboplastin vaqti
- Dyuk usuli bilan qon ketish vaqti
- protrombin vaqti
- gemolizat-agregatsiya testi

253. Koagulyatsion gemostazning oxirgi bosqichining holati:

- faollashtirilgan qisman (qisman) tromboplastin vaqti
- protrombin vaqti
- gemolizat-agregatsiya testi
- *trombin vaqti

254. Olingan gemorragik koagulopatiyalar quyidagilarga bog'liq:

- *Xagementan omilining etishmasligi
- VIII omilning irsiy etishmovchiligi
- kalekrein-kinin tizimining plazma tarkibiy qismlarining etishmasligi
- tanadagi k vitamini etishmovchiligi

255. Iste'mol koagulopatiyasi bu:

- *giperkoagulyatsiya fazasi gipokoagulyatsiya fazasiga o'tadigan ikki fazali qonketishining buzilishi
- qon ivishining haddan tashqari ko'payishi, bu tromboz jarayonining kuchayishi bilan ifodalanadi
- qon ivishining sezilarli darajada oshishi, bu uning oqsillari koagulyatsiyasi va qon pıhtısının shakllanishi jarayonining zaiflashishi bilan ifodalanadi
- trombotsitlar sonining ko'payishi

256. Gemokonsentratsiyada giperkoagulyatsiyaning eng ehtimoliy mexanizmini ko'rsating:

- *qon prokoagulyantlari darajasining oshishi

- prokoagulyantlarning haddan tashqari faollashishi
- antikoagulyantlar kontsentratsiyasining pasayishi yoki faolligini inhibe qilish
- fibrinolitik omillar kontsentratsiyasining pasayishi yoki faolligini inhibe qilish

257. Sepsisda giperkoagulyatsiyaning eng ehtimoliy mexanizmini ko'rsating:

- *qon prokoagulyantlari darajasining oshishi

- prokoagulyantlarning haddan tashqari faollashishi
- antikoagulyantlar kontsentratsiyasining pasayishi yoki faolligini inhibe qilish
- konsentratsiyaning pasayishi yoki fibrinolitik omillarning inhibatsiyasi

258. Trombotsitopeniyada gipokoagulyatsiya mexanizmini ko'rsating:

- qon prokoagulyantlari darajasining pasayishi

- *prokoagulyantlarning etarli darajada faollashmasligi

- antikoagulyantlar kontsentratsiyasining oshishi yoki faolligining oshishi
- fibrinolitik omillar kontsentratsiyasining oshishi yoki faolligining oshishi

259. Glantsman trombasteniyasi patogenezida yetakchi rol o'ynaydi:

- *Trombotsitlar membranalarining fizik-kimyoviy xossalari va tuzilishining buzilishi

- trombotsitlar va ularning granularida biologik faol moddalarning sintezi va to'planishining buzilishi
- qon plazmasiga trombotsitlar omillarining "degranulyatsiyasi" va "chiqarilishi" reaksiyasining buzilishi
- trombotsitlar sonining ko'payishi

260. 6 oylik bolada ko'karishlarning engil ko'rinishi, tish go'shtidan qon ketishi mavjud. Onaning akasida qon ketishining buzilishi mavjud. Qisman tromboplastin vaqti oshdi (30-40C.), protrombin vaqti normal (12 - 15C.). Bolada qaysi omilning etishmasligi aniqlanishi mumkin:

- III

- VII

- *VIII

- X

261. Gemorragik vaskulitda gemorragik sindrom quyidagilar bilan bog'liq:

- trombotsitopeniya
- pıhtılaşma omillarining defiiti
- *qon tomir devorining patologiyasi
- leykopeniya

262. Leykopeniya ko'rsatkich sifatida qaraladi:

- gematopoetik to'qimalarning giperplaziyasi
- leykotsitlarning qon oqimiga organlardan kirishi-depo

- *turli xil moddalarning ta'siri natijasida suyak iligining funktsional qobiliyatini inhibe qilish
- septik holat

263. Qonda bir vaqtning o'zida turli o'lchamdagi qizil qon tanachalarining tarkibi deyiladi:

- *anizotsitoz
- poikilotsitoz
- asitoz
- gipoxromik

264. Gemoglobin miqdori yuqori bo'lgan eritrotsitlar deyiladi:

- *giperxromik
- gipoxromik
- normoxromik
- anizotsitoz

265. Miyeloma kasalligini farqlash kerak:

- suyak neoplaziyasi metastazlari bilan
- *birlamchi amiloidoz bilan
- surunkali buyrak kasalliklari bilan
- osteoporozi

266. Miyeloma amiloidozdan ajralib turadi:

- *skeletning o'sma shikastlanishining mavjudligi
- eritrotsitning yo'qligi
- Rektum shilliq qavatida amiloidozning massiv cho'kishi yo'qligi
- giperkalsemiya

267. Miyeloma va surunkali buyrak kasalliklari o'rtasida differentsial tashxis qo'yish paytida miyeloma mavjudligini tasdiqlash uchun quyidagilar zarur:

- suyak iligi tekshiruvi
- skeletning rentgenologik tekshiruvi
- zardob oqsili darajasini aniqlash
- *sarum va siydikda patologik immunoglobulinni aniqlash

268. O'tkir limfoblastik leykemiya ko'pincha yoshda uchraydi:

- *15 yoshgacha
- 16 yoshdan 25 yoshgacha
- 26 yoshdan 40 yoshgacha
- 40 yoshdan katta

269. Surunkali limfotsitik leykemiya rivojlanishi bilan murakkablashadi:

- *otoimmun jarayonlar (gemolitik anemiya va boshqalar)
- yuqumli asoratlari

- shingillalar
- suyaklarning yo'q qilinishi

270. O'tkir leykemiya o'limning eng keng tarqalgan sababi:

- leykemiyaning rivojlanishi
- *yuqumli asoratlar
- gemolitik asoratlar
- gemorragik asoratlar

271. Eritromassani shoshilinch ravishda quyish zarurati quyidagi hollarda yuzaga keladi:

- *gemodinamikaning buzilishi bilan o'tkir massiv qon yo'qotish
- vit B12 etishmovchiligi bo'lgan keksa odamlarda anemiya komasi xavfi
- etiologiyasidan qat'i nazar, anemiya komasining rivojlanishi
- fibromiyoma uchun bachadon amputatsiyasi operatsiyasiga tayyorgarlik ko'rayotgan ayolda 50 g/l anemiya

272. Hipoaplastik anemiyani davolash uchun ishlatilmaydi:

- *sitostatik, radiatsiya terapiyasi
- radiatsiya terapiyasi
- qon quyish terapiyasi
- glyukokortikoid gormonlari

273. Tomir ichidagi gemolizning asosiy belgisi:

- gemoglobinopatiya
- *plazmadagi erkin gemoglobinning ko'payishi
- bog'langan bilirubinning ko'payishi
- retikulotsitopeniya

274. Talassemiya xarakterli emas:

- *ta'mni buzish, leykotsitoz, limfotsitoz
- hepatomegaliya
- leykotsitoz
- limfotsitoz

275. Gemolitik anemiyada sariqlikning tabiati:

- limon sariq
- yashil-sariq
- *to'q sariq-sariq
- kulrang-sariq

276. Talassemiyaga xos bo'lmagan gemoliz turi:

- mexanik, suyak iligi
- *suyak iligi
- tomir ichidagi

- aralash

277. Membranopatiyalarda quyidagilar mavjud:

- *splenomegaliya, mikrosferotsitoz, anemiya
- mikrosferotsitoz
- anemiya
- angullar stomatit

278. Paroksizmal tungi gemoglobinuriya patologiyasi bilan:

- *qizil qon hujayralarining membranasi va tuzilishida
- eritrotsitlar fermentlarida
- eritrotsitlar gemoglobinida
- suyak iligida

279. Otoimmün gemolitik anemiyani davolashda muhim ahamiyatga ega:

- yuvilgan qizil qon hujayralarini quyish, GCS
- *prednizolon
- vitaminlar
- kriyoprecipitat quyish

280. Gemolitik anemiyani davolashda odatda qo'llanilmaydi:

- vitaminlar
- gormonlar
- *laksatiflar
- temir preparatlari, o'sish omillari

281. Membranopatiyalarni davolashda tavsiya etiladi:

- splenektomiya
- *simptomatik terapiya, eritrotsitlar massasini quyish
- suyak iligi transplantatsiyasi
- Inhibitor fermentlarning ta'sirini istisno qilish

282. Gemolitik anemiyada sindromlar mavjud:

- giperplastik
- anemiya
- sariqlik
- *intoksikatsiya, sariqlik, anemiya

283. O'tkir leykemiya yuqumli intoksikatsiya sindromi asosan bog'liq:

- *o'simta hujayralarining parchalanishi bilan, Blastoz
- giperleykotsitoz bilan
- Blastoz bilan
- trombositopeniya bilan

284. O'tkir leykemiyaning aniq tashxisi uchun tadqiqot zarur:

- *gemogramma, miyelogramma, fenotiplash
- taloq biopsiyalari
- gemogrammalar
- trepanobiopsiyalar

285. O'tkir leykemiya bilan gemogrammada hamma narsa topiladi, bundan mustasno:

- *neytrofiliya, esrning pasayishi, bazofiliya
- blastoza
- limfotsitoz
- bazofiliyalar

286. O'tkir leykemiya bilan og'rigan bemorning qonini tekshirish uchun hamma narsa xarakterlidir, bundan mustasno:

- esrning pasayishi
- leykotsitoz
- *trombotsitoz, esrning pasayishi, eritrotsitoz
- trombotsitopeniya

287. Klinik ko'rinishda o'tkir leykemiya uchun hamma narsa xarakterlidir, bundan mustasno:

- *funikulyar miyeloza
- terining qichishi, funikulyar miyeloza
- infeksiyalar
- qon ketish

288. O'tkir leykemiya tashxisi tadqiqotga asoslangan:

- rentgenografiya
- *leykogrammalar, sitokimyo, miyelogrammalar
- immunogrammalar
- miyelogrammalar

289. O'tkir leykemiya hipoplastik anemiyadan farqli o'laroq, gemogrammada quyidagilar aniqlanadi:

- *portlash hujayralari, leykemiya etishmovchiligi
- limfotsitoz
- leykotsitoz
- leykemiya etishmovchiligi

290. O'tkir leykemiya davolashda qo'llanilmaydi:

- *gormonlar
- B12 vitamini, Immunomodulyatorlar
- sitostatiklar
- Immunomodulyatorlar

291. Lenfoid turi bo'yicha leykemoid reaksiya quyidagi hollarda rivojlanadi:

- revmatizm
- *botkin kasalliklari, virusli infeksiyalar
- virusli infeksiya
- anafilaktik shok

292. Obyektiv tekshiruvda surunkali miyeloid leykemiyaning eng muhim belgilari:

- yurishning buzilishi
- *gepatomegaliya, splenomegaliya
- pnevmoniya
- terining oqarishi

293. CML bilan miyeloid niholning shikastlanishi quyidagilarga olib keladi:

- giperleykotsitoz, trombopeniya
- retikulotsitoz
- neytrofil qatorda chapga siljish
- *eozinofillar va bazofillar sonining ko'payishi, giperleykotsitoz

294. Surunkali miyeloid leykemiya bilan og'rigan bemorlarning xromosoma tahlilida quyidagilar aniqlanadi:

- *Filadelfiya xromosomasi, 22 juft xromosomaning elkasini qisqartirish
- trisomiya, inversiya
- boshqa buzilishlar
- 22 juft xromosomaning elkasini qisqartirish

295. Surunkali miyeloid leykemiya surunkali limfotsitik leykemiya bilan farq qiladi:

- limfadenopatiya
- splenomegaliya
- hepatomegaliya
- *limfotsitoz, limfadenopatiya

296. Surunkali miyeloid leykemiya bilan shikoyatlar xarakterlidir:

- chap hipokondriyumda og'irlik
- *suyak og'rig'i, chap hipokondriyumda og'irlik
- poligrafiya
- anuriya

297. Surunkali miyeloid leykemiyaning rivojlangan bosqichida quyidagilar qo'llaniladi:

- *gleevec, splenektomiya
- faqat poliximoterapiya
- prednizolon, gleevec, leykotsitoferez
- faqat splenektomiya

298. VICH-infeksiya patogenezida asosan:

- Fagotsitar aktivligining falajlanishi
- *CD-4 xujayralarning progressiv pasayishi
- IgM depressiyasi
- IgG depressiyasi.

299. VICH-infeksiyaning erta diagnostikasi asoslanadi:

- Klinik kartinasi
- Najasning bakteriologik tahlili
- *Immunoximik tekshiruvlar
- Limfotsitlar subpopulyatsiyasini tekshirish.

300. Donorlik bo'lishi mumkin:

- Pullik va faol
- *Beg'araz va pullik
- Beg'araz va faol
- Beg'araz va zahira.

301. Donorlikning quyidagi shakllari bor:

- Qon va plazma donorligi
- Qon va qon xujayralari donorligi
- Plazma va qon xujayralari donorligi
- *Qon, plazma, immun plazmava qon xujayralari donorligi.

302. Donorlar quyidagi guruhlariga ajratiladi:

- aktiv donorlarva rezerv donorlar
- aktiv donorlar va qon qarindoshlar donorligi
- *aktiv donorlar, rezerv donorlar, qon qarindoshlar donorligi
- rezerv donorlarva shartnomaviy donorlar.

303. Donorlik uchun ruxsat beriladigan yosh:

- *18-60 yosh
- 18-65 yosh
- 18-70 yosh
- 20-70 yosh

304. Donorlikga mutloq qarshi ko'rsatma-

- Virusli gepatitni qachon o'tkazganligidan qat'iy nazar
- Xayotiy muxima'zolariningrezeksiyasiva o'tkazilganoperatsiyalar
- Oshqozon va 12 barmok ichak yarasi, nefrit, tuberkulyoz
- *Barcha javoblar to'g'ri

305. Donorlik uchun vaqtinchalik qarshi ko'rsatma:

- Tirik vaksinalar bilan profilaktik emlashda

- Qoqsholga qarshi zardob qo'llanilganda
- Homiladorlik va emizuklikdavri
- *Barcha javoblar to'g'ri

306. Ayollarga tug'ruqdan keyin qancha muddatdan so'ng donorlikka ruxsat beriladi:

- *6 oy
- 1 yil
- 1.5 yil
- 2 yil.

307. Tatuировka chizdirgan yoki nina sanchish bilan davolanganlarga qancha muddatdan so'ng donorlikka ruxsat beriladi:

- 3 oy
- *6 oy
- 1 yil
- 1.5 yil

308. Tirik vaksinalar bilan emlanganlarga donorlik uchun qancha muddatdan so'ng donorlikka ruxsat beriladi:

- 15 kun
- *1 oy
- 3 oy
- 6 oy

309. Yuqumli kasalliklar o'tkazgan donorlarga qayta qon topshirish uchun qancha muddatdan keyin ruxsat beriladi:

- 10 kun
- 20 kun
- *1 oy
- 1.5 oy

310. Donordan qon olishdan oldin tekshirilishi shart:

- Tana haroratini o'lchash va gemoglobin miqdorini aniqlash
- *AV0 tizimi bo'yicha qon guruhini aniqlash va terapevt ko'rigi
- Tana haroratini o'lchash va terapevt ko'rigi
- guruhini aniqlash va gemoglobin miqdorini aniqlash

311. Bir martalik qon topshirish miqdori (analiz uchun olingan qonni hisobga olmaganda) qancha miqdordan oshmasligi kerak:

- 250 ml + 10%
- 300 ml +10%
- 350 ml + 10%
- *450 ml + 10%

312. Agar donorning tana vazni 50 kg dan kam bo'lsa:

- Vrach-transfuziolog ko'rsatmasiga ko'ra donorga qon topshirishga ruhsat beriladi
- *Qon topshirishga ruhsat berilmaydi
- Agar donorning gemoglobini 150g/l dan yuqori bo'lsa qon topshirishga ruhsat beriladi
- Agar donorning gemoglobini 200g/l dan yuqori bo'lsa qon topshirishga ruhsat beriladi

313. Qon topshirishlar oralig'i necha kundan oshmasligi kerak:

- 40 kun
- 50 kun
- *60 kun
- 80 kun

314. Surunkali miyeloid leykemiyaning portlash inqirozi bosqichida quyidagilar tavsiya etiladi:

- *poliximoterapiya, qon quyish
- monoterapiya, splenektomiya
- qon quyish, vikasol
- splenektomiya, ozon terapiyasi

315. Eritremiya tashxisini aniqlash xarakterlidir:

- portlashlar
- *eritrotsitoz, gematokritning ko'payishi
- limfotsitoz
- gematokrit sonining ko'payishi

316. Surunkali limfotsitik leykemiyaning asoratlari:

- *shingillalar, taloqning yorilishi
- neyroleykemiya
- ezofagit
- laringit

317. Esrning sekinlashishi quyidagi hollarda kuzatiladi:

- anemiyalar
- o'tkir leykemiya
- *eritremiya, fibrinogen darajasining pasayishi
- fibrinogen darajasining pasayishi

318. Gematokritning ko'payishi quyidagilar bilan kuzatiladi:

- anemiya bilan yuzaga keladigan tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari
- *gemolitik anemiya
- yengilmas qusish
- diareya

319. Neytrofiloz quyidagi hollarda kuzatiladi:

- *furunkuloz, krupoz pnevmoniya
- Adisson-Birmer anemiyasi
- aplastik anemiya
- krupoz pnevmoniya

320. Qonda yuqori eozinofiliya quyidagi hollarda kuzatiladi:

- Spondiloz
- Quincke shishishi
- *gelmintik invaziya, Quincke shishi
- yallig'lanish isitmasi

321. Nisbiy limfotsitoz quyidagi hollarda kuzatilmaydi:

- TIFO isitmasi, brutsellyoz
- brutsellyoz, o'tkir respiratorli infeksiyalar
- yuqumli mononuklyoz
- *surunkali limfotsitik leykemiya

322. Nisbiy limfotsitoz quyidagi hollarda kuzatiladi:

- qizil olov
- diareya
- gripp, suvchechak
- *suvchechak

323. Miyeloma kasalligida oqsil patologiyasi sindromi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- giperalbuminuriya
- *giperproteinemiya, siydikdagi Bens-Jons oqsili
- m-gradient mavjudligi bilan gipogammaglobulinemiya
- gipoglobulinemiya

324. 40 yoshli ayol dispanserga engil bosh aylanishi, letargiya, ta'mning buzilishi, quruq teri, mo'rt sochlar haqida shikoyat bilan murojaat qildi) teri va ko'rinadigan shilliq pardalar toza, terisi quruq, jigar, taloq va barcha tizimlarning limfa tugunlari kattalashmagan. Tekshiruv davomida jda tashxisini aniqlash uchun qaysi laboratoriya sinovlari eng informatsion bo'ladi?

- *HB darajasi, qizil qon tanachalari soni, rang ko'rsatkichi, zardob temir
- HB, leykotsitlar, Alt, ast darajasi
- eritrotsitlar soni, leykoformul, timol testi
- ezofagogastroduodenoskopiya, najasni umumiy tahlil qilish

325. Bemorda periferik qondagi eritrotsitlar soni $3,5 \times 10^{12}/l$, HB 70 g / l, CV) 0,6 ko'rsatkichdir. Qonning tasviri eritrotsitlarning aniq gipoxromiyasi, mikrositoz tomon anizotsitoz bilan tavsiflanadi) agar bemorning tarixida qon

yo'qotishining tez-tez, ammo uzoq davom etmaydigan epizodlari haqida shikoyatlar borligini hisobga olsak, ushbu qon tasviri qanday anemiya bilan tavsiflanadi?

- ***surunkali posthemorragik temir yo'l**

- o'tkir postgemorragik temir yo'l
- B12-foliy etishmovchiligi anemiyasi
- gemolitik anemiya

326. Bo'linga 48 yoshli ayol zaiflik, bosh chekish, ko'zlarida qorayish, tinntus shikoyatlari bilan kirdi. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar toza, rangpar. Jigar va taloq paypaslanmaydi. Ayolning 10 ta homiladorligi bor, 6 ta farzandi bor. Qon testida: HB 70 g / l, er. 2.9 x 1012/l, C. P.0.6, trombotsitlar 232.0 ming), ESR 11 mm/soat) Leykoformul xususiyatlari yo'q. Tashxisni aniqlashtirish uchun ja ni bajarish mumkin emasmi?

- ***zardob temirini o'rganish**

- trepanobiopiya
- sternal ponksiyon
- qizil qon hujayralarining osmotik qarshiligini o'rganish

327. Bemor t tanasining vaqti-vaqti bilan 39,5 ° s gacha ko'tarilishi, zaiflik, bosh aylanishi, terlash, bosh og'rig'i bilan birga klinikaga murojaat qildi. Bemorning ahvoli yomonlashishiga olib keladigan aniq sababni aytib bo'lmaydi. So'nggi bir oy ichida uning o'zi va uning atrofidagi odamlar terining va shilliq pardalarning sarg'ish rangini payqay boshladilar. Bemorning o'zi vaqti – vaqti bilan siydik rangining o'zgarishini qayd etadi- nafas olgan qora choy rangiga, ba'zan binafsha ranggacha) odatda bu tananing t ko'tarilishidan keyingi kun nishonlanadi) obyektiv: jigar 23 sm, taloq 1012 sm zich. O'pka va yurak chegaralari normal chegaralarda. Umumiy qon testida: HB 70 g / l, er 2.2.x1012 / l, retikul. 52:1000, tromb 83.6 ming, ko'l. 4.2. ming), o'ziga xos xususiyatlarsiz leykoformul. ESR 40 mm h) zardob temir 38 mkmol/l. qaysi kasallik haqida gaplashamiz?

- jigar sirrozi

- ***otoimmun gemolitik anemiya**

- gipoplastik anemiya
- virusli gepatit

328. Surunkali monotsitar leykoz odatda aniqlanadi:

- 25-30 yoshlilarda
- o'smirlarda
- hamma yoshda
- ***yoshi ulug' kishilarda.**

329. Xujayra immunitetining morfologik vakili:

- V-limfotsitlar
- plazmotsitlar

- makrofaglar
- *barcha javoblar to'g'ri

330. Ichakni tekshirganda shapillash (plesk) tovushi va og'riq bo'lishi nimaga xos:

- eritreliyaga
- *nekrotik enteropatiyaga
- amiloidozga (miyeloma kasalligiga)
- subleykemik miyelozga.

331. Poliglyukinning asosiy davo ta'siri

- *gemodinamik
- gemostatik
- oziqlantirish
- immunobiologik

332. Yolg'on agglyutinatsiya (psevdoagglyutinatsiya) bu:

- *Eritrotsitlarning monet stolbchalari
- Eritrotsitlar gemolizi
- Eritrotsit agglyutinatsiyasi
- Trombotsitlar agregatsiyasi

333. Chegaralangan bo'shliqqa qon ketishdagi (endometriozi, chegaralangan o'pka gemosiderozi va b.) TTKgi rivojlanishida quyidagi hamma belgilar bo'ladi, faqat undan tashqari:

- rang ko'rsatkichining pastligi
- qon zardobidagi temir va ferritinning kamayishi
- *qon quyilgan o'choqdan temir sarflanishi bo'lmasligi
- ko'z sklerasining sarg'ayishi

334. Infeksiya va shamollashlardagi kamqonlikdan TTKgining farqi:

- gemoglobin ko'rsatkichi
- *qon zardobidagi ferritin miqdori
- leykotsitlar soni
- rang ko'rsatkich

335. Ichakda temir so'rilishi buzilishi oqibatidagi temir defitsitida davo maqsadga muvofiq:

- *temir preparatlariningparenteral yuborilishi
- oqsil va vitaminlarga boy diyetik ovqatlar
- go'sht mahsulotlari ko'p diyetik ovqatlar
- yaxlit qon quyilishi

336. Surunkali TTKgi bor homilador ayollarga tavsiya:

- *tuqqangacha va chaqaloqni ko'krakda emizish davrida temir preparatlarini ichishlozim

- oziq-ovqat ratsioniga dukkakli mahsulotli ozuqalar
- oziq-ovqat ratsioniga qizil baliq iknasi, anor va sabzi qo'shish kerak
- tug'ishdan oldin eritromassa quyish kerak

337. Infektsion-shamollash kamqonligida temirning ko'payishi kuzatiladi:

- eritrotsitlarda
- *qon zardobida
- suyak ko'migi makrofaglarida
- suyak ko'migida

338. B12foliyevodefitsit kamqonlikning asosiy sababi:

- *oshqozon shilliq qavatining atrofiyasi
- surunkali enterokolit
- qon ketish
- gemopoez gipergenerator holati

339. Addison-Birmer kasalligi klinikasida bu sindrom bo'lmaydi:

- *pletorik
- anemik
- oshqozon-ichak
- funikulyar miyeloz

340. B12foliyevodefitsit kamqonligi bemorlari gemogrammasida hammasi xarakterli, faqat undan tashqari:

- rang ko'rsatkichining pasayishi
- eritro-leyko-trombotsitopeniya
- *eritrotsitlar normoxromiyasi
- Jolli tanachasi, Kebot halqasi

341. B12foliyevodefitsit kamqonligi bemorlari miyelogrammasidagi xarakterli eritropoez ko'rinish:

- *megaloblastik
- normoblastik
- aralash
- metaplastik

342. Megaloblast kamqonligida asosiy laborator belgi:

- *eritrotsitlar giperxromiyasi
- eritrotsitlar mikrotsitozi
- glyukozuriya
- giperurikemiya

343. Oziq-ovqatdagi vitamin V12 so'rilishi uchun kerak:

- *oshqozon fundal qismi «ichki» faktori

- sog'lom taloq
- qondagi qand miqdorining normal bo'lishi
- ichak florasining normal bo'lishi

344. B12 vitamin defitsitli bemorlardagi xarakterli shikoyat:

- oqsoqlanish
- ko'krak qafasi ortidagi og'riq
- *til achishishi
- ko'rishning yomonlashishi

345. Bemor zaiflik, T tanasining 38° C gacha ko'tarilishi, burun va tish go'shtidan qon ketishi, terida gemorragik toshma paydo bo'lishidan shikoyat qiladi. Uzoq vaqt davomida amidopirin, levomitsetin, sulfadimetoksin qabul qildi. HB qon testi 60 g/l, er. 1.9 x 10¹²/l, qon pıhtısı. 25 ming), ko'l. 2.2. ming), limfa. 80, ESR 45 mm/soat) aplastik anemiya tashxisini tasdiqlash uchun qanday tadqiqotlar o'tkazish kerak?

- qon hujayralari sitokimyosi
- *suyak pulpasi va trepanobiopsiyaning morfologik tahlili
- zardob temirini o'rganish
- koagulogramma

346. 16 yoshli bemor 3 hafta davom etadigan tomoq og'rig'i, tana harorati 39° C gacha bo'lgan shikoyatlar bilan klinikaga murojaat qiladi) tekshirilganda terining va shilliq pardalarning oqarishi. Jigar 443, taloq 33 sm, zich, bachadon bo'yni limfa tugunlari kaptar tuxumi. Qon testida: HB 80 g / l, er. 3.2 x 10¹²/l, qon pıhtısı. 45.ming, ko'l. 27 x 10⁹/l, blastov 29, p/i 4, s/i 21, limfa. 40, mon. 6, ESR 54 mm/soat) qaysi kasallik haqida gapirayapmiz?

- surunkali limfotsitik leykemiya
- agranulotsitoz
- *o'tkir leykemiya
- peritoneal xo'ppoz

347. 14 yoshli bemor bosh og'rig'i, ikki tomonlama ko'rish, ko'ngil aynishi, qusish shikoyatlari bilan og'ir ahvolda klinikaga kiradi. Anamnezdan ma'lumki, bemor o'tkir leykemiya, limfoblastik variant tufayli 3 yil davomida klinikada D-ro'yxatga olingan) bir necha marta poliximoterapiya kurslarini olgan. O'tkir leykemiyaning qanday asoratlari haqida gaplashamiz?

- *neyroleukemiya
- leptomeningit
- turk egarining infiltratsiyasi
- servikal osteoxondroz

348. Miyelom kasalligida siydik analizi o'zgarilishida xarakterli emas:

- *Sindik cho'kmasi

- Bens-Djons oqsili
- Gematuriya
- Katta proteinuriya

349. 20 yoshli bemor bosh og'rig'i, ko'rish buzilishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, yutish buzilishi shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Anamnezdan ma'lumki, u klinikada 2 yil davomida o'tkir leykemiya, limfoblastik variant bo'yicha ro'yxatga olingan) kimyoterapiya kurslarini olgan. Vaziyatning yomonlashishi neyroleukemiya rivojlanishi bilan bog'liq. Qanday davolash choralarini ko'rish kerak?

- proserinni tayinlash
- *sitostatiklar va radiatsiya terapiyasini qo'llash bilan endolumbal ponksiyonlar
- kimyoterapiya dasturini o'zgartirish
- antibiotik terapiyasini boshlang

350. Dispanserizatsiya paytida 56 yoshli bemorda 4-4-4 sm, taloq 6-7-7 sm, HB qon testida 116 g/l, er. $4.0 \times 10^{12}/l$, tromb. 360.0 ming, ko'l. 86 ming), promiyel 1, Miel 9, yosh 16, p/ya 11, s/ya 45, eoz. 4, mon. 4, limfa. 10, ESR 14 mm/soat) qaysi kasallik haqida gapirayapmiz?

- *surunkali limfotsitik leykemiya
- o'tkir leykemiya
- miyeloma kasalligi
- surunkali miyeloid leykemiya

351. 47 yoshli bemor 6 yil davomida ro'yxatga olinadi va surunkali miyeloid leykemiya uchun davolanadi) so'nggi 4 oy ichida u dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatdi, ahvoli yomonlashdi. Qon testida: leykotsitlar 600,0 ming), miyeloblastlar 66, s / i neytralar. 23, limfa. 8, mon 3. ESR 22 mm / soat) kasallikning qaysi bosqichi haqida gaplashamiz?

- *portlash inqirozi
- tezlashtirish bosqichi
- surunkali bosqich
- gematosarkomaga o'tish

352. 50 yoshli bemor bosh aylanishi, yomon uyqu, oyoq-qo'llarning uyquchanligi, yurak sohasidagi og'riq va uzilishlar, yuz terisining qizarishi, kon'yunktivadan shikoyat qiladi. Jigar, taloq va limfa tugunlari kattalashmagan. Qon testida: HB 200 g / l, er. $6.4 \times 10^{12} / l$, qon pıhtısı. 630.0 ming, L 10.0 ming, p/i 6, s/i 80, limfa. 10, mon 4. ESR 1 mm/soat) qaysi kasallik haqida o'ylash kerak?

- simptomatik eritrotsitoz
- *eritremiya
- miya shishi
- gipernefroma

353. 47 yoshli bemor 3 yil davomida vaqti-vaqti bilan siyatikulit uchun nevropatolog bilan davolangan) ikki marta kam og'riqli qovurg'a sinishi tarixi, progressiv anemiya, esrning 70 mm/soatgacha ko'payishi) qon plazmasida m-gradient mavjudligi bilan disproteinemiya) Bens-Jons oqsili siydikda topilgan) qaysi kasallik haqida gapirayapmiz?

- *miyeloma kasalligi

- lumbosakral o'murtqa osteoxondroz
- yaxshi paraproteinemiya
- paratiroid o'smasi

354. Bolaligidanoq bemorda jarohatlar va jarohatlar, chuqur teri osti gematomalari, artrozga olib keladigan katta bo'g'imlarga qon ketishi bilan uzoq muddatli qon ketish kuzatiladi. Koagulogrammada qon ivish vaqti va plazmaning rekalsifikatsiya vaqti uzaytiriladi. Xuddi shu klinik alomatlar bemorning akasida kuzatiladi. Biz qanday kasallik haqida gapirayapmiz?

- *gemofiliya

- glanzman trombasteniyasi
- gipoplastik anemiya
- gemorragik vaskulit

355. 13 yoshli bemor klinikaga qo'shma og'riqlar, qorin og'rig'i, oyoq-qo'llarning terisida toshmalar, past darajadagi isitma shikoyatlari bilan yotqizilgan) terida nosimmetrik gemorragik toshmalar, ba'zi joylarda birlashib, pastki ekstremitalarda va dumg'azalarda asosan lokalizatsiya qilingan. Oyoq Bilagi zo'r bo'g'imlarning shishishi va og'rig'i, qorin og'rig'i. Qon testida esrning 24 mm/soatgacha tezlashishi, qon plazmasida ijobiy C-reaktiv oqsil mavjud. Qanday tashxis?

- *gemorragik vaskulit

- trombocitopenik purpura
- gemofiliya
- revmatizm

356. Gemogramma haqida xulosa bering: eritrotsitlar-3, 2×10^{12} / l gemoglobin-60g / l? rang ko'rsatkichi-0,6 retikulotsitlar-1% leykotsitlar- $4,5 \times 10^9$ /l sideropeniya. Qon smearida: mikrositlar, gipoxromik eritrotsitlar, poikilotsitlar:

- o'tkir orttirilgan gemolitik anemiya
- B12 vitamini-foliy etishmovchiligi anemiyasi
- *temir tanqisligi anemiyasi**
- o'tkir posthemorragik anemiya

357. 15 yoshli bemor, terisi oqarib, yashil rangga bo'yalgan. Qon testida: gemoglobin-65 g/l, eritrotsitlar $3,8 \times 10^{12}$ / l, retikulotsitlar – 0,1%. Qon smearida halqali eritrotsitlar mavjud. Anemiya turini aniqlang.

- *b-12 kamqonlik, megaloblastik, giperregenerativ

- gemolitik anemiya, normoblastik, giperregenerativ
- gipoplastik anemiya, normoblastik, giporegenerativ
- temir tanqisligi anemiyasi, normoblastik, giporegenerativ

358. Bemorda keng lenta bilan gelmintik invaziya mavjud. Tahlilda: gemoglobin-95 g/l, eritrotsitlar – $2,8 \times 10^{12} / l$, retikulotsitlar – 0,5%, megalotsitlar va megaloblastlar topilgan. Anemiya xususiyatini aniqlang.

- temir tanqisligi anemiyasi
- gemolitik anemiya
- *vitamin b-12 etishmasligi anemiyasi
- sideroaxrestik anemiya

359. Jarroxlik amaliyoti (statsionar sharoitida) quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

- eksfuzionistlar qo'llarini tozalaydi, steril xolat va steril rezina qo'lqoplar kiyishadi
- aseptika va antiseptika talablariga rioyaqilishadi
- uzluksiz ish vaqti 4 soatdan oshmasligi kerak
- *yuqoridagilarni xammasi

360. Xodimlarni boksga ishlashga tayyorlash

- xodim sog'lombo'lishi kerak, xodim qo'li tirmalmagan bo'lishi kerak
- *oyoq kiyimini almashtiradi, baxillalar, steril xalat, shapka, maska, rezinaqo'lqoplar kiyadi
- oyok kiyimini almashtiradi, shapka va rezina qo'lqoplar kiyadi
- toza xalat va maska kiyadi

361. Polipotent xujayralarni, ya'ni suyak ko'mikdagi ilk qon xujayralarni qaysi usul bilan tekshiriladi:

- *Suyak ko'migi surtmasini mikroskopda tekshirib
- Leykokonsentrat surtmasini mikroskopda tekshirib
- Fenotipni aniqlash usuli bilan
- Agarda o'stirib

362. Normal limfotugunida bo'ladi:

- Miyeloid qatoridagi xujayralar
- Faqat V-limfotsitlar
- Faqat T-limfotsitlar
- *T-limfotsitlar, V-limfotsitlar, sirkulyar qondagi xujayralar

363. T-limfotsitlarning klonal differensirovkasi kuzatiladi:

- limfotsitlarda
- suyak ko'migida
- taloqda
- *timusda

364. Limfogranulematozning sitologik diagnostikasini tasdiqlaydi:

- Eitelioid xujayralar topilishi
- Goshe xujaraysi topilishi
- *Berezovski-Shternberg xujayrasi topilishi
- Blast xujayralarning ko'p topilishi

365. Filadel'fiya xromosomasining topilishi xarakterli:

- o'tkir promielotsitar leykoz uchun
- subleykemik miyelozi uchun
- *surunkali miyeloleykoz va o'tkir leykozning preV-common turi uchun
- surunkali sochsimonxujayrali leykoz uchun

366. O'tkir miyeloblast leykozning musbat reaksiyali asosiy sitoximik marker belgisi:

- *miyeloperoksidaza
- b-glyukuronidaza
- ATFaza
- nordon fosfataza

367. Gemolitik anemiyani yuzaga chiqaruvchi sabab eritrotsitdagi:

- *glyukozo-6-fosfatdegidroksigenaza defitsiti
- α -naftilesteraza defitsiti
- DNK-polimeraza defitsiti
- Restriktaza defitsiti

368. Temir moddasining organizmdagi zahirasini belgilaydigan aniq kriteriya:

- *ferritin
- zardobning umumiy temirni bog'lash qobiliyati
- qon zardobidagi temir miqdori
- transferinning to'yinish foizi

369. Plazmadagi erkin gemoglobin tasdiqlaydi:

- xujayra ichi gemolizini
- glomerulopatiyani
- buyrak amiloidozini
- *qon tomiri ichi gemolizini

370. Musbat natijali to'g'ri Kumbas probasi:

- *autoimmun gemolizda
- Markiafavi-Mikelli kasalligida
- irsiy mikrosferotsitozda
- glyukozo-6-fosfatdegidroksigenaza defitsitida

371. Sirkulyatsiyadagi eritrotsit hajmini aniqlash hal qiluvchi diagnostik ahamiyatga ega:

- eritreliyada
- anemiyada
- trombofiliyada
- *hamma ko'rsatilganlarda

372. O'tkir promielotsitar leykoz uchun xos:

- *15, 17 xromosomalar translokatsiyasi
- 8, 21 xromosomalar translokatsiyasi
- 16 xromosoma inversiyasi
- filadelfiya xromosomasi

373. Issiq sevuvchi antitelalar qaysi temperaturada o'ta aktiv:

- + 45o S va + 48o S
- + 30 oS va +35 o S
- + 20 oS va 25 o S
- *+ 37 oS va yuqori

374. O'tkir leykoz davosi uchun qo'llanilmaydi:

- *faslga qarab
- konsolidatsiya
- induksiya
- xurujga qarshi

375. O'tkir leykoslarni farqlaydi:

- sitoximik tekshirish
- morfologik tekshirish
- gistologik tekshirish
- *immunologik tekshirish

376. O'tkir leykoz davosi uchun qo'llanilmaydi:

- miyelosan
- *gormonlar
- qon komponentlarini quyish
- poliximioterapiya

377. Qaysi o'tkir leykozda lizotsim oshadi:

- *monoblast leykozda
- promielotsitar leykozda
- eritroleiykozda
- kamfoizli leykozda

378. O'tkir limfoblast leykozda xarakterli sitoximik belgi:

- *glikogen

- peroksidaza
- fosfolipidlar
- esteraza

379. Surunkali miyeloleykoz uchun xarakterli:

- *splenomegaliya
- limfadenopatiya
- suyak o'zgarilishi
- vaskulit-purpurli toshma

380. Surunkali miyeloleykozning differensial diagnostikasi uchun muhim belgi:

- *Eozinofil-bazofil assotsiatsiyasi
- Eritrotsitopeniya
- Trombotsitopeniya
- Giperleykotsitoz

381. Surunkali miyeloleykoz uchun xarakterli:

- *Filadelfiya xromosomasi
- Disproteinemi
- Xromosoma monosomiyasi
- Leykemik abort

382. Surunkali miyeloleykozning terminal bosqichida qo'llaniladigan davo:

- Poliximioterapiya
- *Suyak ko'migi transplantatsiyasi
- Monoterapiya
- Splenektomiya

383. Surunkali limfaleykoz klinikasiga xarakterli emas

- *Osteodestruksiya
- Limfadenopatiya
- Splenomegaliya
- Gepatomegaliya

384. Surunkali limfaleykoz uchun xarakterli qon analizi:

- *Gumprecht soyasi
- Jolli tanachasi
- Eritrotsitoz
- Kebot halqasi

385. Surunkali limfaleykozda bosqichlar quyiladi, faqat undan tashqari:

- Boshlang'ich
- Remissiya
- Blast krizi

- *Terminal

386. Eritremiya uchun xarakterli emas:

- ECHT tezlashgan
- *ECHT kamaygan
- qon quyuqligi oshgan
- qon hajmi oshgan

387. Eritremiyada bo'lmaydi:

- Koagulopatiya
- Giperkalsiyemiya
- Trombozlar
- *Qon ketish

388. Milom kasalligidagi substrat:

- *Plazmotsitlar
- T-limfotsitlar
- Monotsitlar
- Miyelotsitlar

389. Miyelom kasalligidagi qon analizi o'zgarilishida xarakterli emas:

- Eritrotsitoz
- Anemiya
- *Bazofiliya
- Plazmatsitoz

390. Verlgof kasalligidagi qon ketish turi:

- Petexial-gematomali
- Gematomali
- *Petexial-ko'karishli
- Vaskulit- purpurli

391. Shenleyn-Genox kasalligida:

- *Qon tomiri devori jarohatlanadi
- Metabolik buzilish bo'ladi
- Qon tomiri endoteliyasi anomaliyasi
- Qondagi trombotsitlar kamayishi

392. Shenleyn-Genox kasalligidagi asosiy davo:

- Geparinoterapiya
- *Kortikosteroidlar
- Dezagregantlar
- Antibiotiklar

393. DVS-sindromning birinchi stadiyasiga xarakterli:

- Giperfibrinogenemiya
- *Giperkoagulyatsiya
- Trombotsitoz
- Fibrin parchalanishi hosilalarining oshishi

394. DVS-sindromning ikkinchi stadiyasi uchun xarakterli:

- Qon ivishi faktorlarining sarflanishi va parchalanishi
- *Gipofibrinogenemiya
- Trombotsitoz
- Gipokoagulyatsiya

395. DVS-sindromning uchinchi stadiyasidagi davo:

- Qonning tez quyilishi
- *SZPning tez quyilishi
- Reomakrodeksning tez quyilishi
- To'g'ridan to'g'ri qon quyilishi

396. Temir tanqisligi kamqonligi uchun xarakterli emas:

- Sistolik shovqin
- *Jigar va taloqning kattalashishi
- Taxikardiya
- Teri va shiliq parda qurishi

397. Temir moddasining organizmga asosiy so'riladigan joyi:

- Yo'g'on va ingichka ichak
- *12 barmoqli ichak
- Ingichka ichakning pastki qismi
- 12 barmoqli ichak va ingichka ichakning boshlanish qismi

398. Temir tanqisligi kamqonligi davosida tavsiya etilmaydi:

- Vitaminlar
- *Desferal
- Oqsil preparatlari
- Temir preparatlari

399. V12-foliyevodefitsit bemorlari miyelogrammasidagi xarakterli qon ishlab chiqarish tipi:

- *Megaloblastik
- Metaplastik
- Normoblastik
- Aralash

400. V12-foliyevodefitsit kamqonligi davosi uchun kerak:

- *Siankobalamin
- Kortikosteroidlar

- Qon transfuziyasi
- Anabolik gormonlar

401. Minkovskiy-Shoffar kasalligi diagnozini qo'yishga belgi:

- *Mikrosferotsitlar
- Ovolotsitlar
- Gemoglobin fraksiyasi
- Giproxrom eritrotsitlar

402. Talassemiyada kuzatiladi:

- *Globin zanjiri sintezi buzilishi
- Eritrotsitlar ichi fermentining defitsiti
- Protoporfirin sintezining buzilishi
- Eritrotsit membranasi defekti

403. Gemolitik kamqonlikda kuzatiladi:

- *Eritrotsitlar yashash davrining kamayishi
- Eritrotsitlar yetilishining buzilishi
- Eritrotsitlar gemoglobinaziyasining buzilishi
- Eritrotsitlar proliferativ aktivligining pasayishi

404. Quyidagi qaysi kasalliklar membranopatiyalar guruhiga kirmaydi:

- *Drepanotsitoz
- Elliptotsitoz
- Akantotsitoz
- Mikrosferotsitoz

405. Gemolitik kamqonliklar miyelogrammasigaxarakterli:

- Eritron qitqlanishi
- *Miyelopoez yetilishi buzilishi
- Megaloblastik gemopoez
- Megakariotsitopeniya

406. Porfirin sintezi buzilishi kuzatiladi:

- Infeksion kasalliklarda
- *Qo'rg'oshin bilan zaharlanganda
- Gemoxromatozlarda
- Nur kasallikda

407. Gipo-aplastik kamqonlik bemorlari suyak ko'migida bo'lmaydi:

- *Megakariotsitlar ko'payishi
- Limfotsitlar ko'payishi
- Plazmatsitlar ko'payishi
- Neytral yog'ning ko'payishi

408. Qaysi yilda qon guruhi ochilgan?

- 1898 y.
- *1901 y.
- 1828 y.
- 1908 y.

409. Qon guruhini aniqlashda eritrotsitlarning qaysi antigenlari asos qilib olingan:

- M va N antigenlari
- *A va V antigenlari
- Kell antigenlari
- Chellano antigenlari

410. Qon guruhini aniqlashda qaysi antitelalar muhim:

- tabiiy antitelalar
- issiqlik antitelalar
- *immun antitelalar
- sovuqlik antitelalar

411. Qon guruhi qaysi temperatura rejimida aniqlanadi?

- +4 - + 30° S temperaturada
- +10 - +15° S temperaturada
- +15- + 25° S temperaturada
- *+20 - +30° S temperaturada

412. Poliglyukin molekulyar og'irligi (kilodalton)

- 50-60ming
- 15-30 -"
- 30-40 -"
- *60-80 -"

413. Oqsil gidrolizatlarning asosiy qo'llanilishi:

- Gemodinamik maqsadda
- Gemostatik maqsadda
- Immunobiologik maqsadda
- *Oziqlantirish maqsadida

414. Nospetsifik agglyutinatsiya zardobda nima bo'lishiga bog'liq:

- *sovuq sevuvchi agglyutininlar
- tabiiy antitelalar
- issiq sevuvchi agglyutininlar
- to'liq emas agglyutininlar

415. Antigemofil globulin qo'llaniladi:

- *VIII faktor bo'lmasa

- trombotsitopeniyalarda
- trombotsitopatiyalarda
- gipofibrinemiyalarda

416. Qon guruhini standart zardob bilan aniqlanganda agglyutinatsiya reaksiyasi kuzatiladi:

- *5 minut davomida

- 3 minut
- 10 minut
- 30 sekund

417. Ochiq flakondagi standart zardoblar qanday temperatura rejimida saqlanadi:

- *+4 - +8° S

- +15° S va undan yuqori
- +10 - +15° S
- +4° S dan past

418. O'tkir leykozlarning asosiy substrati:

- *blastlar

- megaloblastlar
- miyelomxujayralar
- miyeloblastlar

419. O'tkir leykozda xarakterli sindrom emas:

- *nefrotik

- giperplastik
- anemik
- gemorragik

420. O'tkir leykoz gemogrammasida xarakterli emas:

- *neytrofilez

- limfotsitoz
- trombotsitopeniya
- blastoz

421. O'tkir leykoz klinikasi uchun xarakterli emas:

- *sideropeniya

- limfadenopatiya
- yiringli-nekrotik jarayon
- qon ketish

422. O'tkir leykoz qo'yish uchun xammasi xarakterli, faqat undan tashqari:

- gemogrammada neytrofilez
- gemogrammada blastlar

- leykemik abort
- *gemogrammada limfotsitoz

423. O'tkir leykozlar davosida qo'llaniladi:

- miyelotransplantatsiya
- poliximioterapiya
- konsolidatsiya
- virusga qarshi

424. O'tkir leykoz uchun xarakterli emas

- temperatura oshishi
- *neytrofilez
- bosh og'riqlar
- suyakdagi og'riq

425. Bolalardagi o'tkir limfoblast leykozda klinik neyroleykemiya tashhisi qo'yiladi:

- 35%da
- 65%da
- 55%da
- *75%da

426. O'tkir leykoz davosidagi to'liq remissiya kriteriyalari:

- *suyak ko'migida blastlar 5% dan ko'p emas, limfoid xujayralar 30% dan kam
- suyak ko'migida blastlar 5% dan ko'p emas, limfoid xujayralar 40% dan kam
- suyak ko'migida blastlar 10% dan ko'p emas, limfoid xujayralar 40% dan kam
- suyak ko'migida blastlar 7% dan ko'p emas, limfoid xujayralar 30% dan kam

427. O'tkir leykozdagi retsidiv belgilari:

- «-10% dan ko'p
- *Suyak ko'migida blastlar 5% dan ko'p
- «-3% dan ko'p
- «-20% dan ko'p

428. Bolalarda ko'proq uchraydi:

- « -miyeloblast- « -
- *o'tkir limfoblast leykoz
- « -miyelomonoblast- « -
- « -eritroleykoz

429. Kattalarda ko'proq uchraydi:

- « -limfoblast - « -
- « -miyelomonoblast- « -
- *o'tkir miyeloblast leykoz
- « -eritromiyeloz - « -

430. SML (surunkali miyeloleykoz)da asosiy o'sma substratidagi yetilgan xujayralar:

- monotsitlar
- limfotsitlar
- *granulotsitlar
- trombotsitlar

431. SML uchun xarakterli:

- limfadenopatiya
- qon hajmi ko'pligi
- *splenomegaliya
- vaskulit-purpurli toshma

432. SMLda xarakterli sindrom hammasi, faqat undin tashqari:

- gemorragik
- giperplastik
- *pletorik
- anemik

433. SML gemogrammasiga xarakterli emas:

- leykotsitoz
- *blastlar bo'lishi
- leykopeniya
- bazofil-eozinofil assotsiatsiya

434. SML differensial diagnostikasi uchun muhim belgi:

- giperleykotsitoz
- eritrotsitopeniya
- *bazofil-eozinofil assotsiatsiya
- trombositopeniya

435. TTK (temir tanqis kamqonlik)rivojlanishi etiologiyasida muhim o'rni yo'q:

- 12-barmoqli ichak rezeksiyasi
- ichak rezeksiyasi
- gipoatsid gastrit
- *oshqozon fundal qismi olinishi

436. Organizmda temir moddasi so'rilishining asosiy joyi:

- oshqozon
- ingichka ichak pastki qismi
- yo'g'on ichak
- *12-barmoqli ichak

437. TTKgi profilaktikasi uchun tavsiya etish kerak:

- V guruhli vitaminlar
- S, RR vitaminlar
- Oqsil preparatlar
- *Temir preparatlari

438. TTKgida xarakterli mas:

- Zardob temiri kamayishi
- Zardob ferritini kamayishi
- Umumiy oqsil kamayishi
- *Transferin kamayishi

439. TTKgi davosida tavsiya etilmaydi:

- temir preparatlari
- vitaminlar
- oqsil preparatlari
- *desferal

440. Homiladorlarda TTKgi paydo bo'lishning eng ko'p sabablari:

- homiladorlarda surunkali qon ketish bo'lsa
- AVO sistema bo'yicha homila bilan nomoslik bo'lsa
- AVO sistema bo'yicha eri bilan nomoslik bo'lsa
- *homiladorlikgacha latent temir defitsiti bo'lsa