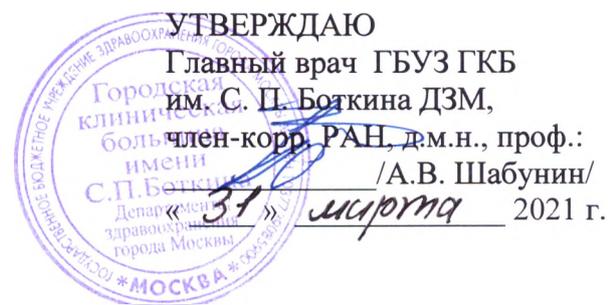


**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной
программы высшего образования – программы подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре
по специальности
31.08.29 Гематология**

**Блок 3
«Государственная итоговая аттестация»**

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

Никитин Евгений Александрович - заведующий кафедрой гематологии и трансфузиологии имени академиков И.А. Кассирского и А.И. Воробьева Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Содержание

I. Общие положения

II. Требования к государственной итоговой аттестации

III. Государственная итоговая аттестация

IV. Критерии оценки ответа выпускника

V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология разработана на основании: – Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78);

– Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1071"Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.29 Гематология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34516);

– Приказа Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136);

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «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» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина ДЗМ;

– локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-гематолог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-гематолога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающиеся допускаются к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно» отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов: 1) междисциплинарного тестирования; 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.29 Гематология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врач-гематолог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

– готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) (ПК-5);

лечебная деятельность:

– готовностью к ведению и лечению пациентов с заболеваниями крови (ПК-6);

– готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

– готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

– готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

– готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

– готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

– готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций

Билеты для проведения ГИА

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 1

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Железодефицитная анемия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №1.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 2

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Острые лейкозы. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №2.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 3

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Миеломная болезнь. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №3.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 4

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Хронический лимфолейкоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №4.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 5

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Хронический миелолейкоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №5.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 6

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Эритремия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз. Симптоматические эритроцитозы.
2. Ситуационная задача №6.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 7

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Дифференциальный диагноз гепатоспленомегалий.
2. Ситуационная задача №7.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 8

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Гематологические проявления заболеваний внутренних органов.
2. Ситуационная задача №8.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 9

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Неотложные состояния в гематологии.
2. Ситуационная задача №9.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 10

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Дифференциальный диагноз лимфаденопатий.
2. Ситуационная задача №10.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 11

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Тромбоцитопатии. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №11.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 12

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Гемолитические анемии. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №12.
3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 13

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Лейкемоидные реакции. Этиопатогенез, диагностика.
2. Ситуационная задача №13.
3. Тесты: вариант №1.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 14

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Геморрагические диатезы. Этиопатогенез, клиника, диагностика, классификация, лечение, прогноз.
2. Ситуационная задача №14.

3. Тесты: вариант №2.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Экзаменационный билет № 15

для государственной итоговой аттестации уровень высшего образования:
ординатура специальность: 31.08.29 Гематология
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Диспансеризация при гематологических заболеваниях.
2. Ситуационная задача №15.
3. Тесты: вариант №1.

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности
компетенций: Тестовые задания (вариант 1)**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Тестовые задания Вариант №1

для государственной итоговой аттестации
уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29
Гематология

ВАРИАНТ 1

**1.Цитологическая диагностика лимфогранулематоза
основывается на:**

- А. обнаружении эпителиоидных клеток
- Б. обнаружении клеток Гоше
- В. обнаружении клеток Березовского - Штернберга
- Г. обнаружении больших скоплений бластов
- Д. обнаружении клеток Ходжкина

**2.Наличие филадельфийской хромосомы патогномично
для:**

- А. острого промиелоцитарного лейкоза

- Б. сублейкемического миелоза
- В. хронического миелолейкоза, пре – В и common форм острого лейкоза
- Г. хронического волосатоклеточного лейкоза
- Д. эритремии

3. Наиболее точным критерием, отражающим запасы железа в организме, является:

- А. ферритин
- Б. общая железосвязывающая способность сыворотки
- В. процент насыщения трансферрина
- Г. железо сыворотки крови Д. морфология эритроцитов

4. Прямая проба Кумбса положительна при:

- А. аутоиммунном гемолизе
- Б. болезни Маркиафавы – Микели
- В. наследственном микросфероцитозе
- Г. дефиците глюкозо – 6 – фосфатдегидрогеназы
- Д. свинцовом отравлении

5. Определение массы циркулирующих эритроцитов имеет решающее диагностическое значение при:

- А. эритермии
- Б. анемии
- В. тромбофилии
- Г. всем перечисленным
- Д. пневмосклерозе

6. К нерадиационным поражающим факторам относится:

- А. Проникающая радиация
- Б. Ионизирующее излучение
- В. Электромагнитный импульс

7. Принципиальное отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:

- А. темпе увеличения массы опухоли
- Б. секреции аномальных белков
- В. наличие метастазов
- Г. наличие опухолевой прогрессии
- Д. выраженности интоксикации

8. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская) на 1 этапе оказывает:

- А. Специализированную медицинскую помощь
- Б. Квалифицированную медицинскую помощь
- В. Первую врачебную медицинскую помощь

Г. Первую медицинскую помощь

9. Наследственность имеет решающее причинное значение при:

- А. хроническом миелолейкозе
- Б. хроническом лимфолейкозе
- В. остром миелобластном лейкозе
- Г. лимфогранулематозе
- Д. множественной миеломе

10. В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит:

- А. характер течения заболевания
- Б. возраст больных
- В. степень угнетения нормальных ростков кроветворения
- Г. степень анаплазии элементов кроветворной ткани
- Д. гепаспленомегалия

11. Для диагностики хронического моноцитарного лейкоза по картине периферической крови имеет значение:

- А. лейкоцитоз
- Б. абсолютный моноцитоз
- В. левый сдвиг в формуле крови
- Г. соотношение зрелых и незрелых гранулоцитов
- Д. ускорение СОЭ

12. Больным эритремией в возрасте до 50 лет в развернутой стадии следует назначать:

- А. гидроксимочевину
- Б. цитозар
- В. циклофосфан
- Г. интерферон
- Д. алкеран

13. Поражение средостения чаще наблюдается при следующем варианте лимфогранулематоза:

- А. лимфоидного преобладания
- Б. склеронодулярном
- В. смешанно – клеточном
- Г. лимфоидного истощения
- Д. классической болезни Ходжкина

14. Парапротейны представляют собой:

- А. нормальные иммуноглобулины – антитела
- Б. моноклональные иммуноглобулины, а также белки Бенс – Джонса

- В. фрагменты альбумина
- Г. мономеры фибриногена
- Д. компоненты комплемента

15. При электрофорезе сыворотки больных парапротеинемическими гемобластозами чаще всего выявляется:

- А. гипоальбуминемия
- Б. агаммаглобулинемия
- В. гипер- альфа₂ – глобулинемия
- Г. гипогаммаглобулинемия и М- градиент в зоне миграции иммуноглобулинов
- Д. гипергаммаглобулинемия

16. Парапротеинами при миеломе могут быть иммуноглобулины:

- А. G и A Б. E
- В. A
- Г. M и D
- Д. каждый из 5 классов иммуноглобулинов

17. Эффект цитостатической химиотерапии при множественной миеломе оценивается не ранее, чем через:

- А. 3 недели
- Б. 1 месяц
- В. 3 месяца
- Г. полгода
- Д. год

18. Показаниями к проведению лечения высокими дозами алкерана при множественной миеломе внутривенно служит:

- А. 3 стадия заболевания
- Б. патологические переломы костей
- В. резистентность к стандартным программам лечения
- Г. исходная панцитопения
- Д. почечная недостаточность

19. Показаниями для плазмафереза при множественной миеломе является все перечисленное, за исключением:

- А. гиперпротеинемии, протеинурии Бенс – Джонса
- Б. почечной недостаточности
- В. гиперкальциемии
- Г. синдрома повышенной вязкости
- Д. повышение уровня общего белка

20. Морфологический субстрат макроглобулинемии

Вальденстрема представлен:

- А. плазмочитами
- Б. лимфоцитами и плазмочитами
- В. «волосатыми» клетками
- Г. лимфоцитами и тучными клетками
- Д. макрофагами

21. Болезни тяжелых цепей (БТЦ) представляют собой:

- А. наследственный иммунодефицит
- Б. варианты миелодисплазии
- В. лимфопролиферативные заболевания
- Г. макрофагальные опухоли
- Д. гистиоцитозы

22. Диагностика вариантов острых лейкозов основана на:

- А. цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластов
- Б. клинических данных
- В. характерных морфологических особенностях бластов при микроскопии
- Г. ответе на проводимую терапию
- Д. степени угнетения нормального кроветворения

23. Клинически энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми признаками, кроме:

- А. высокой лихорадки Б. диареи
- В. шума плеска и урчания при пальпации в илеоцекальной области
- Г. тенезмов
- Д. развития симптомом на фоне агранулоцитоза

24. Лечение энтеропатии включает в себя все, кроме:

- А. перевода больного на полный голод
- Б. деконтаминации кишечника
- В. парентерального питания
- Г. неотложного оперативного вмешательства
- Д. постельного режима

25. Наиболее характерными клиническими проявлениями волосатоклеточного лейкоза являются:

- А. спленомегалия
- Б. гепатомегалия
- В. периферическая лимфаденопатия
- Г. геморрагический синдром
- Д. аутоиммунный гемолиз

26. В сомнительных случаях хронического миелолейкоза необходимо дополнительно исследовать:

- А. щелочную фосфатазу нейтрофилов
- Б. лактатдегидрогеназу
- В. мочевую кислоту
- Г. миелопероксидазу
- Д. пируваткиназу

27. Из перечисленных цитостатиков наиболее удобным в управлении за опухолевой массой в развернутой стадии ХМЛ является:

- А. цитозин – арабинозид
- Б. гидроксимочевина
- В. миелобромол
- Г. 6 – меркаптопурин
- Д. вепезид

28. Наиболее эффективно в терминальной стадии ХМЛ назначить:

- А. монотерапию интерфероном – альфа
- Б. монотерапию преднизолоном
- В. сеансы лейкоцитафереза
- Г. облучение селезенки
- Д. интрон – А, цитозинарабинозид, гливек

29. Наиболее характерными клинико- гематологическим проявлением терминальной стадии ХМЛ является все перечисленное, кроме:

- А. возникновение лейкемидов на коже
- Б. увеличение % миелоцитов и промиелоцитов
- В. панцитопении разной степени выраженности
- Г. рефрактерности к терапии гидроксимочевинной
- Д. лихорадки

30. Необходимыми исследованиями для диагностики лимфогранулематоза являются:

- А. лабораторные методы (гемограмма, биохимические исследования)
- Б. цитология и гистология лимфоузла
- В. радиосцинтиграфия
- Г. лимфография
- Д. компьютерная и МР- томография

31. Наиболее часто при лечении цитостатиками наблюдаются следующие нарушения ритма:

- А. синусовая брадикардия
- Б. синусовая тахикардия
- В. атрио – вентрикулярная блокада

- Г. желудочковая экстрасистолия
- Д. предсердная экстрасистолия

32. Исходом анемической стадии эритремии могут быть все перечисленные заболевания, исключая:

- А. острый лейкоз
- Б. хронический лейкоз
- В. лимфопролиферативные заболевания
- Г. апластическую анемию
- Д. сублейкемический миелоз

33. Показаниями к назначению цитостатической терапии при сублейкемическом миелозе являются все перечисленные, кроме:

- А. тромбоцитопении
- Б. спленомегалии с компрессионным синдромом
- В. умеренного лейкоцитоза
- Г. гиперспленизма
- Д. тромбоцитопении

34. Повышенная чувствительность к инфекционным осложнениям у больных с хроническим лимфолейкозом связана с:

- А. гипергаммаглобулинемией
- Б. гиперлейкоцитозом
- В. дефектами иммунного ответа
- Г. увеличение количества естественных киллеров
- Д. нарушениями в системе клеточного иммунитета

35. К наиболее частой форме множественной миеломы относится:

- А. множественно- очаговая
- Б. диффузно – очаговая
- В. диффузная
- Г. остеосклеротическая
- Д. нодулярная

36. Основными способами защиты населения являются:

- А. Оказание медицинской помощи
- Б. Вывоз из очага катастрофы
- В. Укрытие в защитных сооружениях
- Г. Прием медикаментов и эвакуация

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

- А. кровопотеря при месячных
- Б. хронического гастрита с пониженной секреторной функцией
- В. геморроя
- Г. опухоли желудка – кишечника
- Д. болезни Рандю – Ослера

38. Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является:

- А. кровопотеря из желудочно – кишечного тракта
- Б. гломерулопатии
- В. алкогольный гепатит
- Г. гематурическая форма гломерулонефрита
- Д. кровохарканье

39. К лабораторным признакам железодефицитной анемии относятся:

- А. микроцитоз в периферической крови
- Б. микросфероцитоз
- В. анизо – пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу
- Г. смещение пика в кривой Прайс – Джонса вправо
- Д. отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах

40. Железодефицитную анемию и анемию, обусловленную инфекцией, отличают друг от друга:

- А. гипохромия эритроцитов
- Б. снижение содержания железа в сыворотке
- В. снижение уровня ферритина
- Г. снижение цветового показателя
- Д. повышение уровня общей железосвязывающей способности.

41. При выборе диетического режима больным с железодефицитной анемией следует прежде всего рекомендовать:

- А. сырую печень
- Б. мясные продукты
- В. яблоки
- Г. зелень
- Д. гречневую кашу

42. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия – это:

- А. редкое заболевание
- Б. частое заболевание, причину которого врач всегда обязан вскрыть
- В. результат гинекологических кровопотерь
- Г. эссенциальное заболевание, генез которого неизвестен

Д. наследственное заболевание

43. Железодефицитная анемия у беременных возникает в результате:

- А. имевшегося ранее латентного дефицита железа
- Б. хронической кровопотери у беременной
- В. несовместимости с плодом по системе АВО
- Г. несовместимости с мужем по системе АВО
- Д. несовместимости с плодом по резус – фактору

44. При железодефицитной анемии довольно часто встречаются все нижеперечисленные симптомы за исключением:

- А. извращения вкуса и обоняния
- Б. колоникий
- В. ломкости и сухости волос
- Г. гипертрихоза
- Д. раздражительности

45. Гипохромная анемия, связанная с наследственным нарушением синтеза порфиринов лечится:

- А. витамином В 6
- Б. препаратами железа В. десфералем
- Г. витамином В 12
- Д. приемом фолиевой кислоты

46. Клиническая картина острой перемежающейся порфирии возникает вследствие:

- А. злоупотребления алкоголем
- Б. нарушения миелинизации
- В. отравления угарным газом
- Г. развития ацидоза
- Д. падения давления

47. Основной синдром острой перемежающейся порфирии:

- А. демиелинизация нервных волокон
- Б. портальная гипертензия
- В. остеопороз
- Г. альбинизм
- Д. кетоацидоз

48. Частый симптом острой перемежающейся порфирии, заставляющий больного обратиться к врачу:

- А. фимоз
- Б. розовое окрашивание мочи

- В. заикание
- Г. потливость
- Д. кожный зуд

49. Характерным клиническим симптомом свинцовой интоксикации является:

- А. желтуха
- Б. серая кайма на деснах
- В. кровь в кале
- Г. почечная колика
- Д. диарея

50. Характерной лабораторной находкой при анемии, обусловленной свинцовой интоксикацией, служит:

- А. гиперхромия эритроцитов
- Б. высокий ретикулоцитоз
- В. базофильная пунктация эритроцитов
- Г. шизоцитоз эритроцитов
- Д. выявление телец Жолли

51. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

- А. гиперхромия эритроцитов
- Б. микроцитоз эритроцитов
- В. глюкозурия
- Г. гиперурикемия
- Д. гипохромия эритроцитов

52. Наиболее вероятной причиной развития В 12-дефицитной анемии из нижеперечисленных является:

- А. инвазия широким лентецом
- Б. инвазия острицами
- В. язвенная болезнь желудка
- Г. аппендицит
- Д. спастический колит

53. При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя

- А. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей
- Б. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
- В. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством

Г. все вышеперечисленное

54. Характерная жалоба больного В 12- дефицитной анемией:

- А. хромота
- Б. боли за грудиной
- В. жжение в языке
- Г. ухудшение зрения
- Д. ломкость ногтей

55. При В 12- дефицитной анемии отмечается:

- А. лейкоцитоз
- Б. лимфоцитоз
- В. полисегментация нейтрофилов
- Г. аномалия Пельгера
- Д. гипохромия эритроцитов

56. Больного В 12- дефицитной анемией следует лечить:

- А. всю его жизнь
- Б. до нормализации уровня гемоглобина
- В. 1 год
- Г. 3 месяца
- Д. 6 месяцев

57. Эффективность терапии В 12- дефицитной анемии оценивается по:

- А. приросту ретикулоцитов на 3- 5 день лечения
- Б. приросту гемоглобина
- В. улучшению аппетита
- Г. прибавке в массе тела
- Д. уменьшению сывороточного железа

58. К наследственным гемолитическим анемиям, обусловленным дефектом мембраны эритроцитов, относят:

- А. болезнь Минковского – Шоффара
- Б. апластическую анемию.
- В. талассемии
- Г. болезнь Маркиафавы – Микели
- Д. гемоглобинопатии

59. Болезнь Минковского – Шоффара наследуется:

- А. аутосомно
- Б. рецессивно
- В. аутосомно – доминантно
- Г. доминантно сцеплено с полом

Д. рецессивно сцеплено с полом

60. Диагноз болезни Минковского – Шоффара основан на всех перечисленных исследованиях, за исключением:

- А. морфологии эритроцитов
- Б. повышения уровня непрямого билирубина
- В. прямой пробы Кумбса
- Г. осмотической резистентности эритроцитов
- Д. повышения уровня ферритина

61. Показанием к спленэктомии при наследственном микросфероцитозе слежит:

- А. частые гемолитические кризы
- Б. микросфероцитоз
- В. укорочение продолжительности жизни эритроцитов
- Г. спленомегалия
- Д. повышение уровня непрямого билирубина

62. Порфирия обусловлена:

- А. дефицитом ферментов эритроцитов
- Б. выработкой антиэритроцитарный антител
- В. дефектом мембраны эритроцитов
- Г. дефектом синтеза гемма
- Д. дефектом синтеза глобина

63. Для подтверждения диагноза острой перемежающейся порфирии необходимо выявить:

- А. гипохромию эритроцитов
- Б. положительную качественную пробу на порфобилиноген
- В. положительную пробу Хема
- Г. пониженное содержание d- аминолевулиновой кислоты
- Д. положительную непрямую пробу Кумбса

64. Лечение больных острой перемежающейся порфирией включает все перечисленное, кроме:

- А. фосфадена
- Б. преднизолона
- В. плазмафереза
- Г. нормосанга
- Д. коллоидных растворов

65. Разрешена ли эвтаназия (искусственное приближение смерти по просьбе пациента) законодательством о здравоохранении?

- А. активная эвтаназия

- Б. пассивная эвтаназия
- В. активная и пассивная
- Г. нет

66. Для проведения экстракорпорального кровообращения используется в качестве антикоагулянта:

- А. гепарин
- Б. оксалат натрия
- В. фенилин
- Г. фторид натрия
- Д. гирудин

67. Физиологическая роль тромбоцитов в крови сводится к:

- А. переносу кислорода
- Б. участию в гемостазе
- В. захвату и уничтожению микроорганизмов
- Г. захвату свободных радикалов
- Д. выработке антител

68. Устным методом пропаганды ЗОЖ является

- А. повседневное общение с окружающими
- Б. лекция
- В. аудиозаписи
- Г. диалог с врачом

69. Агрегация тромбоцитов – это:

- А. склеивание их друг с другом
- Б. приклеивание к чужеродной поверхности
- В. связывание инородных частиц
- Г. поглощение серотонина
- Д. лизис

70. К средствам, влияющим на систему фибринолиза не относится:

- А. свежезамороженная плазма
- Б. эпислон – аминокaproновая кислота
- В. теоникол
- Г. стрептокиназа
- Д. гепарин

71. Антикоагулянты прямого действия:

- А. фенилин
- Б. гепарин
- В. свежезамороженная плазма
- Г. тиклид

Д. плавикс

72. Абсолютные показания к трансфузии тромбоцитов:

- А. появление антител к тромбоцитам
- Б. появление геморрагий на нижних конечностях
- В. появление геморрагий на верхних отделах туловища
- Г. появление петехий на животе
- Д. десневые кровотечения

73. При лечении аутоиммунной тромбоцитопении используется все перечисленное, кроме:

- А. преднизолона
- Б. анаболических стероидов
- В. спленэктомия
- Г. цитостатических препаратов
- Д. аскорбиновой кислоты

74. У больных с болезнью Виллебранда для профилактики кровотечения применяют следующие препараты:

- А. аспирин
- Б. адреналин
- В. криопреципитат
- Г. эпсилонаминокапроновая кислота
- Д. теоникол

75. Для купирования ДВС – синдрома необходимо, в первую очередь:

- А. введение фенилина
- Б. переливание свежезамороженной плазмы
- В. переливание криопреципитата
- Г. введение стрептокиназы
- Д. проведение плазмафереза

76. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А. гепарин
- Б. рекомбинантный антитромбин III
- В. аминокaproновая кислота
- Г. тиклид
- Д. фибринолизин

77. Причина развития ДВС- синдрома при кровопотере:

- А. гипоксия и ацидоз
- Б. уменьшения синтеза естественных антикоагулянтов
- В. уменьшение синтеза активаторов фибринолиза
- Г. уменьшение синтеза ингибиторов фибринолиза
- Д. повышение синтеза ингибиторов фибринолиза

78. Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на индивидуальное здоровье человека?

- А. биологические
- Б. окружающая среда
- В. служба здоровья
- Г. индивидуальный образ жизни

79. При лечении наследственных тромбоцитопатий используется все, кроме:

- А. преднизолона
- Б. дицинона
- В. эpsilon – аминокaproновой кислоты
- Г. тромбоцитарной массы
- Д. трансплантации костного мозга

80. При гемофилии В наблюдается дефицит:

- А. фактора VIII
- Б. фактора IX
- В. фактора XIII
- Г. фактора X
- Д. фактора XI

81. В конечном этапе свертывания крови не участвует:

- А. протромбин
- Б. фибриноген
- В. XII фактор
- Г. кальций
- Д. тромбомодулин

82. Клинико–лабораторная диагностика гемофилий основана на всем перечислено, кроме:

- А. определения АЧТВ
- Б. определения времени Квика
- В. определения дефицита факторов свертывания крови
- Г. наличия гематомного типа геморрагического синдрома
- Д. определения агрегации тромбоцитов с коллагеном

83. При гемофилии А и В геморрагический синдром может осложниться:

- А. синовитом
- Б. некрозом тканей
- В. анемической комой
- Г. почечной недостаточностью
- Д. инфарктом миокарда

84. При проведении терапии ДВС – синдрома необходимо контролировать все, кроме:

- А. уровня физиологических антикоагулянтов при использовании гепарина
- Б. состояния системы фибринолиза
- В. определения протромбинового индекса при терапии викасолом
- Г. агрегации тромбоцитов
- Д. концентрации продуктов паракоагуляции

85. Профилактика осложнений цитостатической болезни состоит из:

- А. стерилизации кишечника
- Б. профилактического назначения антибиотиков
- В. плазмафереза
- Г. перевод больного в бокс на весь период ПХТ
- Д. перевод больного на парентеральное питание

86. Классификация агранулоцитозов основана на:

- А. этиологическом факторе
- Б. отличиях патогенеза
- В. клинических особенностях
- Г. анамнестических данных
- Д. анализах периферической крови

87. Для апластической анемии характерны следующие изменения в костном мозге:

- А. снижение клеточности костного мозга
- Б. преобладание кроветворного костного мозга над жировым
- В. очаговая пролиферация лимфоцитов
- Г. нормальное соотношение кроветворного и жирового костного мозга
- Д. очаги фиброза

88. Лабораторное исследование при апластической анемии выявляет:

- А. панцитопению в периферической крови
- Б. ретикулоцитоз
- В. низкий уровень сывороточного железа
- Г. гипергаммаглобулинемию
- Д. повышение трансаминаз

89. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются:

- А. диарея
- Б. артериальная гипотония
- В. фебрильная температура
- Г. загруженность

Д. желтушность

90. Токсический гепатит характеризуется:

- А. кровоточивостью
- Б. лихорадкой
- В. цитопенией
- Г. изменениями осадочных проб
- Д. спленомегалией

91. Для уточнения диагноза агранулоцитоза необходимо сделать следующее:

- А. трепанобиопсию
- Б. стерильную пункцию
- В. компьютерную томографию
- Г. лимфографию
- Д. люмбальную пункцию

92. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

- А. тошнота и рвота
- Б. лейкопения
- В. эритема кожи
- Г. выпадение волос
- Д. жидкий стул

93. Редкое осложнение цитостатической болезни:

- А. панкреатит
- Б. энтеропатия
- В. пневмония
- Г. сепсис
- Д. холецистит

94. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре наиболее эффективным методом лечения является:

- А. дренирование грудного лимфатического протока
- Б. трансфузии тромбоциты
- В. тимэктомия
- Г. спленэктомия
- Д. плазмаферез

95. При аутоиммунной гемолитической анемии, протекающей с частыми кризами, показано проведение:

- А. спленэктомии
- Б. наложение гепатолиенального шунта
- В. дренирование грудного лимфатического протока

- Г. холецистэктомии
- Д. тимэктомии

96. Здоровье – это состояние полного...

- А. физического благополучия
- Б. духовного благополучия
- В. социального благополучия
- Г. все ответы верны

97. Показанием для немедленного начала антибиотикотерапии является:

- А. агранулоцитоз
- Б. тромбоцитопения
- В. острый вирусный гепатит
- Г. острый гемолиз
- Д. острая почечная недостаточность

98. У больного с анемией (уровень Нв – 70 г\л), обусловленной хронической почечной недостаточностью предпочтительно использование:

- А. свежей крови
- Б. эритроцитарной массы
- В. отмытых эритроцитов
- Г. рекомбинантного эритропоэтина
- Д. размороженных эритроцитов

99. Для инфекционного мононуклеоза не характерно:

- А. увеличение селезенки
- Б. увеличение печени
- В. тромбоцитопения
- Г. левый сдвиг в формуле крови
- Д. нейтропении

100. В гипокоагуляционной фазе ДВС- синдрома назначают:

- А. гепарин
- Б. трансфузии свежзамороженной плазмы
- В. трансфузии теплой крови
- Г. прямые переливания крови
- Д. введение криопреципитата

Тесты по гематологии ВАРИАНТ 1

1 В	21 в	41 б	61 а	81 д
2 В	22 а	42 б	62 г	82 д

3	а	23 г	43 а	63 б	83 д
4	а	24 г	44 г	64 б	84 в
5	а	25 а	45 а	65 г	85 а
6 в		26 а	46 б	66 а	86 б
7	г	27 б	47 а	67 б	87 а
8 в		28 д	48 б	68 б	88 а
9	б	29 б	49 б	69 а	89 в
10 г		30 б	50 в	70 д	90 г
11 б		31 б	51 а	71 б	91 а
12 г		32 в	52 а	72 в	92 а
13 б		33 в	53 г	73 б	93 а
14 б		34 в	54 в	74 в	94 г
15 г		35 б	55 в	75 б	95 а
16 д		36 в	56 а	76 в	96 г
17 в		37 б	57 а	77 а	97 а
18 в		38 а	58 а	78 г	98 г
19 а		39 в	59 в	79 а	99 д
20 б		40 в	60 в	80 б	100 б

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций: Тестовые задания (вариант 2)

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Тестовые задания Вариант №2

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

ВАРИАНТ 2

**1. Необходимыми исследованиями для диагностики
лимфогранулематоза являются:**

- А. лабораторные методы (гемограмма, биохимические исследования)
- Б. цитология и гистология лимфоузла
- В. радиосцинтиграфия
- Г. лимфография
- Д. компьютерная и МР- томография

**2. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская)
на 1 этапе оказывает:**

- А. Специализированную медицинскую помощь
- Б. Квалифицированную медицинскую помощь
- В. Первую врачебную медицинскую помощь
- Г. Первую медицинскую помощь

**3. Исходом анемической стадии эритремии могут быть все
перечисленные заболевания, исключая:**

- А. острый лейкоз
- Б. хронический лейкоз
- В. лимфопролиферативные заболевания
- Г. апластическую анемию
- Д. сублейкемический миелоз

**4. Показаниями к назначению цитостатической терапии при
сублейкемическом миелозе являются все перечисленные, кроме:**

- А. тромбоцитопении
- Б. спленомегалии с компрессионным синдромом
- В. умеренного лейкоцитоза
- Г. гиперспленизма
- Д. тромбоцитопении

5. Повышенная чувствительность к инфекционным осложнениям у больных с хроническим лимфолейкозом связана с:

- А. гипергаммаглобулинемией
- Б. гиперлейкоцитозом
- В. дефектами иммунного ответа
- Г. увеличение количества естественных киллеров
- Д. нарушениями в системе клеточного иммунитета

6. К нерадиационным поражающим факторам относится:

- А. Проникающая радиация
- Б. Ионизирующее излучение
- В. Электромагнитный импульс

7. За сутки может всосаться железа не более:

- А. 0,5 – 1,0 мг
- Б. 2,0 – 2,5 мг
- В. 4,0- 4,5 мг
- Г. 8 – 10 мг
- Д. 10- 12,5 мг

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

- А. кровопотерь при месячных
- Б. хронического гастрита с пониженной секреторной функцией
- В. геморроя
- Г. опухоли желудочно – кишечного тракта
- Д. болезни Рандю – Ослера

9. Основными способами защиты населения являются:

- А. Оказание медицинской помощи
- Б. Вывоз из очага катастрофы
- В. Укрытие в защитных сооружениях
- Г. Прием медикаментов и эвакуация

10. К лабораторным признакам железодефицитной анемии относятся:

- А. микроцитоз в периферической крови
- Б. микросфероцитоз
- В. анизо – пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу
- Г. смещение пика в кривой Прайс – Джонса вправо
- Д. отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах

11. Железодефицитную анемию и анемию, обусловленную инфекцией, отличают друг от друга:

- А. гипохромия эритроцитов
- Б. снижение содержания железа в сыворотке
- В. снижение уровня ферритина

- Г. снижение цветового показателя
- Д. повышение уровня общей железосвязывающей способности.

12. При выборе диетического режима больным с железодефицитной анемией следует прежде всего рекомендовать:

- А. сырую печень
- Б. мясные продукты
- В. яблоки
- Г. зелень
- Д. гречневую кашу

13. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия – это:

- А. редкое заболевание
- Б. частое заболевание, причину которого врач всегда обязан вскрыть
- В. результат гинекологических кровопотерь
- Г. эссенциальное заболевание, генез которого неизвестен
- Д. наследственное заболевание

14. Железодефицитная анемия у беременных возникает в результате:

- А. имевшегося ранее латентного дефицита железа
- Б. хронической кровопотери у беременной
- В. несовместимости с плодом по системе АВО
- Г. несовместимости с мужем по системе АВО
- Д. несовместимости с плодом по резус – фактору

15. При железодефицитной анемии довольно часто встречаются все нижеперечисленные симптомы за исключением:

- А. извращения вкуса и обоняния
- Б. колоникий
- В. ломкости и сухости волос
- Г. гипертрихоза
- Д. раздражительности

16. Гипохромная анемия, связанная с наследственным нарушением синтеза порфиринов лечится:

- А. витамином В 6
- Б. препаратами железа
- В. десфералем
- Г. витамином В 12
- Д. приемом фолиевой кислоты

17. При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя

- А. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, в случае оказания помощи

- несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей
- Б. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
- В. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
- Г. все вышеперечисленное

18. Основной синдром острой перемежающейся порфирии:

- А. демиелинизация нервных волокон
- Б. портальная гипертензия
- В. остеопороз
- Г. альбинизм
- Д. кетоацидоз

19. Частый симптом острой перемежающейся порфирии, заставляющий больного обратиться к врачу:

- А. фимоз
- Б. розовое окрашивание мочи
- В. заикание
- Г. потливость
- Д. кожный зуд

20. Характерным клиническим симптомом свинцовой интоксикации является:

- А. желтуха
- Б. серая кайма на деснах
- В. кровь в кале
- Г. почечная колика
- Д. диарея

21. Характерной лабораторной находкой при анемии, обусловленной свинцовой интоксикацией, служит:

- А. гиперхромия эритроцитов
- Б. высокий ретикулоцитоз
- В. базофильная пунктация эритроцитов
- Г. шизоцитоз эритроцитов
- Д. выявление телец Жолли

22. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

- А. гиперхромия эритроцитов
- Б. микроцитоз эритроцитов
- В. глюкозурия
- Г. гиперурикемия
- Д. гипохромия эритроцитов

23. Наиболее вероятной причиной развития В 12-дефицитной анемии из нижеперечисленных является:

- А. инвазия широким лентецом
- Б. инвазия острицами
- В. язвенная болезнь желудка
- Г. аппендицит
- Д. спастический колит

24. Для усвоения пищевого витамина В 12 требуется:

- А. внутренний фактор фундальной части желудка
- Б. здоровая селезенка
- В. нормальное содержание сахара в крови
- Г. нормальная кишечная флора
- Д. повышенная секреция желудочного сока

25. Характерная жалоба больного В 12- дефицитной анемией:

- А. хромота
- Б. боли за грудиной
- В. жжение в языке
- Г. ухудшение зрения
- Д. ломкость ногтей

26. При В 12- дефицитной анемии отмечается:

- А. лейкоцитоз
- Б. лимфоцитоз
- В. полисегментация нейтрофилов
- Г. аномалия Пельгера
- Д. гипохромия эритроцитов

27. Больного В 12- дефицитной анемией следует лечить:

- А. всю его жизнь
- Б. до нормализации уровня гемоглобина
- В. 1 год
- Г. 3 месяца
- Д. 6 месяцев

28. Эффективность терапии В 12- дефицитной анемии оценивается по:

- А. приросту ретикулоцитов на 3- 5 день лечения
- Б. приросту гемоглобина
- В. улучшению аппетита
- Г. прибавке в массе тела
- Д. уменьшению сывороточного железа

29. К наследственным гемолитическим анемиям, обусловленным дефектом мембраны эритроцитов, относят:

- А. болезнь Минковского – Шоффара
- Б. апластическую анемию.
- В. талассемии

- Г. болезнь Маркиафавы – Микели
- Д. гемоглобинопатии

30. Болезнь Минковского – Шоффара наследуется:

- А. аутосомно
- Б. рецессивно
- В. аутосомно – доминантно
- Г. доминантно сцеплено с полом
- Д. рецессивно сцеплено с полом

31. Диагноз болезни Минковского – Шоффара основан на всех перечисленных исследованиях, за исключением:

- А. морфологии эритроцитов
- Б. повышения уровня непрямого билирубина
- В. прямой пробы Кумбса
- Г. осмотической резистентности эритроцитов
- Д. повышения уровня ферритина

32. Цитологическая диагностика лимфогранулематоза основывается на:

- А. обнаружении эпителиоидных клеток
- Б. обнаружении клеток Гоше
- В. обнаружении клеток Березовского - Штернберга
- Г. обнаружении больших скоплений бластов
- Д. обнаружении клеток Ходжкина

33. Разрешена ли эвтаназия (искусственное приближение смерти по просьбе пациента) законодательством о здравоохранении?

- А. активная эвтаназия
- Б. пассивная эвтаназия
- В. активная и пассивная
- Г. нет

34. Наиболее точным критерием, отражающим запасы железа в организме, является:

- А. ферритин
- Б. общая железосвязывающая способность сыворотки
- В. процент насыщения трансферрина
- Г. железо сыворотки крови
- Д. морфология эритроцитов

35. Прямая проба Кумбса положительна при:

- А. аутоиммунном гемолизе
- Б. болезни Маркиафавы – Микели
- В. наследственном микросфероцитозе
- Г. дефиците глюкозо – 6 – фосфатдегидрогеназы
- Д. свинцовом отравлении

36. Определение массы циркулирующих эритроцитов имеет решающее диагностическое значение при:

- А. эритермии
- Б. анемии
- В. тромбофилии
- Г. всем перечисленным
- Д. пневмосклерозе

37. Морфологическим плацдармом клеточного иммунитета являются:

- А. Т – лимфоциты
- Б. В – лимфоциты
- В. плазмоциты
- Г. макрофаги
- Д. все перечисленные клетки

38. Принципиальное отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:

- А. темпе увеличения массы опухоли
- Б. секреции аномальных белков
- В. наличие метастазов
- Г. наличие опухолевой прогрессии
- Д. выраженности интоксикации

39. Классификация лейкозов основана на:

- А. клинической картине заболевания
- Б. анамнестических данных
- В. степени зрелости клеточного субстрата опухоли
- Г. продолжительности жизни больного
- Д. ответе на проводимую терапию

40. Наследственность имеет решающее причинное значение при:

- А. хроническом миелолейкозе
- Б. хроническом лимфолейкозе
- В. остром миелобластном лейкозе
- Г. лимфогранулематозе
- Д. множественной миеломе

41. Устным методом пропаганды ЗОЖ является

- А. повседневное общение с окружающими
- Б. лекция
- В. аудиозаписи
- Г. диалог с врачом

42. Для диагностики хронического моноцитарного лейкоза по картине периферической крови имеет значение:

- А. лейкоцитоз
- Б. абсолютный моноцитоз
- В. левый сдвиг в формуле крови
- Г. соотношение зрелых и незрелых гранулоцитов
- Д. ускорение СОЭ

43. Больным эритремией в возрасте до 50 лет в развернутой стадии следует назначать:

- А. гидроксимочевину
- Б. цитозар
- В. циклофосфан
- Г. интерферон
- Д. алкеран

44. Поражение средостения чаще наблюдается при следующем варианте лимфогранулематоза:

- А. лимфоидного преобладания
- Б. склеронодулярном
- В. смешанно – клеточном
- Г. лимфоидного истощения
- Д. классической болезни Ходжкина

45. Парапротейны представляют собой:

- А. нормальные иммуноглобулины – антитела
- Б. моноклональные иммуноглобулины, а также белки Бенс – Джонса
- В. фрагменты альбумина
- Г. мономеры фибриногена
- Д. компоненты комплемента

46. При электрофорезе сыворотки больных парапротейнемическими гемобластозами чаще всего выявляется:

- А. гипоальбуминемия
- Б. агаммаглобулинемия
- В. гипер- альфа₂ – глобулинемия
- Г. гипогаммаглобулинемия и М- градиент в зоне миграции иммуноглобулинов
- Д. гипергаммаглобулинемия

47. Парапротейнами при миеломе могут быть иммуноглобулины:

- А. G и A
- Б. E
- В. A
- Г. M и D
- Д. каждый из 5 классов иммуноглобулинов

48. Эффект цитостатической химиотерапии при множественной миеломе оценивается не ранее, чем через:

- А. 3 недели

- Б. 1 месяц
- В. 3 месяца
- Г. полгода
- Д. год

49. Показаниями к проведению лечения высокими дозами алкерана при множественной миеломе внутривенно служит:

- А. 3 стадия заболевания
- Б. патологические переломы костей
- В. резистентность к стандартным программам лечения
- Г. исходная панцитопения
- Д. почечная недостаточность

50. Показаниями для плазмафереза при множественной миеломе является все перечисленное, за исключением:

- А. гиперпротеинемии, протеинурии Бенс – Джонса
- Б. почечной недостаточности
- В. гиперкальциемии
- Г. синдрома повышенной вязкости
- Д. повышение уровня общего белка

51. Морфологический субстрат макроглобулинемии Вальденстрема представлен:

- А. плазмочитами
- Б. лимфоцитами и плазмочитами
- В. «волосатыми» клетками
- Г. лимфоцитами и тучными клетками
- Д. макрофагами

52. Болезни тяжелых цепей (БТЦ) представляют собой:

- А. наследственный иммунодефицит
- Б. варианты миелодисплазии
- В. лимфопролиферативные заболевания
- Г. макрофагальные опухоли
- Д. гистиоцитозы

53. Диагностика вариантов острых лейкозов основана на:

- А. цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластов
- Б. клинических данных
- В. характерных морфологических особенностях бластов при микроскопии
- Г. ответе на проводимую терапию
- Д. степени угнетения нормального кроветворения

54. Клинически энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми признаками, кроме:

- А. высокой лихорадки
- Б. диареи

- В. шума плеска и урчания при пальпации в илеоцекальной области
- Г. тенезмов
- Д. развития симптомом на фоне агранулоцитоза

55. Лечение энтеропатии включает в себя все, кроме:

- А. перевода больного на полный голод
- Б. деконтаминации кишечника
- В. парентерального питания
- Г. неотложного оперативного вмешательства
- Д. постельного режима

56. Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на индивидуальное здоровье человека?

- А. биологические
- Б. окружающая среда
- В. служба здоровья
- Г. индивидуальный образ жизни

57. В сомнительных случаях хронического миелолейкоза необходимо дополнительно исследовать:

- А. щелочную фосфатазу нейтрофилов
- Б. лактатдегидрогеназу
- В. мочевую кислоту
- Г. миелопероксидазу
- Д. пируваткиназу

58. Из перечисленных цитостатиков наиболее удобным в управлении за опухолевой массой в развернутой стадии ХМЛ является:

- А. цитозин – арабинозид
- Б. гидроксимочевина
- В. миелобромол
- Г. 6 – меркаптопурин
- Д. вепезид

59. Наиболее эффективно в терминальной стадии ХМЛ назначить:

- А. монотерапию интерфероном – альфа
- Б. монотерапию преднизолоном
- В. сеансы лейкоцитафереза
- Г. облучение селезенки
- Д. интрон – А, цитозинарабинозид, гливек

60. Наиболее характерными клинико-гематологическим проявлением терминальной стадии ХМЛ является все перечисленное, кроме:

- А. возникновение лейкемидов на коже
- Б. увеличение % миелоцитов и промиелоцитов
- В. панцитопении разной степени выраженности

- Г. рефрактерности к терапии гидроксимочевинной
- Д. лихорадки

61. При аутоиммунной гемолитической анемии, протекающей с частыми кризами, показано проведение:

- А. спленэктомии
- Б. наложение гепатолиенального шунта
- В. дренирование грудного лимфатического протока
- Г. холецистэктомии
- Д. тимэктомии

62. К осложнениям глюкокортикоидной терапии относится все, кроме:

- А. асептического некроза головки бедренных костей
- Б. сахарного диабета
- В. диссеминации латентно протекающей туберкулезной инфекции
- Г. миелодепрессии
- Д. развития психозов

63. Показанием для немедленного начала антибиотикотерапии является:

- А. агранулоцитоз
- Б. тромбоцитопения
- В. острый вирусный гепатит
- Г. острый гемолиз
- Д. острая почечная недостаточность

64. У больного с анемией (уровень Hb – 70 г\л), обусловленной хронической почечной недостаточностью предпочтительно использование:

- А. свежей крови
- Б. эритроцитарной массы
- В. отмытых эритроцитов
- Г. рекомбинантного эритропоэтина
- Д. размороженных эритроцитов

65. Для инфекционного мононуклеоза не характерно:

- А. увеличение селезенки
- Б. увеличение печени
- В. тромбоцитопения
- Г. левый сдвиг в формуле крови
- Д. нейтропении

66. В гипокоагуляционной фазе ДВС- синдрома назначают:

- А. гепарин
- Б. трансфузии свежзамороженной плазмы
- В. трансфузии теплой крови

- Г. прямые переливания крови
- Д. введение криопреципитата

67. Показанием к спленэктомии при наследственном микросфероцитозе слежит:

- А. частые гемолитические кризы
- Б. микросфероцитоз
- В. укорочение продолжительности жизни эритроцитов
- Г. спленомегалия
- Д. повышение уровня непрямого билирубина

68. Порфирия обусловлена:

- А. дефицитом ферментов эритроцитов
- Б. выработкой антиэритроцитарный антител
- В. дефектом мембраны эритроцитов
- Г. дефектом синтеза гемма
- Д. дефектом синтеза глобина

69. Для подтверждения диагноза острой перемежающейся порфирии необходимо выявить:

- А. гипохромию эритроцитов
- Б. положительную качественную пробу на порфобилиноген
- В. положительную пробу Хема
- Г. пониженное содержание d- аминолевулиновой кислоты
- Д. положительную непрямую пробу Кумбса

70. Лечение больных острой перемежающейся порфирией включает все перечисленное, кроме:

- А. фосфадена
- Б. преднизолон
- В. плазмафереза
- Г. нормосанга
- Д. коллоидных растворов

71. Фактор, активирующий внешний механизм свертывания крови:

- А. протромбин
- Б. тканевой тромбопластин
- В. фактор XII
- Г. фактор VIII
- Д. антигемофильный глобулин

72. Для проведения экстракорпорального кровообращения используется в качестве антикоагулянта:

- А. гепарин
- Б. оксалат натрия
- В. фенилин
- Г. фторид натрия

Д. гирудин

73. Физиологическая роль тромбоцитов в крови сводится к:

- А. переносу кислорода
- Б. участию в гемостазе
- В. захвату и уничтожению микроорганизмов
- Г. захвату свободных радикалов
- Д. выработке антител

74. Адгезия тромбоцитов – это:

- А. склеивание их друг с другом
- Б. приклеивание к чужеродной поверхности
- В. связывание инородных частиц
- Г. поглощение серотонина
- Д. распластывание

75. Агрегация тромбоцитов – это:

- А. склеивание их друг с другом
- Б. приклеивание к чужеродной поверхности
- В. связывание инородных частиц
- Г. поглощение серотонина
- Д. лизис

76. К средствам, влияющим на систему фибринолиза не относится:

- А. свежзамороженная плазма
- Б. эпислон – аминокaproновая кислота
- В. теоникол
- Г. стрептокиназа
- Д. гепарин

77. Здоровье – это состояние полного...

- А. физического благополучия
- Б. духовного благополучия
- В. социального благополучия
- Г. все ответы верны

78. Абсолютные показания к трансфузии тромбоцитов:

- А. появление антител к тромбоцитам
- Б. появление геморрагий на нижних конечностях
- В. появление геморрагий на верхних отделах туловища
- Г. появление петехий на животе
- Д. десневые кровотечения

79. При лечении аутоиммунной тромбоцитопении используется все перечисленное, кроме:

- А. преднизолона
- Б. анаболических стероидов

- В. спленэктомия
- Г. цитостатических препаратов
- Д. аскорбиновой кислоты

80. У больных с болезнью Виллебранда для профилактики кровотечения применяют следующие препараты:

- А. аспирин
- Б. адреналин
- В. криопреципитат
- Г. эпсилонаминокапроновая кислота
- Д. теоникол

81. Для купирования ДВС – синдрома необходимо, в первую очередь:

- А. введение фенилина
- Б. переливание свежезамороженной плазмы
- В. переливание криопреципитата
- Г. введение стрептокиназы
- Д. проведение плазмафереза

82. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А. гепарин
- Б. рекомбинантный антитромбин III
- В. аминокaproновая кислота
- Г. тиклид
- Д. фибринолизин

83. Причина развития ДВС- синдрома при кровопотере:

- А. гипоксия и ацидоз
- Б. уменьшения синтеза естественных антикоагулянтов
- В. уменьшение синтеза активаторов фибринолиза
- Г. уменьшение синтеза ингибиторов фибринолиза
- Д. повышение синтеза ингибиторов фибринолиза

84. При ДВС – синдроме наиболее часто поражается:

- А. костный мозг
- Б. желудок
- В. почки
- Г. кишечник
- Д. сердце

85. При лечении наследственных тромбоцитопатий используется все, кроме:

- А. преднизолона
- Б. дицинона
- В. эpsilon – аминокaproновой кислоты
- Г. тромбоцитарной массы
- Д. трансплантации костного мозга

86. При гемофилии В наблюдается дефицит:

- А. фактора VIII
- Б. фактора IX
- В. фактора XIII
- Г. фактора X
- Д. фактора XI

87. В конечном этапе свертывания крови не участвует:

- А. протромбин
- Б. фибриноген
- В. XII фактор
- Г. кальций
- Д. тромбомодулин

88. Клинико – лабораторная диагностика гемофилий основана на всем перечислено, кроме:

- А. определения АЧТВ
- Б. определения времени Квика
- В. определения дефицита факторов свертывания крови
- Г. наличия гематомного типа геморрагического синдрома
- Д. определения агрегации тромбоцитов с коллагеном

89. При гемофилии А и В геморрагический синдром может осложниться:

- А. синовитом
- Б. некрозом тканей
- В. анемической комой
- Г. почечной недостаточностью
- Д. инфарктом миокарда

90. При проведении терапии ДВС – синдрома необходимо контролировать все, кроме:

- А. уровня физиологических антикоагулянтов при использовании гепарина
- Б. состояния системы фибринолиза
- В. определения протромбинового индекса при терапии викасолом
- Г. агрегации тромбоцитов
- Д. концентрации продуктов паракоагуляции

91. Профилактика осложнений цитостатической болезни состоит из:

- А. стерилизации кишечника
- Б. профилактического назначения антибиотиков
- В. плазмафереза
- Г. перевод больного в бокс на весь период ПХТ
- Д. перевод больного на парентеральное питание

92. Классификация агранулоцитозов основана на:

- А. этиологическом факторе

- Б. отличиях патогенеза
- В. клинических особенностях
- Г. анамнестических данных
- Д. анализах периферической крови

93. Для апластической анемии характерны следующие изменения в костном мозге:

- А. снижение клеточности костного мозга
- Б. преобладание кроветворного костного мозга над жировым
- В. очаговая пролиферация лимфоцитов
- Г. нормальное соотношение кроветворного и жирового костного мозга
- Д. очаги фиброза

94. Лабораторное исследование при апластической анемии выявляет:

- А. панцитопению в периферической крови
- Б. ретикулоцитоз
- В. низкий уровень сывороточного железа
- Г. гипергаммаглобулинемию
- Д. повышение трансаминаз

95. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются:

- А. диарея
- Б. артериальная гипотония
- В. фебрильная температура
- Г. загруженность
- Д. желтушность

96. Токсический гепатит характеризуется:

- А. кровоточивостью
- Б. лихорадкой
- В. цитопенией
- Г. изменениями осадочных проб
- Д. спленомегалией

97. Для уточнения диагноза агранулоцитоза необходимо сделать следующее:

- А. трепанобиопсию
- Б. стерильную пункцию
- В. компьютерную томографию
- Г. лимфографию
- Д. люмбальную пункцию

98. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

- А. тошнота и рвота
- Б. лейкопения

- В. эритема кожи
- Г. выпадение волос
- Д. жидкий стул

99. Редкое осложнение цитостатической болезни:

- А. панкреатит
- Б. энтеропатия
- В. пневмония
- Г. сепсис
- Д. холецистит

100. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре наиболее эффективным методом лечения является:

- А. дренирование грудного лимфатического протока
- Б. трансфузии тромбоцитомассы
- В. тимэктомия
- Г. спленэктомия
- Д. плазмаферез

Ответы на тесты по гематологии Вариант 2

1 б	21 в	41 б	61 а	81 б
2 в	22 а	42 б	62 г	82 в
3 в	23 а	43 г	63 а	83 а
4 в	24 а	44 б	64 г	84 в
5 в	25 в	45 б	65 д	85 а
6 в	26 в	46 г	66 б	86 б
7 б	27 а	47 д	67 а	87 д
8 б	28 а	48 в	68 г	88 д
9 в	29 а	49 в	69 б	89 д
10 в	30 в	50 а	70 б	90 в
11 в	31 в	51 б	71 б	91 а
12 б	32 в	52 в	72 а	92 б
13 б	33 г	53 а	73 б	93 а
14 а	34 а	54 г	74 б	94 а
15 г	35 а	55 г	75 а	95 в
16 а	36 а	56 г	76 д	96 г
17 г	37 а	57 а	77 г	97 а
18 а	38 г	58 б	78 в	98 а
19 б	39 в	59 д	79 б	99 а
20 б	40 б	60 б	80 в	100 г

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности
компетенций: Ситуационные задачи**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 1

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больная 63 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, одышку при физической нагрузке. Кроме этого, пациентка жалуется на слабость в ногах, ощущение ползания “мурашек” по ногам.

Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Симптомы заболевания нарастали постепенно, исподволь.

Из анамнеза жизни известно, что в течение последних 5-6 лет эпизодически беспокоили ноющие боли в эпигастральной области, отрыжка съеденной пищей.

При физикальном осмотре обращает внимание: выраженная бледность и субиктеричность кожи и слизистых, одутловатость лица. Язык гладкий, лакированный, имеет красную окраску.

Система кровообращения: перкуторно - границы относительной тупости сердца смещены влево. 1 тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум, не связанный с 1 тоном, без луча проведения. На основании сердца физиологическая акцентуация сохранена. АД симметрично на обеих руках - 120/70 мм рт.ст.

Со стороны системы дыхания без особенностей.

Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, край ее эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин 83 г/л, эритроциты $2,3 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 2%, цв. пок. - 1,3, тромбоциты 110×10^9 /л, лейкоциты $3,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, п/я - 3%, с/я - 35%, лимфоциты 48%, моноциты 14%, СОЭ - 28 мм/час, макроцитоз, гиперсегментированные нейтрофилы.

Биохимия крови: общий белок - 75 г/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, АСАТ - 0,32 ммоль/л, АЛАТ - 0,43 ммоль/л, билирубин - 28,5 мкмоль/л (свободный).

Проба Кумбса - отрицательная.

Вопросы:

1. Какая анемия наиболее вероятна и почему? Определите степень тяжести анемии.
2. Какие особенности эритроцитов могут быть обнаружены?
3. Какую информацию Вы предполагаете обнаружить при цитологическом исследовании костного мозга?

4. Какова тактика лечения?

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 2

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной П. поступил с жалобами на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, общую слабость. Болен в течение полугода, когда появились боли вышеуказанной локализации. Лечился у невропатолога: НПВП, ФТЛ- без эффекта. В связи с выявленным в анализах крови СОЭ до 65-70 мм/ч госпитализирован в терапевтическое отделение.

Обследование: ан. крови общий- эр $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв-118г/л, тромб- $280 \cdot 10^9/л$, Л- $4,6 \cdot 10^9/л$, э-3, п-4, с-52, л-34, м-7, СОЭ-74мм/ч.

Общий белок- 95г/л. Анализ мочи уд. вес-1020, белок-0,33г/л, Л-4-6 в п/зр.

1. Составьте план обследования больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Определите тактику лечения.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 3

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больная 22 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом подреберье. При осмотре умеренная желтушность кожи, при пальпации болезненность в правом подреберье, селезенка +6 см.

В анализах крови эр- $2,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв-88г/л, Л- $7,6 \cdot 10^9/л$, микросфероцитоз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 4

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной Ф. 58 лет поступил в травматологическое отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Травму получил при падении со стула.

На R-грамме грудной клетки остеопороз ребер, переломы 4-7 ребер справа, очаги деструкции в ключице.

В анализах крови эр- $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Нв-92г/л, Л- $10,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ-36мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 5

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больная В. 50 лет обратилась с жалобами на общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита, жжение языка. При осмотре бледность и субиктеричность кожи и слизистых. Язык “полированный”. Печень+1см, селезенка не пальпируется.

В анализах крови эр- $2,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв-54г/л, ЦП-1,1; Л- $2,8 \cdot 10^9/л$, билирубин-44,6-5,4-39,2 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 6

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больная Ф., 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание понижено. В левой надключичной области пальпируется плотные лимфоузлы 0,5 на 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 84 удара в мин., ритмичный. АД-110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв-33г/л, Эр.- $1,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП- 0,97, лейкоциты- $9,8 \times 10^9$ /л; э- 11, п- 6, с- 72, л-15, м-6. СОЭ-30 мм/час. Ретикулоциты- 18 0%, тромбоциты - 106×10^9 /л. Анизоцитоз (++), пойкилоцитоз (++). Железо сыворотки- 10,5 ммоль/л. ЖСС- 67%. Общий белок- 65 г/л, альбумины- 35,5%, глобулины- 64,5%. Реакция Грегерсена- отрицательная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 7

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной М., 20 лет. Жалобы на резкую слабость, ноющие боли в суставах, боль в горле, носовые кровотечения, повышение температуры до 38°C .

Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у ЛОР-врача по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание понижено. Кожные покровы бледные. Единичные мелкоочечные кровоизлияния на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния “гематомного” типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные. Подчелюстные,

шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум во всех точках. Пульс 90 ударов в мин. Ритмичный. АД- 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Hb-54г/л, Эр.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $3,8 \times 10^9$ /л; ю- 4, п-4, с-40, л-20, м-4, бласты-28%. Тромбоциты - $4,9 \times 10^9$ /л. СОЭ-40 мм/час.

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного.
3. Лечебная тактика.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 8

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной Б., 62 лет. Жалобы на слабость, потливость, повышение температуры до 37,5 С, увеличение шейных лимфоузлов, одышку в покое. Болен около года.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы размером до 2-5 см, безболезненные, не спаяны. В легких справа- с IV ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание над этой областью не прослушивается, слева дыхание ослаблено. Число дыханий- 24 в минуту. Сердце: границы расширены влево на 2 см, тоны сердца приглушены, ритм правильный, короткий систолический шум на верхушке, акцент II тоны над легочной артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД- 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезнен. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Hb-96г/л, Эр.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- 38×10^9 /л; э- 2, п-2, с-4, л- 90, м-2. СОЭ-38 мм/час. Тромбоциты - 150×10^9 /л.

3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план обследования и лечения больного.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 9

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной П., 26 лет. Жалобы на боль в правом коленном суставе, ограничение движений в суставе.

Анамнез: в годовалом возрасте впервые стали появляться “синяки” на теле при легких ушибах. Год назад в течение недели наблюдалось кровотечение из лунки удаленного зуба. 3 месяца назад лечился по поводу почечного кровотечения. Вчера поскользнулся на улице, ударился правым коленом о землю.

Объективно: состояние удовлетворительное, со стороны внутренних органов без патологии. АД- 110/70 мм рт. ст. Правый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемирован, горячий на ощупь, движения в нем резко ограничены. При пункции сустава получена кровь.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного
3. назначьте лечение.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 10

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной К., 60 лет. Жалобы на боли ноющего характера в пальцах верхних и нижних конечностей, чувство жжения в них, периодический зуд кожи, тупую головную боль, тяжесть в левой половине грудной клетки, постоянную головную боль в затылочной области, одышку при ходьбе.

Болен около года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы лица гиперемированы. Небольшой цианоз губ. Склеры инъецированы. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены

влево на 2 см, тоны приглушены, ритм правильный, акцент II тоны на аорте. АД- 160/90 мм рт. ст. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край плотный. Селезенка у края реберной дуги.

Анализ крови: Hb-172г/л, Эр.- $6,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП- 0,89, тромбоциты - 620×10^9 /л, лейкоциты- $12,7 \times 10^9$ /л; э- 4, п-7, с- 70, л-16, м-3. СОЭ-1мм/час.

Анализ мочи без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения больного

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 11

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной В., 50 лет. Три года назад перенес обширную резекцию желудка по поводу язвенной болезни. После операции уровень гемоглобина составлял 81 г/л. В течение года состояние ухудшилось: появились резкая слабость, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами.

Анализ крови: гемоглобин-30г/л, эритроциты- 3×10^{12} /л, ЦП- 0,62, лейкоциты- $3,7 \times 10^9$ /л; эозинофилы- 2%, палочкоядерные-2%, сегментоядерные- 56%, лимфоциты-34%, моноциты-6%, СОЭ-7мм/час, гипохромия эритроцитов, пойкилоцитоз. Сывороточное железо-10мкмоль/л.

1. Назовите характер анемии, имеющейся у больного.
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие профилактические мероприятия необходимы для больного в будущем?

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 12

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Больной Ф. 58 лет поступил в травматологическое отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Травму получил при падении со стула.

На R-грамме грудной клетки остеопороз ребер, переломы 4-7 ребер справа, очаги деструкции в ключице.

В анализах крови эр- $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Нв-92г/л, Л- $10,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ-36мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы**

**Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 13

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Пациентка К., 56 лет, бухгалтер, жалуется на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку смешанного характера при ходьбе в обычном темпе, шум в ушах, снижение аппетита, нарушение проглатывания сухой, твердой пищи. В течение 3 месяцев отмечает выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Около 2 недель назад появилось желание есть мел, сырой фарш. Из анамнеза заболевания. Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней.

Объективно. Рост 165 см, вес 64 кг: Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные, заеды в углах рта. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без особенностей. ЧД 18 в минуту. В легких дыхании везикулярное, хрипов нет. На яремной вене справа выслушивается «шум волчка». АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке ослабление I тона, нежный систолический шум. Язык влажный, слегка обложен у корня беловатым налетом, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9,5 75 см. Селезенка непальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Нв – 69 г/л, эр. – $2,5 \cdot 10^{12}/л$, ЦП – 0,76, ретикулоциты – 2%; лейкоц. – $5,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/час. В мазке: гипохромия эритроцитов +++, анизоцитоз (микроцитоз)

++, пойкилоцитоз ++.

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. Каков механизм изменения цвета кожи и слизистых оболочек?
4. С чем связаны изменения ногтей?
5. Каков механизм возникновения «шума волчка»?
6. Оцените данные анализа крови.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 14

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29

Гематология

Пациент В., 26 лет, юрист, жалуется на общую слабость, головокружение. Из анамнеза заболевания. С детства у больного возникают обильные кровотечения при незначительных повреждениях (царапинах, небольших порезах); при легком ушибе неоднократно развивался гемартроз коленных суставов. Пять дней назад, через 3 часа после удаления зуба, возникло кровотечение из десны, продолжавшееся в течение 3,5 часов. Больной в экстренном порядке госпитализирован, кровотечение остановлено с помощью гемостатической губки, не рецидивирует.

Объективно: ИМТ 22 кг/м. Кожные покровы теплые, обычной влажности, чистые. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером около 0,5 см, округлые, ровные, гладкие, однородные, подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой и между собой, безболезненные, кожа над ними не изменена. Коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, местной гиперемии и гипертермии нет, пальпация слегка болезненна, движения существенно ограничены (сгибательная контрактура), сопровождаются крепитацией. Мышцы нижних конечностей гипотрофичны. ЧД 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10 8 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Нб – 68 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,5; ретикулоциты – 32%, тромбоциты $420,0 \times 10^9$ /л;

лейк. $-18,1 \times 10^9$ /л, э – 2%, б – 8%, юные – 1%, п/я - 12%, с/я - 53%, л - 20%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час. В мазке нормоциты ++, пойкилоцитоз +, полихроматофилы +. Время свертывания крови – 30 мин. Время кровотечения – 2 мин. ОАМ: уд. вес - 1019, белок – отр., эритроциты – 0-1, лейкоциты – 4-5 в п. зр. Рентгенограмма коленных суставов: суставы резко деформированы, суставные поверхности уплощены, эпифизы расширены за счет гиперостозов, диафизы уменьшены, суставная щель резко сужена. Внутрисуставные хрящи разрушены.

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Каков механизм развития гипотрофии мышц?
3. С чем связано развитие изменений в коленных суставах?
4. Назначьте дополнительное обследование.
5. Сформулируйте предварительный диагноз

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

Ситуационная задача № 15

для государственной итоговой аттестации

**уровень высшего образования: ординатура специальность: 31.08.29
Гематология**

Больной И., 65 лет, пенсионер, жалуется на кратковременные нестерпимые жгучие боли в кончиках пальцев рук и ног, сопровождающиеся покраснением кожи и появлением багрово-синюшных пятен, боли в костях, головную боль, головокружение, шум в ушах, приливы крови к голове, мелькание мушек в глазах, снижение зрения, утомляемость.

Из анамнеза заболевания. В течение 4 лет наблюдается у дерматолога по поводу упорного кожного зуда, усиливающегося после принятия теплой и горячей ванны. В течение последнего года стал отмечать появление красно- синюшной окраски кожных покровов, вышеописанных жалоб. Объективно: ИМТ 29 кг/м. Кожа красно-вишневого цвета, особенно на лице, шее, кистях. Язык и губы синевато-красного цвета, конъюнктивы глаз гиперемирована.

Периферические лимфоузлы не увеличены. При пальпации и поколачивании плоских костей определяется болезненность. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Шейные вены расширены, набухшие. Вены нижних конечностей варикозно изменены. АД 170/100 мм рт.ст. ЧСС 80 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см от правого края грудины, верхняя – в III межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11 10 7 см. В левом подреберье определяется

нижний полюс селезенки, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Нб – 198 г/л, эр. – $6,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,7, ретикулоциты – 20%, тромбоциты $408,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $12,5 \times 10^9$ /л, э - 6%, п/я - 8%, с/я - 62%, л - 14%, м - 10%, СОЭ - 1 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 9,9 (3,3/6,6) мкмоль/л, АСТ – 0,37 ммоль/л, АЛТ – 0,4 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, мочевиная кислота – 812 мкмоль/л.

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. Оцените данные анализов крови.
4. Назначьте дополнительное обследование.
5. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

№ задачи	Эталон ответа
1	В12 дефицитная анемия
2	Множественная миелома
3	Микросфероцитарная анемия
4	Множественная миелома
5	В12 дефицитная анемия
6	Рак желудка. Железодефицитная анемия.
7	Острый лейкоз.
8	Хронический лимфолейкоз
9	Гемофилия.
10	Эритремия.
11	Анемия смешанного генеза.
12	Множественная миелома
13	Железодефицитная анемия
14	Гемофилия.
15	Эритремия.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно - правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно - правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.	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 в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.	Хорошо
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Удовлетворительно
Характеристика ответа	Оценка
основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки	

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	<p>Неудовлетворительно</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Физиология и патология гемостаза: Учебное пособие / Под ред. Н. И. Стуклова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436257.html> (режим доступа: по паролю)
2. Анемии. Краткое руководство для практических врачей всех специальностей / под ред. О. А. Рукавицына. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-6293-5. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462935.html>
3. Трансфузиология: национальное руководство / Рагимова А. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - ISBN 978-5-9704-4458-0. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444580.html>
4. Гематология / под ред. Рукавицына О. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5270-7. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452707.html>
5. 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 // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434758.html>
6. Рациональная фармакотерапия в гематологии / под ред. Рукавицына О. А. - Москва: Литтерра, 2021. - 784 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия") - ISBN 978-5-4235-0353-6. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503536.html>
7. 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 // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459164.html>

Дополнительная литература

1. Особенности стоматологической помощи больным с патологией системы крови / Д. С. Шинкевич; под ред. В. В. Афанасьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5830-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458303.html>
2. Справочник врача-гематолога / А. А. Рукавицын, О. А. Рукавицын. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-5807-5. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458075.html>
3. ДВС-синдром / Л. А. Алексеева, А. А. Рагимов. - 2-е изд., перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-5797-9. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457979.html>
4. Дерматоонкология и онкогематология. Атлас / под ред. Олисовой О. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5413-8. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454138.html>
5. Антикоагулянтная терапия при тромбозе глубоких вен / Калинин Р. Е. [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-4738-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447383.html>
6. Лучевая диагностика при заболеваниях системы крови / под общ. ред. Крюкова Е. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-6333-8. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463338.html>
7. Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва: Литтерра, 2021. - 1120 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия") - ISBN 978-5-4235-0352-9. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503529.html>

Информационное программное обеспечение и профессиональные базы данных

Windows ОС (Windows 10 Pro)

LibreOffice

MS Office 2013

1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2

Консультант врача. Электронная медицинская библиотека

КИС ЕМИАС

МИС Медиалог

Парус Бюджет 8 (СКУУ ЕМИАС)

ПО "Интеллект"

Kaspersky Anti-Virus Suite

<http://www.medline.ru/>

<http://www.medlinks.ru/>

<http://www.rosminzdrav.ru/>

<http://minzdrav.donland.ru/>

<http://www.who.int/ru/>

<http://www.edu.ru/>

<http://school-collection.edu.ru/>

<http://freemedicaljournals.com>

<http://www.freebooks4doctors.com>

<http://health.ebsco.com/dynamed-content/ebola>