

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего
образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И. Свиридова

«27» июня 2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета

Института НМФО

№ 18 от «27» июня 2024

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование: **Итоговая (государственная итоговая) аттестация**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.29 Гематология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-гематолог**

Кафедра Онкологии, гематологии и трансплантологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

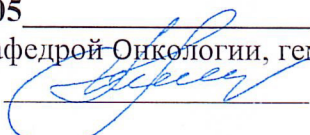
Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Коваленко Н.В.	Заведующий кафедрой,	к.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО
2.	Сперанский Д.Л.	Профессор	д.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО
2.	Чухнин А.Г.	доцент	к.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО

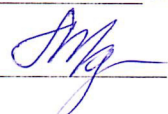
Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 13 от «21» 05 2024 года

Заведующий кафедрой Онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО, к.м.н.,  Н.В. Коваленко

Рецензент: Заведующий научно-образовательным отделом МРНЦ им. А.Ф. Цыба-филиала ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор В.А. Петров.


Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.И. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета



М.В. Кабытова

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа разработана в соответствии со следующими нормативными документами: Федеральным законом от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - ординатуры»; Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.29 Гематология, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 30 июня 2021г. № 560, зарегистрирован в МИНюсте РФ 28.07.2021 № 64402 и профессионального стандарта «Врач-гематолог» (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 02. 2019 г. N 68н). приказа Министерства Образования и науки Российской Федерации от 28 июля 2016 г. № 227 (Зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754) «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры - стажировки».

Итоговая (государственная итоговая) аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология (далее – ГИА) - проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.29 Гематология (далее – ФГОС ВО).

Итоговая (государственная итоговая) аттестация осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком. ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ).

К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология.

Программа ГИА, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговых (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

2. ЦЕЛЬ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ

Цель итоговой (государственной итоговой) аттестации: установить соответствие знаний и умений выпускников ординатуры квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам соответствующего профиля, оценить сформированность у выпускника ординатуры универсальных и общепрофессиональных компетенций:

универсальные компетенции (УК):

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в т.ч. здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

общепрофессиональные компетенции (ОПК):

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской

	помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

3. (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ:

Время проведения ИГА исчисляется в соответствии с часовым поясом места расположения образовательной организации МСК и должно

укладываться в период с 08.00 до 18.00 (за исключением форс-мажорных ситуаций). В случае пребывания обучающегося вне Волгоградской области (особенности реализации региональных ограничительных мероприятий) и наличия разницы часовых поясов, приводящей к тому, что фактическое время проведения ИГА обучающегося выходит за установленные временные рамки, обучающийся должен заблаговременно не менее, чем за 3 дня до ИГА обратиться в Управление подготовки в ординатуре для принятия решения о дате и времени проведения ИГА. При этом Управление подготовки в ординатуре доводит до сведения ординатора утвержденную дату и время проведения ИГА не позднее, чем за 2 дня до проведения ИГА.

Порядок и график проведения ИГА доводится до обучающихся и преподавателей заблаговременно посредством размещения информации в электронной информационной образовательной среде (далее – ЭИОС) ВолгГМУ в разделе «Ординатура».

Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «врач-гематолог».

Итоговый (государственный) экзамен по специальности 31.08.29 «Гематология» включает в себя:

- Тестовый контроль (I этап);
- Оценка практических навыков (II этап);
- Заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

I этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, I и III этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа.

I этап – тестовый контроль:

- используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов. Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

2 этап – оценка практических навыков:

- оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой.

3 этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам).

Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

«Отлично» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных

связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» - дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно» – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

Ординаторам, не сдавшим государственную итоговую аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

Неявка ординатора на государственную итоговую аттестацию без уважительной причины расценивается как неудовлетворительная оценка.

Уважительными причинами неявки на ГИА могут явиться: болезнь, другие объективные и субъективные обстоятельства, но лишь в случае их

документального оформления и представления в управление подготовки медицинских кадров по ординатуре ИНМФО до конца рабочего дня накануне экзамена.

4. ПОРЯДОК ПОДВЕДЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

Все решения ГЭК оформляются протоколами (приложение 1,2, 3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Института НМФО.

Отчет о работе ГЭК ежегодно докладывается на Ученом совете Института НМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

5. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

5.1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОРДИНАТОРАМ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ.

Подготовка к итоговой (государственной итоговой) аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам и задачам, которые впоследствии войдут в экзаменационные билеты. В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную учебную и научную литературу, последние федеральные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами предэкзаменационных консультаций по вопросам, включенным в программу итогового / государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне экзаменов.

Содержимое ответов ординатора на итоговом / государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС высшего образования по специальности 31.08.29 «Гематология». Ординатор выпускник должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности. В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логически. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2 ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ:

Раздел 1 «Введение в гематологию»

Анатомия и физиология органов кроветворения

Схема кроветворения. Понятие о стволовой клетке

Современные методы исследования в гематологии:
цитоморфологические, иммунологические, генетические,
инструментальные

Иммунокомпетентная система и механизмы ее регулирования

Раздел 2 «Гемобластозы. Анемии»

Острые лейкозы.

Хронические миелопролиферативные заболевания .
 Хронические лимфопрлиферативные заболевания
 Парапротеинемические гемобластозы
 Железодефицитные анемии
 Мегалобластные анемии
 Гемолитические анемии
 Апластические анемии
 Основные принципы современной химиотерапии, лечение осложнений.
 Трансплантация костного мозга

Раздел 3 «Физиология и патология системы гемостаза и методы его исследования. Геморрагические диатезы сосудистого генеза »:
 Физиология гемостаза. Методы исследования
 Геморрагические диатезы. Патология коагуляционного гемостаза

5.3 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология» включает:

- задания в тестовой форме
- вопросы для оценки практических навыков (для II этапа ГИА)
- вопросы для собеседования (для III этапа ГИА)
- ситуационные задачи

5.3.1 ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.29 «ГЕМАТОЛОГИЯ»

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Введение в гематологию»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Средняя продолжительность жизни эритроцита <ol style="list-style-type: none"> а) 0-10 дней б) 40-100 дней в) 60-120 дней г) 120-140 дней е) 150-200 дней 2) Основная функция эритроцита: <ol style="list-style-type: none"> а. участие в создании иммунной защиты б. транспорт кислорода в. поддержание гомеостаза г. поддержание кислотно-основного равновесия д. перенос антител 3) Функция костного мозга –продукция клеток: <ol style="list-style-type: none"> а. Эритроцитов
---	--

- б. Лейкоцитов
- в. тромбоцитов
- г. **всех перечисленных**

- 4) Должные величины содержания гемоглобина у мужчин
- а. 90-100 г/л
 - б. 100-120 г/л
 - в. 110-130 г/л
 - г. **130-160 г/л**
 - д. 140-170 г/л
- 5) Должные величины содержания гемоглобина у женщин
- а. 80-100 г/л
 - б. 100-120 г/л
 - в. **120-140 г/л**
 - г. 140-160 г/л
 - д. 160-180 г/л
- 6) Под абсолютным содержанием лейкоцитов понимают
- а. количество лейкоцитов в мазке периферической крови
 - б. процентное содержание лейкоцитов отдельных видов
 - в. **количество лейкоцитов в 1 л. крови**
- 7) Должное содержание тромбоцитов в периферической крови
- а. $100-150 \cdot 10^9$ в 9/л
 - б. 110-130
 - в. **180-320**
 - г. 170-380
 - д. 400-550
- 8) Основная функция тромбоцитов
- а. **поддержание гемостаза~**
 - б. перенос антител
 - в. перенос белков
 - г. участие в реакциях иммунного ответа
 - д. выработка тромбопоэтина
- 9) Должная величина СОЭ у мужчин
- а. **2-10 мм/ч**
 - б. 11-15 мм/ч
 - в. 1-5 мм/ч
 - г. 16-20 мм/ч
 - д. 20-30 мм/ч
- 10) Должная величина СОЭ у женщин:
- а. **2-15 мм/ч**
 - б. 11-15 мм/ч
 - в. 1-5 мм/ч
 - г. 16-20 мм/ч
 - д. 20-30 мм/ч
- 11) Содержание в периферической крови палочкоядерных нейтрофилов:
- а. **1-5%**
 - б. 6-9%

в. 10-12%

г. 13-15%

12) Минимальная продолжительность периода активной сенсibilизации у человека составляет:

а. 2-3 часа

б. 24 часа

в. 4 дня

г. 7-8 дней

д. 30-50 дней

13) Содержание в периферической крови сегментоядерных нейтрофилов:

а. 0-20%

б. 21-46%

в. 47-72%

г. 73-95%

д. 95-100%

14) Основная функция сегментоядерных нейтрофилов:

а. уничтожение проникших в организм микроорганизмов

б. поддержание гемостаза

в. создание клеточного иммунитета

г. создание гуморального иммунитета

д. перенос антигенов

15) Содержание в периферической крови моноцитов

а. 0%

б. 0,5-5%

в. 6-8%

г. 9-11%

д. 12-15%

16) Содержание в периферической крови базофилов я:

а. **0-1%**

б. 2-3%

в. 4-5%

г. 6-7%

д. 8-10%

17) Содержание в периферической крови лимфоцитов:

а. 0-1%

б. 1-5%

в. 6-18%

г. 19-37%

д. 38-50%

18) Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин –130г/л, эр. $4,2 \cdot 10^9$ /л, ЦП –0,93, рц. – 5%, тр. $-50 \cdot 10^9$ /л, л. $-5,6 \cdot 10^9$ /л, п. –3,5%, с. –60%, э. –0,5%, лф. –25%, мон. –11%, СОЭ –5 мм/ч:

а. Лейкоцитоз

б. Эозинофилия

в. Тромбоцитопения

	<p>г. Анемия</p> <p>19) Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гем.-140г/л, эр. $4,2 \cdot 10^9$ /л, ЦП -1,0, рц. -3%, тр. - $200 \cdot 10^9$ /л, л. - $16 \cdot 10^9$ /л, п. -10%, с. -49%, э. -0,5%, лимф. -30%, мон. -8%, СОЭ -20 мм/ч</p> <p>а. Анемия б. Тромбоцитопения в. Тромбоцитоз г. Лейкоцитоз д. нет изменений</p> <p>20) Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин -145г/л, эр. $4,1 \cdot 10^9$ /л, ЦП -1,0, тр. - $220 \cdot 10^9$ /л, л. - $4,6 \cdot 10^9$ /л, п. -4,0%, с. -66%, э. -10%, лимф. -18%, мон. -2%, СОЭ -10 мм/ч:</p> <p>а. Лейкопения б. эозинофилия в. тромбоцитоз г. нейтрофилез д. нет изменений</p> <p>21) Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин -136г/л, эр. $4,2 \cdot 10^9$ /л, тр. - $200 \cdot 10^9$ /л, л. - $5,2 \cdot 10^9$ /л, п. -6,0%, с. -65%, мон. -4%, СОЭ -50 мм/ч:</p> <p>а. эозинофилия б. ускорение СОЭ в. лейкоциоз г. нейтропения д. нет изменений</p> <p>22) Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин -140г/л, эр. $4,1 \cdot 10^9$ /л, ЦП -1,0, рц. -3%, тр. - $250 \cdot 10^9$ /л, л. - $6 \cdot 10^9$ /л, п. -2,0%, с. -56%, э. -2%, лимф. -23%, мон. -8%, СОЭ -5 мм/ч:</p> <p>а. Анемия б. Лейкоцитопения в. Лейкоцитоз г. Эозинофилия д. нет изменений</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Гемабластозы. Анемии»</p>	<p>23) Возможные этиологические факторы лейкоза</p> <p>а. палочка Коха б. грипп в. ионизирующая радиация г. беременность д. все перечисленное</p> <p>24) Клинические проявления лейкозов обусловлены</p> <p>а. опухолевой пролиферацией лейкозных клеток б. метастазированием вне гемопоэтической системы в. подавлением нормального эритропоэза г. Тромбоцитопенией д. все перечисленное</p> <p>25) Основная причина анемии при лейкозах</p> <p>а. дефицит фолиевой кислоты б. лихорадка</p>

- в. дефицит железа
- г. **подавление эритроидного ростка в костном мозге**
- д. нарушение синтеза цепей глобина

26) Лечебная тактика лейкозов

- а. ПХТ
- б. трансплантация костного мозга
- в. сопроводительная терапия
- г. гемотранфузионная терапия
- д. **все перечисленное.**

27) Ранним симптомом острого лейкоза может быть)

- а. Стоматит
- б. Ангина
- в. обильные месячные
- г. боли в левом подреберье
- д. **все перечисленное.**

28) Характерный признак миелограммы при остром лейкозе

- а. **Бластоз**
- б. увеличение количества мегакариоцитов
- в. миелофиброз
- г. Аплазия
- д. наличие плазматических клеток

29) При остром лейкозе наиболее характерными показателями периферической крови являются

- а. **анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных клеток**
- б. умеренная анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз и лимфоцитозом
- в. умеренная анемия, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме до миелоцитов
- г. эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом
- д. нормальное количество тромбоцитов и эритроцитов, небольшая лейкопения без особых сдвигов в лейкограмме

30) Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе

- а. исчезновение симптоматики
- б. **количество бластов в стерильном пунктате менее 5%**
- в. количество бластов в стерильном пунктате менее 2%

31) Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома

- а. острый миелобластный лейкоз
- б. острый лимфобластный лейкоз
- в. **острый промиелоцитарный лейкоз**
- г. острый монобластный лейкоз
- д. острый эритромиелоз

- 32) В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе)
- а. Лимфоузлы
 - б. Печень
 - в. мозговые оболочки
 - г. Кожа
 - д. **все перечисленное**
- 33) Хронический миелолейкоз
- а. возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
 - б. **относится к миелопролиферативным заболеваниям**
 - в. характеризуется панцитопенией
 - г. характеризуется тромбоцитемией
 - д. характеризуется увеличением лимфатических узлов
- 34) Филадельфийская хромосома
- а. представляют собой утрату длинного плеча 13 пары хромосом
 - б. обязательный признак хронического миелолейкоза
 - в. **приобретенная хромосомная транслокация (9;22)**
 - г. определяется в клетках лимфоидного ряда.
- 35) Мутация при хроническом миелолейкозе происходит на уровне:
- а. стволовой клетки
 - б. **клетки -предшественницы миелопоэза**
 - в. клетки -предшественницы лимфопоэза
 - г. пре-Т лимфоцита~ пре-В лимфоцита
- 36) Для типичного хронического лимфолейкоза наиболее характерны:
- а. на лейкопения с небольшим лейкоцитозом
 - б. **лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом**
 - в. лейкоцитоз с нейтрофилезом
 - г. лейкопения с лимфоцитопенией
 - д. нормальное количество лейкоцитов с небольшим лимфоцитозом
- 37) Гемограмме при хроническом лимфолейкозе свойственны:
- а. абсолютный лимфоцитоз
 - б. относительная нейтропения
 - в. клетки цитолиза
 - г. **все перечисленное**
- 38) Формы хронического лимфолейкоза:
- а. доброкачественная (медленотекущая)
 - б. опухолевая
 - в. костномозговая
 - г. Спленомегалическая
 - д. **все перечисленное**
- 39) Наиболее характерный клинический симптом хронического

лимфолейкоза:

- а. Лихорадка
- б. боли в костях
- в. увеличение лимфатических узлов**
- г. увеличение печени

40) Миелодиспластический синдром это :

- а. клональное заболевание с поражением полипотентной стволовой клетки и неэффективным гемопоэзом**
- б. рецидив острого лейкоза
- в. бластный криз хронического миелолейкоза
- г. эритремия

41) Рефрактерная анемия с «кольцевыми» сидеробластами это:

- а. мегалобластная анемия
- б. анемия Минковского Глоффаро
- в. рецидив острого лейкоза
- г. нозологическая форма миелодиспластического синдрома**

42) Больным с бластными клетками до 15% в костном мозге ставится диагноз:

- а. острый лейкоз
- б. хронический миелолейкоз
- в. миелодиспластический синдром с повышенным содержанием бластных клеток**
- г. эритремия с вторичным миелофиброзом
- д. мегалобластная анемия

43) Миеломная болезнь относится к группе:

- а. острых лейкозов
- б. парапротеинемических гемобластозов**
- в. нелейкемических гемобластозов
- г. миеломнопролиферативных опухолей
- д. болезней накопления

44) Наиболее часто встречающиеся симптомы миеломной болезни:

- а. Кровотечения
- б. Оссалгии**
- в. увеличение периферических л/узлов
- г. увеличение селезенки
- д. лихорадка

45) Для диагностики миеломной болезни может применяться:

- а. стерильная пункция
- б. трепанобиопсия
- в. определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов
- г. рентгенологическое исследование плоских костей
- д. все перечисленное**

46) Признаками дефицита железа в организме являются все, кроме:

- а. выпадения волос и ломкости ногтей

	<p>б. ангулярного стоматита и глоссита</p> <p>в. иктеричности</p> <p>г. извращения вкуса</p> <p>47) Для железодефицитной анемии характерно:</p> <p>а. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате</p> <p>б. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты</p> <p>в. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки</p> <p>г. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки</p> <p>д. гипохромия, микроцитоз, положительная дефераловая проб</p> <p>48) Основные причины дефицита витамина В 12:</p> <p>а. Гастрэктомия</p> <p>б. Дисбактериоз</p> <p>в. Гепатит</p> <p>г. инвазия широкого лентеца</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>49) Железодефицитные анемии чаще бывают:</p> <p>а. Нормохромные</p> <p>б. Гипохромные</p> <p>в. гиперхромные</p> <p>50) При железодефицитной анемии в костном мозге отмечается:</p> <p>а. увеличение нормобластов</p> <p>б. уменьшение нормобластов</p> <p>в. появление мегалобластов</p> <p>г. количество нормобластов не меняется</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Физиология и патология системы гемостаза и методы его исследования. Геморрагические диатезы сосудистого генеза»</p>	<p>51) К препаратам, способным вызвать тромбоцитопению, относится:</p> <p>а. ацетилсалициловая кислота</p> <p>б. викасол</p> <p>в. Кардарон</p> <p>г. верошпирон</p> <p>52) При аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуре?</p> <p>а. число мегакариоцитов в костном мозге увеличено, шнурующихся форм нет</p> <p>б. число мегакариоцитов в костном мозге снижено</p> <p>в. не возникают кровоизлияния в мозг</p> <p>г. характерно увеличение печени</p> <p>53) Для диагностики гемофилии применяется:</p> <p>а. определение времени свертываемости крови</p> <p>б. определение времени кровотечения</p> <p>в. определение плазминогена</p> <p>г. определение тромбоцитов</p> <p>54) ДВС-синдром может возникнуть при:</p> <p>а. генерализированных инфекциях</p> <p>б. эпилепсии</p> <p>в. внутриклеточном гемолизе</p> <p>г. почечной недостаточности</p>

5.3.2 ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.29 «ГЕМАТОЛОГИЯ» ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Проведение определения группы крови со стандартными эритроцитам и группы O
2. Проведение определения группы крови со стандартными эритроцитами группы A1
3. Проведение определения группы крови со стандартными эритроцитами группы B
4. Техника проведения люмбальной пункции
5. Показания к проведению люмбальной пункции
6. Противопоказания к проведению люмбальной пункции
7. Методика проведения внутривенного введения лекарственных средств
8. – Стерильная пункция;
9. – Трепанобиопсия;
- 10.– Клинические методы обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- 11.– Ведение медицинской документации (в стационаре, поликлинике);
- 12.– Экстренная помощь при неотложных состояниях;
- 13.– Оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок).

5.33 ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.29 «ГЕМАТОЛОГИЯ»

Теоретическая часть:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Введение в гематологию»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Строение клетки . Клеточные мембраны. Ядро. Цитоплазма (цитоскелет, органоиды) . Деление клетки. 2. Строение и функции костного мозга 3. Лимфатические узлы 4. Тромбоцитопоз 5. Эритропоз 6. Лимфопоз. 7. Регуляция кроветворения. 8. Аномалии хромосом и их природа. 9. Наследственные изменения хромосом и онкогенез. 10. Наследственные заболевания системы крови. 11. Цитохимические и цитогенетические методы исследования.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Гемабласты. Анемии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Лейкозы. Классификация лейкозов 13. Острые лимфобластные лейкозы. 14. Острые нелимфобластные лейкозы. 15. Миелодиспластический синдром. 16. Хронический миелолейкоз 17. Волосатоклеточный лейкоз 18. Множественная миелома. Макроглобулинемия Вальденстрема. 19. Ходжкинские и неходжкинские лимфомы

	<p>20. Трансплантация костного мозга</p> <p>21. Железодефицитные анемии</p> <p>22. Мегалобластные анемии</p> <p>23. Апластические анемии</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Физиология и патология системы гемостаза и методы его исследования. Геморрагические диатезы сосудистого генеза»</p>	<p>24. Система первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза</p> <p>25. Рециторный аппарат тромбоцитов, опосредующий гемостатическую функцию тромбоцитов;</p> <p>26. Физиологические противосвертывающие механизмы (система первичных и вторичных антикоагулянтов антипротеаз).</p> <p>27. Фибринолиз Механизмы фибринолиза и их взаимосвязи.</p> <p>28. Гемостагические средства. Классификация.</p> <p>29. Антикоагулянты прямого и непрямого действия, антиагреганты и фибринолитические средства. Классификация.</p> <p>30. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии.</p>

5.3.5 ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.291 «ГЕМАТОЛОГИЯ».

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Гемобластозы. Анемии»</p>	<p>1. Задача № 1.(острый лейкоз) Больной 25 лет поступил в терапевтическое отделение стационара с диагнозом: очаговая пневмония. Жалобы при поступлении: повышение температуры до фебрильных цифр в течение десяти дней, боль в горле, стоматит, кровоточивость десен, сильная слабость, снижение аппетита. Болен в течение десяти дней, когда появилась боль в горле, покашливание и повышение температуры. Принимал жаропонижающие, антисептические средства в виде полосканий, обильное питье по назначению участкового врача. Боль в горле значительно уменьшилась, кашель исчез, однако сохранялась повышенная температура, нарастала слабость, появилась кровоточивость десен и стоматит, боли в грудной клетке. Госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на очаговую пневмонию. При осмотре: больной бледен, пальпируются умеренно увеличенные шейно-надключичные лимфоузлы с обеих сторон, множественные геморрагии на туловище в виде синяков. В зеве гиперемия, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах и слизистой ротовой полости, десны разрыхлены, гипертрофированы. В легких выслушивается везикулярное дыхание, в нижних отделах — единичные сухие хрипы. Печень и селезенка не пальпируются. При рентгенографии орг. грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено. В ОАК: Эритроциты-2,4 Т/л, Нв-68 г/л, тромбоциты -35 Г/л, лейкоциты-21 Г/лС-23, лф-7, бластные клетки -70, СОЭ-55 мм/час.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз 2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диа-гноза (предполагаемые результаты) 3. Какую терапию необходимо провести <p>2. Задача № 2.(В -дефицитная анемия) Больная 70 лет поступила в кардиологическое отделение стационара с диагнозом: стенокардия напряжения 3 функц. класса. Недостаточность кровообращения 2 «А». Жалобы: на слабость, одышку, частые загрудинные боли при малейшем физическом напряжении и в покое, снижение аппетита, неуверенную походку, онемение нижних конечностей. При осмотре отмечается выраженная бледность кожи и</p>
---	--

слизистых с субиктеричным оттенком, язык малиновый, болезненный. Периферические лимфоузлы, печень и селезенка не увеличены. Умеренные отеки голеней и стоп. В анамнезе: атрофический гастрит. На ЭКГ: признаки гипоксии миокарда. Умеренная гипертрофия левого желудочка. В ОАК: Эритроциты-1,4 Т/л, Нв-65г/л, Ц.в. пок.-1,2, ретикулоциты 1%, тромбоциты —98 Г/л, лейкоциты —3,1 Г/л п-2, с-60, м-3, лф-35, выраженный макроцитоз, мегалоцитоз, гиперсегментация нейтрофилов, СОЭ-34 мм/час. В ОАМ: небольшое количество уробилина. Сывороточное железо - в норме. Общий билирубин -35,6 мкмоль/л, непрямоy -35,0 мкмоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
3. Какую терапию необходимо провести

3. Задача № 3 (Лимфома Ходжкина).

Больной 34 лет в течении нескольких недель отмечает значительное увеличение шейных и надключичных лимфоузлов справа, повышение температуры до субфебрильных цифр, потливость, кожный зуд. При осмотре по всем органам без особенностей. В ОАК: Эритроциты-4,2 Т/л, Нв-123г/л, лейкоциты-15,6 Г/л п-1, с-82, м-4, лф-13, СОЭ-35 мм/час. Осмотр оториноларинголога-патологии со стороны ЛОР-органов не выявлено. Осмотр хирурга-гноyный шейный лимфаденит справа?. Произведена пункция лимфоузла -гноy не получено. При цитологическом исследовании пунктата—гиперплазия лимфоидной ткани, большое количество клеток Березовского —Штернберга .

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больного на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

4. Задача № 4 (Острая апластическая анемия. Лечение, преднизолон, гемотрансфузии, метандростеналон, дизинон, е-АКК, антибиотики). Больная И., 10 лет. Заболела остро. Появились экхимозы на ногах и резкая слабость. Через неделю больная госпитализирована в ЦРБ, где обнаружена панцитопения. Стернальный пунктаткрайне беден ядерными элементами, эритроидный росток чрезвычайно сужен, миелоидный резко угнетен с задержкой созревания на стадии промиелоцитов. Мегакарициты не обнаружены. Больная в тяжелом состоянии переведена в клинику гематологии. При поступлении обращала на себя внимание выраженная адинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, рецидивирующие носовые кровотечения, множественные кровоизлияния на коже, языке, слизистой оболочке рта. В гемограмме -панцитопения. Эр. $-1,5 \times 10^{10}/л$, Л $-1,7 \times 10^9/л$, тромбоциты $-7 \times 10^8/л$, П. -2, С -11, Л -87, СОЭ -75 мм/ч, ретикулоциты 2%.

1. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
2. Предположительный диагноз
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. План лечения.

5. Задача № 5 (Пересадка костного мозга).

Больная З., 15 лет, поступила в клинику с диагнозом: приобретенная гипопластическая анемия с давностью заболевания 10 мес. Анализ крови при поступлении: Эр. $-1,3 \times 10^{10}/л$, ВНБ -33 г/л, Л $-1,5 \times 10^9/л$, П -2, С -12, М -12, СОЭ -90 мм/ч, тромбоциты $-6,5 \times 10^8/л$. Проводимое лечение: гормоны (кортикостероидные, анаболические), компонентная гемотрансфузия, витамины группы В, С, симптоматические средства, - привело к незначительному улучшению. Анализ крови: Эр. $-2,5 \times 10^{10}/л$,

НЬ -66 г/л, цв. п. -0,8, Л -2,9 г/л, С -30, Л -60, М -8,П. -2, СОЭ -56 мм/ч.
Миелограмма: пустой костный мозг, количество миелокарицитов 12 г/л, относительный лимфоцитоз..

1. Ваша дальнейшая тактика.

6. Задача№ 6 (1. Предположительный диагноз: приобретенная апластическая анемия. 2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с острым лейкозом, при котором также возможно развитие панцитопении вследствие вытеснения опухолевыми клетками нормального кроветворения в костном мозге. 3. В первую очередь необходима к/мозговая пункция для исключения острого лейкоза. При отсутствии бластной метаплазии в аспирате к/ мозга, обязательно проведение трепанобиопсии и гистологическое исследование биоптата. Диагноз подтверждает преобладание жировой ткани).

Больная Э., 20 лет обратилась в районную поликлинику по поводу рецидивирующих обильных носовых кровотечений, кровоточивости десен, появления обильной мелкоочечной геморрагической сыпи на ногах, нарастающей слабости. Госпитализирована в ЦРБ. При исследовании гемограммы обнаружена: глубокая анемия, тромбоцитопения, умеренная лейкопения и относительный лимфоцитоз, ускорение СОЭ. Больная в тяжелом состоянии переведена в клинику гематологии. При поступлении обращала на себя внимание выраженная адинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, множественные кровоизлияния на туловище и конечностях, языке, слизистой оболочке полости рта.

1. Предположительный диагноз.
2. Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

7. Задача№ 7 (Диагноз: острый лейкоз. 2. До начала лечения необходимо цитологическое, цитохимическое и цитогенетическое исследование к/мозгового пунктата, иммунофенотипирование бластных клеток для уточнения варианта острого лейкоза. При обнаружении острого лимфобластного и миеломонобластного лейкозов обязательно проведение с/мозговой пункции для исключения нейрорлейкемии.).

Больной Р., 37 лет, обратился в клинику гематологии с направлением поликлиники по м/жительства с диагнозом: анемия неясного генеза. Из анамнеза: месяц назад перенес ОРВИ. Лечился жаропонижающими препаратами и домашними средствами: повышение температуры, боли в горле, недомогание исчезли, больной вышел на работу. Однако при контрольном исследовании гемограммы выявлена анемия и ускорение СОЭ. При объективном осмотре у гематолога: пальпируются шейно-надключичные лимфоузлы с обеих сторон, эластической консистенции, безболезненные, диаметром от 2,5 до 3,0 см, незначительная гепатоспленомегалия. Анализ крови: Эр. $2,4 \times 10^{12}/л$, НВ—62 г/л; Тр. $68,0 \times 10^9/л$; Л. $10,5 \times 10^9/л$; С—2, Лф—10, бластные клетки—88, СОЭ—63 мм/час.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести, прежде чем начинать специфическую терапию?

8. Задача№ 8 (Клиника-гематологическая картина свидетельствует в пользу хронического миелоидного лейкоза: нейтрофильный лейкоцитоз с левым сдвигом, эозинофильно-базофильная ассоциация, тромбоцитоз, спленомегалия. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо цитогенетическое исследование к/мозга для обнаружения характерной Ph-хромосомы. Дополнительное обследование для исключения возможной неопатологии, приведет к запоздалой диагностике и дальнейшему прогрессированию лейкоза.).

Больной В., 52 лет, обратилась в консультативный гематологический кабинет по направлению районной поликлиники с диагнозом: лейкомоидная реакция неясного генеза. Жалобы на субфебрилитет,

небольшую общую слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье. Объективные данные: кожа и слизистые обычной окраски, геморрагий нет. Периферические л/узлы, печень не пальпируются. Пальпируется селезенка, выступающая на 3,0–4,0 см из подреберья. ОАК: Эр. 5,2 x10¹²/л, НВ 122 г/л; Тр. 560,0 x10⁹/л; Л. 21,5 x10⁹/л; Миел-4, Юн-6, П-7, С—54, Эоз-3, Баз-4, мон-6, Л-16, СОЭ—23 мм/час. Врачом гематологом выполнена к/мозговая пункция. В миелограмме: сдвиг влево в нейтрофильном ряду, красный росток сохранен, несколько повышено количество мегакариоцитов. С диагнозом: лейкемоидная реакция по миелоидному типу, пациентка направлена в терапевтический стационар для дообследования и исключения неопластического процесса.

1. Согласны ли Вы с выбранной тактикой ведения больной?
2. Были ли использованы врачом -гематологом все возможности для окончательного исключения системной патологии крови?.

9. Задача № 9 (Учитывая данные осмотра у пациента нельзя исключить возможность эритремии. Для подтверждения диагноза необходимо уточнить показатели гемограммы. При обнаружении увеличенного количества эритроцитов и гемоглобина, повышения гематокрита, замедления СОЭ –необходима консультация гематолога с последующим проведением трепанобиопсии подвздошной кости для окончательного подтверждения диагноза.).

Больной 56 лет обратился к кардиологу с жалобами на головную боль, тяжесть и шум в голове, боли в области сердца, кожный зуд после горячего душа. Из анамнеза: в течение 6 лет наблюдается у участкового терапевта по поводу артериальной гипертензии. Гипотензивные препараты принимает не регулярно. Курит с 18 лет. По утрам -кашель с небольшим количеством мокроты. Других вредных привычек не имеет. При осмотре: телосложение гиперстеническое, ожирение 2ст, кожные покровы лица гиперемированы, слизистые яркие, полнокровные, склеры инъецированы. По органам: без особенностей. А/Д 180 и 100 мм.рт.ст..

1. Какова тактика ведения больного? Есть ли необходимость дальнейшего обследования больного?
2. Обоснуйте и перечислите дополнительные методы обследования .

10. Задача № 10 (Диагноз: хронический лимфолейкоз. Для подтверждения диагноза необходима к/мозговая пункция и иммунофенотипирование лимфоцитов. После уточнения диагноза и уточнения степени распространения опухоли –назначение сдерживающей химиотерапии).

Больной А., 62 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на увеличение лимфоузлов на шее. При более детальном опросе выявлено увеличение потливости, учащение простудных заболеваний, снижение аппетита. При осмотре обнаружено увеличение шейных, надключичных и подмышечных лимфоузлов размерами от 1,5 до 2.0 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, подвижных, безболезненных. Печень и селезенка не увеличены. В гемограмме : Эр. 4,2 x10¹²/л, НВ 122 г/л; Тр.260,0 x10⁹/л; Л. 31,5 x10⁹/л С -19, Л-76, Мон -5, СОЭ—23 мм/час , единичные тени Гумпрехта—Боткина..

1. Предположительный диагноз.
2. Врачебная тактика.

11. Задача № 11 (Диагноз: множественная миелома. Диагноз предполагается на основании: выраженного оссалгического синдрома на фоне диффузного остеопороза, компрессионных позвонков, деструктивных очагов в ребрах, анемии, ускорения СОЭ и протеинурии. 2. Для подтверждения диагноза необходима к/мозговая пункция и электрофорез сывороточных и мочевых белков. 3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с Мtsзлокачественного новообразования в кости).

Больная С., 58 лет, больной себя считает около 3-х месяцев, когда

появились сильные боли в поясничном отделе позвоночника. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника НПВС, обезболивающими средствами с незначительным и кратковременным эффектом. Болевой синдром прогрессировал – появились боли в грудной клетке, ребрах. По собственной инициативе обратилась к мануальному терапевту. На фоне проведения терапии отмечено резкое усиление болевого синдрома, в результате чего больная перестала самостоятельно передвигаться. При рентгенографии позвоночника выявлен диффузный остеопороз и компрессионные переломы 6-7-го грудного и 3-го поясничного позвонков. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены множественные мелкие деструкции в ребрах. ОАКЭр—2,8 x10¹²/л, Нв—90 г/л, Ц, п. —0,9, тр. —190 x10⁹/л, Л—4,2x10⁹/л, П—2, С—58, Л—42, М—4, Э—2, СОЭ—45 мм/час. В ОАМ: протеинурия 1,0 г/л.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?

12. Задача 12 (Ухудшение состояния связано, по-видимому, с развитием компрессии спинного мозга. Для уточнения диагноза необходима консультация нейрохирурга и МРТ-диагностика, для определения уровня поражения позвоночника. При подтверждении миелокомпрессии показано проведение локальной лучевой терапии или курса интенсивной химиотерапии.).

Больная 62 лет наблюдается и лечится в клинике гематологии с диагнозом: множественная миелома G₁, 3 А стадия, в течение 2-х лет. После 6 курсов стандартной ПХТ была достигнута клинко-гематологическая ремиссия: значительное уменьшение болевого синдрома, нормализация показателей гемограммы, отсутствие плазмноклеточной инфильтрации в к/мозге, снижение уровня патологического протеина в сыворотке крови. В последующем больная получала поддерживающее лечение а/резорбтивными препаратами и курсы ПХТ 1 раз в 3 месяца. Последние 2 недели состояние больной ухудшилось: усилились боли в области позвоночника, появилась слабость и онемение в нижних конечностях. Больная перестала ходить..

1. С чем связано ухудшение состояния пациентки?
2. Дальнейшая тактика ведения больной?

13. Задача 13 (Диагноз: Вторичный абсолютный эритроцитоз. Вторичная коагулопатия. Эритроцитоз компенсаторный, развился на фоне тяжелого врожденного порока сердца и обусловлен выраженной тканевой гипоксией. Кровотечение год назад, скорее всего, возникло из варикозно расширенных вен пищевода на фоне вторичного портального цирроза печени. Кроме того, выраженный эритроцитоз приводит к сгущению крови, нарушению ее реологических свойств и повышению кровотоочивости. Учитывая длительный прием антиагрегантов, не исключена возможность лекарственного нарушения функции тромбоцитов. Необходима отмена всех антиагрегантных препаратов и уточнение функциональной способности тромбоцитов в динамике с промежутком в 1-2 мес. Перед оперативным вмешательством провести несколько заменных кровопусканий или сеансов эритроцитозфереза до снижения НСТ (не более 45-50%). При появлении повышенной кровотоочивости во время оперативного вмешательства –трансфузии СЗП и антифибринолитические средства.) Пациентка 27 лет поступила в урологическое отделение с диагнозом: паранефральная гематома справа. Жалобы при поступлении: чувство тяжести и боли в поясничной области, затруднение мочеиспускания. Из анамнеза: наблюдается с детства с врожденным комбинированным пороком сердца (дефект межжелудочковой перегородки и комбинированный митральный порок). Год назад -эпизод обильного кровотечения из верхних отделов ЖКТ. В течение многих лет принимает тромбо-асс. При осмотре: кожные покровы синюшные,

	<p>цианоз губ, пальцы на руках в виде «барабанных палочек», одышка в покое, значительное увеличение в размерах живота, печень выступает на 6,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Асцит. ПриУЗИ почек выявлено увеличение обеих почек в размерах (больше справа), в правой почке визуализируется несколько подкапсульных жидкостных образований (кисты? гематомы?). В паранефральной клетчатке справа жидкость, предположительно кровь, сдавливающая почку. ОАК: Эр. 6,2 x10¹²/л, НВ 210 г/л; НСТ 62% Тр. 100,0 x10⁹/л; Л. 7,5 x10⁹/л; П-7, С—64, мон-6, Л-23, СОЭ —13 мм/час. В коагулограмме: повышение АЧТВ до 62 сек. Учитывая показатели гемограммы, у пациентки заподозрена эритремия. Оперативное вмешательство отложено. Вызван на консультацию гематолог.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Объясните выявленные изменения в гемограмме и причину геморрагических проявлений. 3. Обоснуйте дальнейшую тактику ведения больной..
--	---

6. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.29 «ГЕМАТОЛОГИЯ».

Б1.Б.6	Гематология	Гематология / под ред. Рукавицына О. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5270-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452707.html
		Рациональная фармакотерапия в гематологии / под ред. Рукавицына О. А. - Москва : Литтерра, 2021. - 784 с. (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0353-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503536.html
		Избранные вопросы гематологии : монография : в 2 т. Т. 1 / Л. Ф. Руднева, И. В. Медведева, Т. Н. Василькова [и др.] ; под редакцией И. В. Медведевой. — Тюмень : ТюмГМУ, 2019 — 320 с. — ISBN 978-5-906603-26-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/218354 — Режим доступа: для авториз. пользователей.
		Избранные вопросы гематологии : монография : в 2 т. Т. 2 / Л. Ф. Руднева, И. В. Медведева, Т. Н. Василькова [и др.] ; под редакцией И. В. Медведевой. — Тюмень : ТюмГМУ, 2019 — 304 с. — ISBN 978-5-906603-27-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/218357 — Режим доступа: для авториз. пользователей.

	<p>Стемпень, Т. П. Клиническая лабораторная гематология : учебное пособие / Т. П. Стемпень, С. В. Лелевич. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 232 с. — ISBN 978-5-8114-5840-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/147143 — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
	<p>Сагитова, Г. Р. Сборник заданий для обучающихся по ДПППК врачей по специальности 31.05.02 Педиатрия учебный модуль «Гематология» : учебное пособие / Г. Р. Сагитова, Н. Ю. Отто. — Астрахань : АГМУ, 2021. — 299 с. — ISBN 978-5-4424-0588-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/197903 — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
	<p>Гематология : учебное пособие для вузов / И. И. Некрасова, А. Н. Квочко, Р. А. Цыганский [и др.]. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 208 с. — ISBN 978-5-8114-8122-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/171867. — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
	<p>Клиническая гематология : учебник для вузов / А. А. Алиев, С. А. Рукавишникова, Т. А. Ахмедов [и др.]. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 120 с. — ISBN 978-5-8114-7974-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/183126. — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
	<p>Физиология и патология гемостаза : учеб. пособие / под ред. Н. И. Стуклова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-3625-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436257.html</p>
	<p>Румянцев, А. Г. Гемофилия в практике врачей различных специальностей : руководство / Румянцев А. Г. , Румянцев С. А. , Чернов В. М - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-2347-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423479.html</p>
	<p>Дашкова, Н. Г. Трансфузионная иммунология / Дашкова Н. Г., А. А. Рагимов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Текст :</p>

		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-1299.html
		Трансфизиология : национальное руководство / под ред. А. А. Рагимова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1184 с. - ISBN 978-5-9704-3121-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431214.html
		Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3475-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434758.html
		Болезни крови в амбулаторной практике / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] ; под ред. И. Л. Давыдкина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-5916-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459164.html
		Стаценко М. Е. Пропедевтика внутренних болезней : учеб. пособие по дисциплине "Внутренние болезни". Ч. VI : Гематология: кроветворная система, форменные элементы / М.Е. Стаценко, С.В. Туркина, И.А. Тыщенко ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2022. - 148 с. : ил. - Библиогр.: с. 141.– Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. — URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=Propedevtika_vnutrennih_boleznej_Stacenko_Chast_4_Gematologiya_2022&MacroAcc=A&DbVal=47

Программное обеспечение

- <http://hematologiya.ru/>
- <http://blood.ru/>
- <http://allmedbook.ru/load/gematologija/7>
- <http://medi.ru/doc/001hematol.htm>
- <http://medobook.ru/load/medicina/gematologija/9>
- <http://med-books.net/gematologiy>
- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.
- Сайт «Формулярная система России». <http://www.formular.ru>

- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» издательства ГЭОТАР- медиа (www.rosmedlib.ru).

- Электронная библиотечная система «ClinicalKey» издательства Elsevier. 3.База электронных ресурсов подписного агентства Конэк (www.konekbooks.ru).

Электронные библиотеки: <http://www.scsml.rssi.ru/> __Центральная Научная Медицинская Библиотека; <http://www.medstudy.narod.ru/> __Медицинская электронная библиотека; <http://www.elibrary.ru/> __Научная электронная библиотека; <http://www.infamed.com/katalog/> __Каталог медицинских документов.

1.Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: <http://pravo.gov.ru/>

3. Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: <https://archive.neicon.ru/xmlui/>

3.Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН. - URL: <https://elpub.ru/> 1

4. Медицинский Вестник Юга России. - URL: <https://www.medicalherald.ru/jour> или с сайта РостГМУ17.Всемирная организация здравоохранения. - URL: <http://who.int/ru/>

5. Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. - URL: <https://www.evrika.ru/>

6.Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: <http://www.mededu.ru/>

7.Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: <http://www.univadis.ru/>

8.DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: <http://doctorspb.ru/>

9 Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/issue/index>

10. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!>

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного
тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного
тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

_____ (наименование специальности)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/.

Члены государственной

экзаменационной комиссии:/ФИО/

Секретарь подкомиссии:/ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

_____ (наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

_____ 3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

28.11.24 13:35 (MSK)

Сертификат 056420A9000DB2B8874BDE155105CF60D0