

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт усовершенствования врачей

УТВЕРЖДАЮ
Ректор
доцент Г.Т. Борщев
_____ 2022 год



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Кафедра гематологии и клеточной терапии

Специальность – 31.08.29 Гематология

Направленность (профиль) программы - Гематология

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол № 2

« 26 » август 2022 год

МОСКВА, 2022

Составители:

Мельниченко В.Я., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гематологии и клеточной терапии

Саржевский В.О., д.м.н., профессор кафедры гематологии и клеточной терапии

Федоренко Д.А., д.м.н., профессор кафедры гематологии и клеточной терапии

Мочкин Н.Е., к.м.н, доцент кафедры

Рецензенты:

Тюрин В.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней

Жибурт Е.Б., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой трансфузиологии проблем переливания крови

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.29 Гематология, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.06.2021 г. № 560.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой



Н.А. Михашина

Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-гематолог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-гематолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
--	---	---

компетенций	выпускника	
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста

	личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
--	---	--

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач
		ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно - управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан
		ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия
		ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями
		ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные

		исследования
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	
	ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	
	ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	
ОПК-7. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу о признании не курабельности заболевания пациента	
	ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит паллиативную медицинскую помощь пациентам	
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	
	ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации	
	ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского	

	организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов
		ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способность проводить диагностику заболеваний крови, кроветворных органов, злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний крови, кроветворных органов, злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	02.053 Профессиональный стандарт - Врач-гематолог
		ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, контролирует его эффективность и безопасность	02.053 Профессиональный стандарт - Врач-гематолог
		ПК-1.3 Осуществляет планирование и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях крови, кроветворных органов, злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, в том числе при реализации	

		индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	
		ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний крови, кроветворных органов, злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	
		ПК-1.5 Оказывает паллиативную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, контролирует качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа</p>	02.053 Профессиональный стандарт - Врач-гематолог

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная

единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена. Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание методов диагностики в офтальмологии. В процессе ответа обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в оценке лабораторного и/или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе

	государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1. Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – аутоиммунное заболевание, характеризующееся антитело-опосредованным разрушением тромбоцитов и нарушением их продукции, которое проявляется всем, кроме:

Тромбоцитопенией

Риском спонтанных кровоизлияний и кровотечений различной степени тяжести

(геморрагический синдром)

* Спленомегалией

Корреляцией между тяжестью геморрагического синдрома и уровнем тромбоцитов

Тромбоциты обычно морфологически не изменены

2. Биопсия костного мозга при тромбоцитопении требуется в обязательном порядке, кроме:

Для исключения острых лейкозов и миелодиспластических синдромов

* При изолированной тромбоцитопенией в гемограмме, без каких-либо других изменений (нейтропения, анемия, незрелые клетки) менее 6 мес

Пациентам перед началом терапии глюкокортикостероидами

При отсутствии ответа на стандартную терапию в течение 6 мес

При любых сомнениях в диагнозе

3. В случае какой инфекции наиболее высок риск развития иммунной тромбоцитопении

- * Эпштейн-Барр вирус
- Neisseria meningitides
- Escherichia coli
- Enterobacter cloacae
- Вирус Норфолк

4. Девочке 13 лет с доказанным хроническим течением гепатита С поставлен диагноз иммунной тромбоцитопении (ИТП). На терапию ВВИГ получен неполный кратковременный клиничко-гематологический ответ (тр – 80тыс/мкл). При снижении тромбоцитов до 20тыс/мкл и выраженном кожном геморрагическом синдроме получила курс терапии преднизолоном, но вновь рецидивировала через 6 мес после его отмены. Пациентка вновь госпитализирована с тромбоцитопенией 10 тыс/мкл и петехиями на передней грудной стенке. В данной ситуации показана терапия:

- * Элтромбопаг 50 мг/день
- Преднизолон 2 мг/кг
- Внутривенный иммуноглобулин
- Ритуксимаб 375 мг/м² №4
- Пульс терапия дексаметазоном

5. Диагностически значимым уровнем тромбоцитов для постановки диагноза иммунной тромбоцитопении (ИТП) является уровень тромбоцитов:

- < 150,0 x 10⁹/л
- * < 100,0 x 10⁹/л
- < 80,0 x 10⁹/л
- < 30,0 x 10⁹/л

6. Безопасным уровнем для проведения оперативных вмешательств, включая, проведение трепанобиопсии, является количество тромбоцитов более:

- 30,0 x 10⁹/л
- 50,0 x 10⁹/л
- * 80,0 x 10⁹/л
- 150,0 x 10⁹/л

7. Мальчик 2-х лет с впервые установленным диагнозом иммунной тромбоцитопении. В гемограмме тромбоциты 4,0 тыс/мкл. При осмотре выраженный геморрагический синдром на коже и слизистых. Кровотечений нет. Какова оптимальная терапия 1-й линии?

- * Внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ)
- Кортикостероиды
- Внутривенный анти-D иммуноглобулин
- Агонисты рецепторов тромбопоэтина (элтромбопаг, ромиплостим)
- Наблюдение

8. Подросток 14 лет. При диспансерном обследовании впервые выявлена тромбоцитопения 32тыс/мкл, при отсутствии каких-либо клинических проявлений. Через 2 недели уровень тромбоцитов снизился до 20тыс/мкл и появились геморрагические высыпания на коже после занятий спортом. В результате обследования исключены ВИЧ, вирусный гепатит С, оппортунистические инфекции и онкологические заболевания. Какую терапию выбрать для этого пациента?

* Преднизолон р.о.

Ромиплостим

Трансфузии тромбоконцентрата

Ритуксимаб

Ограничиться наблюдением

9. Мониторинг каких лабораторных исследований необходимо регулярно проводить пациентам при лечении препаратом ритуксимаб?:

Сывороточный иммуноглобулин G

HBsAg и HbcAg

Anti - HCV

Клинический анализ крови

* Все вышеперечисленное

10. Клиническими признаками внутричерепного кровоизлияния могут быть все, кроме:

Головные боли, ухудшение зрения, сонливость или потеря сознания

Артериальная гипертензия и брадикардия

Признаки асимметрии при неврологическом осмотре

* Носовое кровотечение

Нечеткие границы диска зрительного нерва или кровоизлияние в сетчатку при исследовании глазного дна

11. Стартовая доза элтромбопага (мг/день) для лиц азиатского происхождения (китайцы, японцы, корейцы) составляет:

* 25

50

75

100

12. Самой редкой причиной В12-дефицитной анемии является:

Патология кишечной стенки и рецепторов к витамину В12 (мальабсорбция, болезнь Крона)

* Однообразное питание и недостаток В12 в пище

Неадекватное высвобождение витамина В12 из пищевых белков (гипохлоргидрия,

длительный прием блокаторов протонной помпы и H2-блокаторов)

Внутрикишечные нарушения всасывания витамина В12 (инвазия ленточными червями и т.п.)

Дефицит внутреннего фактора Касла (пернициозная анемия)

13. Наиболее достоверным признаком, подтверждающим диагноз пернициозной анемии:

Ахлоргидрия

* Положительная проба Шиллинга

Эффект от пробной терапии цианкобаламином

Характерная гематологическая картина (макроцитоз, гиперсегментация ядер нейтрофилов)

Мегалобластный характер кроветворения по данным миелограммы

14. Причины возникновения мегалобластных анемий

Дефицит железа

* Дефицит цианкобаламина и/или фолатов

Дефицит тиамин

Дефицит рибофлавина

Дефицит перидоксина

15. Клинические проявления дефицита В12 включают в себя все, кроме:

Мегалобластной анемии

Глоссита

Снижения вибрационной чувствительности и чувства положения суставов

* Холедохолитиаза и желчекаменной болезни

Атаксии и деменции

16. Всасывание цианкобаламина и фолиевой кислоты происходит преимущественно:

В желудке

В двенадцатиперстной кишке

В верхних отделах тонкого кишечника

* В дистальных отделах тонкого кишечника

В толстом кишечнике

17. При лечении витамином В12

Ретикулоцитарный криз наступает через сутки от начала терапии

Обязательно одновременное назначение фолиевой кислоты

* Ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения

Всем больным следует проводить трансфузии эритроцитарной массы

18. Талассемия -это группа заболеваний связанная с:

Наследственным дефицитом ферментов эритроцитов

*Наследственным нарушением синтеза одной или нескольких цепей глобина

Нарушением эритропоэза вследствие снижения продукции эритропоэтина

Наследственной патологией транспортных систем, участвующих в обмене железа

Дефектом белков мембраны эритроцитов

19. При талассемии количество эритроцитов:

Повышено
 Снижено
 Любое
 * Нормальное или повышенное
 Нормальное или сниженное

20. Форма эритроцитов при талассемии:

* Мишеневидные
 Серповидноклеточные
 Шаровидные
 Двойковогнутые
 Дрепаноциты

21. Характер анемии при талассемии:

* Микроцитарная гипохромная
 Макроцитарная гиперхромная
 Нормоцитарная нормохромная
 Макроцитарная гипохромная
 Микроцитарная гиперхромная

22. В лечении талассемии используется все кроме:

Гемотранфузии
 * Глюкокортикостероиды
 Трансплантация костного мозга
 Стимуляция синтеза фетального гемоглобина
 Хелаторы железа

23. Талассемия наиболее часто встречается на территориях:

* Юго-восточные и восточно-средиземноморские регионы
 Австралия
 Северная Америка
 Латинская Америка
 Центральная и Восточная Европа

24. Причинами развития дефицита железа является все, кроме:

Хронические кровопотери
 Нарушение всасывания железа
 * Снижение продукции эритропоэтина
 Повышенная потребность в железе
 Алиментарная недостаточность железа вследствие несбалансированности питания

25. Повышение потребления железа бывает при:

* Беременности и лактации
 Желудочно-кишечных кровотечениях
 Резекции тонкой кишки
 Глистных инвазиях

В пожилом возрасте

26. Роль железа в организме определяется всеми процессами кроме:

- Транспорт и хранение кислорода
- Участие в работе ферментных систем
- Рост и пролиферация клеток
- Работа цитохрома P450
- * Фагоцитоз

27. Роль железа в организме человека не включает:

- Синтез миоглобина
- Синтез гормонов щитовидной железы
- * Передача нервных импульсов
- Регуляция иммунного ответа
- Синтез липопротеинов

28. Для ЖДА характерно все кроме:

- Понижение концентрации ферритина в крови
- Уменьшение концентрации сывороточного железа
- Повышение ОЖСС
- Уменьшения насыщения железом трансферрина
- * Понижение уровня трансферрина в крови

29. Для железодефицитной анемии характерно все кроме:

- * Спленомегалия
- Ломкость и вогнутость ногтей (койлонихии)
- Мышечная слабость
- Изменение вкуса
- Головокружения

30. Приоритет в лечении железодефицитных состояний для большинства пациентов имеют:

- Гемотрансфузии
- Препараты 2-х валентного железа
- * Препараты 3-х валентного железа
- Декстраны железа для парентерального использования
- Поливитаминовые комплексы, обогащенные железом

31. Анемический синдром включает в себя все кроме:

- Головокружение
- Шум в ушах
- Сердцебиение
- Одышка при нагрузке
- * Боли в мышцах

32. Сидеропенический синдром включает все кроме:

- Симптом «голубых» склер

Дистрофические изменения кожи и ее придатков

* Симптом барабанных палочек

Мышечная слабость

Извращение вкуса и обоняния

33 Причинами неэффективности терапии пероральными препаратами железа может быть все кроме:

Низкая приверженность пациента к ферротерапии (не принимает препарат)

Наследственные формы железодефицитных состояний (например, наследственная гипотрансферринемия и т.п.)

Продолжающаяся хроническая кровопотеря

Неправильный диагноз (например, анемия хронических болезней)

* Неэффективность пероральных форм железа у большинства взрослых пациентов

34 Ключевыми параметрами позволяющими дифференцировать между собой анемию хронических болезней и железодефицитные состояния являются:

Уровень Hb

Морфология эритроцитов (MCV, MCH)

Уровень тромбоцитов

* Уровень белков острой фазы воспаления (ферритин, СРБ)

Уровень лейкоцитов

35 Анемия хронических болезней характеризуется всем нижеперечисленным, за исключением:

* Повышение уровня эндогенного эритропоэтина

Повышение продукции цитокинов

Повышение уровня гепсидина

Нормальный или сниженный уровень ретикулоцитов

Снижение уровня эндогенного эритропоэтина

36 Какое утверждение не характерно для гепсидина?:

Гепсидин – низкомолекулярный антимикробный белок

Вырабатывается в печени

Экспрессия усиливается высоким уровнем железа, интерлейкином-6 и бактериальным липосахаридом

Ингибирует абсорбцию железа в тонком кишечнике и его реутилизацию из макрофагов

* Вырабатывается в почках

37 Основной регулятор обмена железа:

Ферритин

* Гепсидин

Трансферин

Белок транспортер 2-х валентных металлов

Гефестин

38 Нарушение продукции эритропоэтина при анемии хронических болезней (АХБ) связано:

С нарушением белкового обмена в печени

С повышением активности гепсидина

С укорочением продолжительности жизни эритроцитов

* С эффектом воспалительных цитокинов на выработку эритропоэтина в почках

39 Анемия это:

Снижение объема крови, приходящегося на эритроциты к общему объему крови:

* Снижение концентрации Hb в единице объема крови

Снижение количества эритроцитов

Снижение уровня ретикулоцитов в крови

Повышение уровня ретикулоцитов в крови

40 Основные механизмы развития анемии:

Острая и хроническая кровопотеря, дефицит нутритивных веществ и нарушение (угнетение) эритропоэза

* Острая и хроническая кровопотеря, гемолиз и нарушение (угнетение) эритропоэза

Острая и хроническая кровопотеря, дефицит нутритивных веществ и нарушение (угнетение) эритропоэза

Острая и хроническая кровопотеря, наследственная патология цепей гемоглобинов, мембранопатии и дефицит нутритивных веществ

Дефицит нутритивных веществ (железо, витамин B12 и др.), гемолиз и иммуноопосредованные анемии

41 Повышение MCV > 115 fl характерно для:

* Дефицита витамина B12 и фолиевой кислоты

ЖДА

Талассемия

Отравление свинцом

Анемии хронических болезней

42 Снижение уровня MCV < 80 fl характерно для всего перечисленного кроме:

ЖДА

Талассемия

* Анемии при хронической почечной недостаточности

Сидеробластные анемии

Отравление свинцом

43 Для анемий с нарушением эритропоэза характерным является:

Увеличение количества ретикулоцитов

* Нормальное или пониженное количество ретикулоцитов

Снижение количества эритроцитов

Относительный лимфоцитоз

Тромбоцитопения

44 Критерием анемии у детей и подростков является снижения уровня Hb:

Для детей и подростков < 120 г/л

* Для детей до 6 лет < 110 г/л, старше 6 лет < 120 г/л

Для мальчиков и девочек < 120 г/л

Для мальчиков < 130 г/л, девочек < 120 г/л

Для детей и подростков < 110 г/л

45 К наследственным гемолитическим анемиям не относится:

Болезнь Минковского-Шоффара

* Пароксизмальная ночная гемоглинурия

Талассемия

Серповидно-клеточная анемия

Дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

46 Наследственная микросфероцитарная анемия обусловлена:

* Дефектом белков мембраны эритроцитов

Недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы

Наследственным нарушением синтеза гемоглобина

Иммунным гемолизом

Механическим повреждением эритроцитов

47 Основной метод лечения наследственной микросфероцитарной анемии:

Обменное переливание эритроцитов

Трансплантация костного мозга

* Спленэктомия

Лечение фолиевой кислотой

Введение больших доз ВВИГ

48 Серповидно-клеточная анемия обусловлена:

Дефектом белков мембраны эритроцитов

Недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы

Недостаточностью фермента пируваткиназы

* Наследственным нарушением синтеза гемоглобина

Наследственной патологией стволовой гемопоэтической клетки

49 Клинические проявления серповидно-клеточной анемии включают все, кроме:

Гемолитической анемии

Окклюзии кровеносных сосудов

Инфекций

* Гиперспленизма

Приступов болей в костях

50 В лечении серповидно-клеточной анемии не используются:

Наркотические анальгетики

Антикоагулянты

Простое или обменное переливание эритроцитной массы

* Глюкокортикостероиды

Аллогенная трансплантация костного мозга

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор анамнеза, составление плана обследования.
2. Составление родословной, определение типа наследования.
3. Расчет факторов риска при ОЛЛ.
4. Физикальные методы обследования ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Техника антропометрических измерений: взвешивание на электронных весах; измерение длины тела ростомером, сантиметровой лентой; измерение окружности груди, головы, плеча, бедра, голени.
6. Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.
7. Измерение температуры тела электронным термометром (в подмышечной области, ректально).
8. Синдромологический подход.
9. Проведение клинической и дифференциальной диагностики гематологической патологии на этапе долабораторного периода.
10. Определение необходимости дополнительной консультации специалистами различного профиля, ведение дискуссии (участие в консилиуме).
11. Работа с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы).
12. Навыками оказания скорой и неотложной помощи (первичная обработка ран, наложение повязки на рану, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции; остановка наружного кровотечения, иммобилизация поврежденной конечности, иммобилизация при переломе позвоночника).
13. Выбор и взятие биологического материала для проведения генетических тестов.
14. Проведение рутинных методов генетического анализа (цитогенетического, биохимического, ПЦР-анализ).
15. Определение показаний и назначение инструментальных и лабораторных (в т.ч. специальных генетических) исследований.
16. Интерпретация результатов лабораторных (коагулограмма, кислотно-щелочное состояние, определение группы крови и резус-фактора, техника определения групповой и резус-совместимости крови донора и реципиента, биологическая проба) и специальных методов диагностики (морфологических, биохимических, молекулярно-генетических, цитогенетических, иммунологических и др.).
17. Интерпретация результатов ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, КТМ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ и других исследований.
18. Разъяснение консультируемому в доступной форме содержание консультации, прогноза, заключение.

19. Обоснование тактики лечения и схемы диспансеризации больного с гематологическим заболеванием (на дому, в специализированном учреждении, стационаре).

20. Разработка стратегии профилактики рецидивов заболевания.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Апластическая анемия. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
2. Диагностика синдрома лимфаденопатий.
3. Клинико-лабораторные особенности некоторых форм острого лейкоза (острые миелоидные, острые лимфобластные лейкозы).
4. В-12 дефицитная анемия. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Лимфома Ходжкина. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
6. Гемолитические анемии. Клинико-лабораторная диагностика основных форм ферментопатий и гемоглобинопатий.
7. Современные принципы диагностики и лечения острых лимфобластных лейкозов.
8. Наследственные гемолитические анемии. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика микросфероцитарной гемолитической анемии. Лечение.
9. Современные принципы диагностики и лечения острых нелимфобластных лейкозов.
10. Приобретенные гемолитические анемии. Классификация. Аутоиммунная гемолитическая анемия. Диагностика. Лечение.
11. Острые лейкозы. Этиология и патогенез. Законы опухолевой прогрессии. Современная классификация.
12. Множественная миелома. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
13. Дифференциальная диагностика наследственной микросфероцитарной гемолитической анемии с гипербилирубинемиями (синдром Жильбера, постгепатитная билирубинемия).
14. Лейкемоидные реакции лимфоцитарного типа.
15. Хронический лимфолейкоз. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
16. Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии с талассемиями.
17. Первичный миелофиброз. Клинико-гематологические варианты. Дифференциальный диагноз с циррозом печени. Лечение.
18. Железодефицитные анемии. Классификация. Этиология, патогенез, клиника. Лечение.
19. Анемии. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика острой постгеморрагической анемии. Терапия.
20. Хронический миелолейкоз. Современные принципы диагностики и лечения.
21. Неходжкинские злокачественные лимфомы. Классификация. Клинико-

лабораторная диагностика. Принципы терапии.

22. Геморрагические диатезы. Классификация. Аутоиммунная тромбоцитопения. Диагностика. Лечение.

23. Клинико-лабораторные особенности некоторых форм острого лейкоза (острый промиелоцитарный, острый эритромиелоз)

24. Клинико-лабораторная диагностика гемолитического криза. Лечение.

25. Болезнь Вальденстрема. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения.

26. Лейкопении и агранулоцитозы. Классификация, диагностика и лечение.

27. ДВС-синдром. Современные представления, причины, лечение.

28. Лейкемоидные реакции эозинофильного типа.

29. Принципы гемокомпонентной трансфузионной терапии. Показания.

30. Миелодиспластический синдром. Классификация, диагностика и принципы терапии.

31. Волосатоклеточный лейкоз. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение.

32. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Классификация, клиника, принципы лечения.

33. Лейкемоидные реакции миелоидного типа.

34. Истинная полицитемия и симптоматические эритроцитозы. Дифференциальная диагностика. Лечение.

35. Коагулопатии. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика гемофилии. Лечение.

36. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.

37. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

38. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

39. Права и обязанности медицинских организаций в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

40. Медицинская помощь. Виды, условия и форма оказания медицинской помощи.

41. Качество медицинской помощи. Основные понятия. Государственная политика в области повышения качества медицинской помощи.

42. Характеристика деятельности медицинской организации. Номенклатура медицинских организаций.

43. Показатели работы медицинской организации, используемые при оценке эффективности ее работы.

44. Медицинская экспертиза как вид медицинской деятельности – правовые основы организации и проведения. Виды медицинских экспертиз.

45. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
46. Основные экономические модели организации оказания медицинской помощи населению.
47. Финансирование здравоохранения Российской Федерации в современных условиях, основные источники.
48. Обязательное медицинское страхование. Субъекты медицинского страхования (застрахованные лица, страхователи, организации, Федеральный фонд ОМС): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
49. Обязательное медицинское страхование. Участники медицинского страхования (территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация, медицинская организация): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
50. Организация экспертизы качества медицинской помощи. Взаимодействие медицинских и медицинских страховых организаций по повышению качества медицинской помощи.
51. Базовая и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Задачи, краткая характеристика. Определение показателя подушевого финансирования.
52. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
53. Организация лицензирования медицинской деятельности. Основные лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии на медицинскую деятельность.
54. Порядок организации лицензирования медицинской деятельности медицинской организации.
55. Управление (менеджмент) его цели. Кадровый менеджмент в медицинских организациях.
56. Особенности управления системой здравоохранения Российской Федерации в современных условиях.
57. Функции, принципы и методы управления в здравоохранении.
58. Ресурсное обеспечение системы управления здравоохранением Российской Федерации. Планирование в системе здравоохранения. Управление материальными ресурсами в здравоохранении.
59. Цель, задачи, структура, принципы управления кадрами в системе здравоохранения. Структура нормативно-правовой базы системы образования.
60. Основные ведомственные нормативно-правовые акты и локальные нормативные акты образовательной организации.
61. Цели, задачи и содержание образовательной деятельности (учебной, воспитательной и методической работы).

62. Основные документы, регламентирующие требования заказывающих органов (управлений) к структуре, условиям реализации и результатам освоения основных образовательных программ.
63. Современные теоретические основы дидактики высшего и среднего военно-медицинского образования.
64. Методы и методики обучения в академии. Инновационные методы обучения в ИУВ.
65. Виды и особенности учебных занятий (лекции, семинары, практические, лабораторные, групповые и другие занятия), их общие и частные цели.
66. Основы частной методики преподавания учебной дисциплины.
67. Самостоятельная работа обучающихся во внеаудиторное время.
68. Понятие о технологии обучения; общие, общеобразовательные и профессионально-ориентированные технологии обучения.
69. Классификация профессионально-ориентированных технологий в учебном процессе ИУВ (по специальности, предметные).
70. Цели, методы и приемы оценки качества подготовки обучающихся.
71. Формы и методы текущего контроля успеваемости. Промежуточная аттестация. Курсовые проекты, работы, задачи. Зачеты. Экзамены. Итоговая государственная аттестация.
72. Разработка и совершенствование учебной программы, тематического плана и учебно-методических материалов по учебной дисциплине. Учебно-методические комплексы ИУВ.
73. Методы и приемы составления задач, упражнений, тестовых заданий по различным темам, систематика учебных и воспитательных задач.
74. основополагающие принципы, приоритетные направления, факторы и компоненты здорового образа жизни.
75. Здоровье в иерархии потребностей человека. Мотивация здоровья и здорового образа жизни.
76. Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
77. Этиология и патогенез атеросклероза. Принципы патогенетической терапии.
78. Определение, патогенез и этиопатогенетическая классификация недостаточности дыхания
79. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Принципы патогенетической терапии
80. Артериальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Принципы патогенетической терапии
81. Причины и патогенез синдрома альвеолярной гиповентиляции. Принципы патогенетической терапии

82. Острая дыхательная недостаточность у больных с бронхиальной астмой. Патогенез. Принципы неотложной терапии
83. Аортальный стеноз и патологическая гипертрофия левого желудочка. Этиология. Патогенез. Принципы патогенетической терапии
84. Кардиомиопатии. Патогенетическая классификация. Характеристика отдельных видов кардиомиопатий
85. Острая сосудистая недостаточность. Этиология. Патогенез обмороков, постуральной и ортостатической гипотензии.
86. Виды вторичной артериальной гипертензии. Этиология, основные звенья патогенеза. Принципы патогенетической терапии.
87. Гиповолемический шок. Определение. Этиология. Патогенез. Принципы патогенетически обоснованной терапии
88. Полицитемия. Истинная и компенсаторная полицитемия. Этиология. Патогенез. Принципы патогенетической терапии.
89. Иммунодефициты. Этиология. Классификация
90. Острая недостаточность системного кровообращения и насосной функции сердца. Этиология и патогенез. Патогенетические подходы их устранения
91. Острый инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Патогенетические принципы неотложной терапии
92. Пневмоторакс. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы патогенетической терапии
93. Эмболия легочной артерии. Этиология и патогенез.
94. Принципы оформления документации на умершего больного, требования, предъявляемые к посмертному клиническому диагнозу.
95. Принципы оформления патологоанатомического диагноза.
96. Клинико-патологоанатомический эпикриз.
97. Дефекты в оказании медицинской помощи.
98. Патологическая анатомия болезней сердечно-сосудистой системы.
99. Атеросклероз: этиология, патогенез, стадии развития.
100. Гипертоническая болезнь: патогенез, стадии развития морфологических изменений в сосудах и органах, клинико-анатомические формы.
101. Острые формы ишемической болезни сердца: острая коронарная недостаточность, острая ишемия и инфаркт миокарда.
102. Кардиомиопатии.
103. Болезни перикарда.
104. Врожденные пороки сердца.
105. Основные задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Какие руководящие документы лежат в основе функционирования РСЧС.
106. Принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС).
107. Из каких подсистем состоит Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) и их краткая характеристика.

108. Классификация чрезвычайных ситуаций на основе ПП РФ от 21 мая 2007 г. №304.
109. Классификация чрезвычайных ситуаций по этиологическому фактору.
110. Определение медицинских сил гражданской обороны здравоохранения. Условия деятельности и основные задачи медицинских сил гражданской обороны здравоохранения.
111. Формирования медицинских сил гражданской обороны здравоохранения: классификация, задачи и краткая характеристика.
112. Мероприятия, выполняемые медицинскими силами гражданской обороны здравоохранения в мирное время, при угрозе нападения и после применения оружия массового поражения.
113. Как организовано лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе гражданской обороны.
114. Как организована работа этапа медицинской эвакуации в зоне чрезвычайной ситуации.
115. Понятие лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях и факторы, влияющие на их организацию.
116. Понятие лечебно-эвакуационная система, её виды и необходимые требования для её реализации.
117. Виды медицинской помощи. Краткая характеристика первой врачебной помощи. Отличительные особенности первой врачебной помощи от других видов.
118. Что понимается под медицинской эвакуацией, путем медицинской эвакуации. Виды медицинской эвакуации и краткая характеристика транспортных средств для её осуществления.
119. Медицинская сортировка, её виды и признаки для распределения пораженных (больных, раненых) на группы. Метод работы сортировочной бригады, его краткая характеристика. Методика первичного осмотра, пострадавшего по системе АВВСС.
120. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК). Основные руководящие документы, регламентирующие деятельность службы. Место.
121. Принципы организации Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).
122. Организационная структура и режимы функционирования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).
123. Какими учреждениями и формированиями представлена Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).
124. Краткая характеристика землетрясения, санитарных потерь при землетрясении и особенности оказания медицинской помощи.
125. Как организовано снабжение медицинским имуществом и техникой Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), а также пострадавших при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.
126. Понятие норма снабжения, табельное имущество, имущество текущего снабжения, запасы и наборы в организации медицинского снабжения формирований и воинских частей Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) в чрезвычайных ситуациях.

127. Понятие химическая авария, очаг химической аварии. Виды очагов химических аварий в зависимости от продолжительности загрязнения местности и быстроты действия химического агента. Основные мероприятия медико-санитарного обеспечения при химической аварии.
128. Понятие радиационная авария. Типы и классы радиационных аварий. Классификация и фазы протекания радиационных аварий. Основные мероприятия медико-санитарного обеспечения при радиационной аварии.
129. Основные мероприятия, проводимые в целях предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологическими учреждениями и формированиями.
130. Принципы лечения гематологических заболеваний;
131. Задачи лечения, группы используемых лекарственных препаратов;
132. Понятия химиотерапии, биологической терапии, симптоматической, интенсивной терапии;
133. Группы используемых противоопухолевых лекарственных химиотерапевтических препаратов, механизм действия, побочные эффекты, показания, дозирование, оценка эффективности.
134. Группы используемых противоопухолевых лекарственных препаратов биологической терапии, механизм действия, побочные эффекты, показания, дозирование, оценка эффективности.
135. Понятие о таргетной терапии.
136. Основные представления о системе иммунитета
137. Механизмы регуляции иммунной системы.
138. Симптомы и синдромы нарушений иммунной системы при гематологических заболеваниях.
139. Алгоритмы диагностики нарушений иммунной системы у гематологических больных.
140. Алгоритмы по лечению нарушений системы иммунитета у гематологических больных.
141. Алгоритмы по лечению нарушений системы иммунитета у гематологических больных.
142. Строение лимфоидной системы.
143. Краткая характеристика лимфоидного ростка кроветворения.
144. Понятие о мультипотентной стволовой клетке крови.
145. Реакция трансплантат против опухоли при острых лейкозах.
146. Заболевания, сопровождающиеся увеличением периферических или висцеральных лимфоузлов (злокачественные новообразования, инфекционные заболевания, СПИД).
147. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий при онкологических и гематологических заболеваний.
148. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека
149. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
150. Этиопатогенез поражений сердечно-сосудистой системы при гематологических заболеваниях.
151. Кардиологические осложнения химиотерапии.

152. Лабораторные показатели у онкогематологических больных при проведении химиотерапии.
153. Нарушения ритма у онкогематологических больных при проведении химиотерапии.
154. Профилактика поражений сердечно-сосудистой системы при гематологических заболеваниях.
155. Варианты поражений сердечно-сосудистой системы при гематологических заболеваниях.
156. Диагностика поражений сердечно-сосудистой системы при гематологических заболеваниях.
157. Лечение поражений сердечно-сосудистой системы при гематологических заболеваниях.
158. Организация трансфузиологической помощи больным гематологического профиля в РФ;
159. Виды компонентов крови, современные представления о показаниях и противопоказаниях для трансфузионной терапии в гематологии;
160. Организация и техника переливания препаратов и компонентов крови;
161. Посттрансфузионные реакции и осложнения;
162. Правила оформления медицинской документации при проведении трансфузионной терапии.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной 48 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, β -блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован.

В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин, А/Д 110/70 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв. показатель 0,78, ретикулоциты 10‰, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм 72%, эоз 2%, лимф 18%, мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л. Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар крови в пределах нормы. ЭГК – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

- Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного?

- Чем они обусловлены?
- Предварительный диагноз.
- Составьте план обследования.
- Назначьте лечение.

Задача №2

Мужчина 22 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, ночную потливость, кожный зуд, отсутствие аппетита, похудание, повышение температуры тела до 37,40 С, которая колебалась в течение суток после приема алкоголя усиливается кожный зуд и появляется болезненное в шеи справа. Настоящая симптоматика появилась в течение последних полутора месяцев. В анамнезе хронический субкомпенсированный тонзиллит. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Видимые слизистые не изменены. Температура тела 37 ° С. Зев розовый, чистый, увеличение миндалин первой степени. Пальпируется группа передних шейных лимфатических узлов справа: подвижных, плотноэластической консистенции, не спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, кожа над ними не изменена. Отеков нет. По органам без особенностей. Общ. ан. крови: НЬ 120, 0 г/л, ЭР 3,4*10¹²/л, ЦП 0,8, тромбоциты 280*10⁹/л., лейкоциты 13,5*10⁹/л, п. 12 %, с. 47 %, э. 2 %, б. %, лимфоциты 13 %, моноциты 7 %, СОЭ 45 мм/ч.

Сформулируйте предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Задача №3

65-летний пациент с жалобами на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, плохой аппетит, неприятное ощущение в ротовой полости (чувство— жжения в языке), одышку при физической нагрузке. Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки, бледность кожных покровов. В анализе крови: Нв 58 г/л, эр. 1,3*10¹²/л, ЦП 1, 3, лейкоциты 2,8*10⁹ /л, п. 8 %, с. 46 %, лимфоциты 40 %, моноциты 5 %, э. 1%, ретикулоциты 2‰, СОЭ 35 мм/ч. Определяются полисегментированные нейтрофилы, тельца Жолли, кольца Кебота.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задача №4

Больная Г. 27 лет. В течение 3-х лет замечает нарастание общей слабости, зуда. Последнее время выраженная потливость, лихорадка до 39С (выявила случайно, померив температуру). При осмотре обнаружены увеличенные до 3 см в диаметре надключичные лимфатические узлы слева. Узлы подвижные, эластичные, с кожей не спаяны. Селезенка увеличена, умеренно плотная, выступает на 2-3 см из-под края реберной дуги. Кровь: общий анализ без особенностей, только СОЭ увеличена до 40 мм/час.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача №5

Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание,

появившиеся в течение последних 6 месяцев. Отмечала также снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии, за это время выросла на 6 см (рост 170 см). Менструации с 12 лет, обильные по 6 дней, безболезненные.

При осмотре – астеничного телосложения, отмечена ломкость и деформация ногтей в виде поперечной исчерченности. Бледность кожи и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке и по левому краю грудины. ЧСС 90 ударов в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Анализ крови: Нв – 76 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,6, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты $325 \cdot 10^9/л$, лейкоц $3,5 \cdot 10^9/л$, п/я 1%, сегм 50%, э 2%, лимф 37%, мон 10%,

СОЭ 18 мм/час. Сывороточное железо 4,5 ммоль/л. При Rg-исследовании желудка, ирригоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии патологии не выявлено.

- Какие вопросы ещё Вы зададите больной?
- Предполагаемый диагноз.
- Дополнительные методы исследования и консультации специалистов для уточнения диагноза.
- Назначьте лечение.

Задача №6

Больная 45 лет жалуется на боли в животе, метеоризм, тошноту, поносы, чередующиеся с запорами. В течение последних двух лет появилась слабость, периодические обмороки, сердцебиения, одышка.

При осмотре бледна, кожа сухая, тургор снижен. Ногти расслаиваются, деформированы. Ангулярный стоматит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца сохранены, учащены до 100 уд в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, болезнен в эпигастрии, в области пупка и по ходу толстой кишки. Печень и селезёнка не пальпируются. При ЭГДС – гастродуоденит, обнаружена небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гинекологической патологии не выявлено. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,63, ретикулоциты 2%, тромбоциты $300 \cdot 10^9/л$, лейкоц $4,2 \cdot 10^9/л$, п/я 8%, сегм 52%, э 2%, лимф 30%, мон 8%, СОЭ 36 мм /час. Сывороточное железо 9 ммоль/. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании пищевода, желудка и тонкой кишки выявлена картина энтерита.

- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больной.
- Предполагаемый диагноз.
- Врачебная тактика.

Задача №7

Больная 35 лет обратилась к терапевту по направлению женской консультации, где она наблюдалась по поводу беременности (20 недель) в связи со снижением уровня гемоглобина. В течение года упорные поносы, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Во время беременности поносы уредились, прибавила в весе, но в течение последнего месяца появилась

слабость, головокружение.

При осмотре бледна. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 92 удара в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета с единичными афтами. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, параумбиликальной области, печень не увеличена.

Анализ крови: Нв 80 г/л, эр $2,0 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 1,1, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты $250 \cdot 10^9/л$, макроцитоз, лейкоц 3,2*10⁹/л, п/я 3%, сегм 65%, эоз 1%, лимф 25%,

мон 6%, полисегментация ядер нейтрофилов, СОЭ 26 мм рт.ст.

- Предполагаемый диагноз.
- Лечение.

Задача №8

Больная 61 года поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, похудание, снижение аппетита, отвращение к мясу, боли в эпигастрии, шум в ушах.

Объективно: резко пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледны, кожа с землистым оттенком. Грудина при поколачивании умеренно болезненна. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. ЧСС 92 уд. В 1 мин. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Где пальпируется плотное образование, легко смещаемое, с неровными контурами. Печень на 2 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр 1,75, цв.показатель 1,3, лейкоц 5,5, э 1%, п/я 8%, сегм 60%, лимф 23,5%, мон 8%, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты 1800, СОЭ 39 мм/час. Макроцитоз.

- Предполагаемый диагноз
- Составьте план обследования больной.
- Какие изменения Вы ожидается увидеть в миелограмме?
- Ваша лечебная тактика.

Задача №9

Больная 42 лет страдает меноррагиями с юности. У больной неоднократно снижался гемоглобин до 85-90 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,75. Получала перорально препараты железа с эффектом. Настоящее ухудшение после перенесённой ОРВИ, усилилась слабость, появились головокружения, ухудшился аппетит, похудела. Снижение гемоглобина при поступлении в клинику 72 г/л, цветовой показатель 0,65. На фоне лечения препаратами железа отмечена положительная динамика, улучшилось самочувствие, повысился Нв до 113 г\л. Однако оставался сниженным аппетит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больная в дальнейшем пребывании в клинике?

Задача №10

Больная 45 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на

резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах.

Объективно: несколько повышенного питания, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края рёберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анализ крови: Нв 56 г/л, эр $1,2 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 1,4, лейкоц $2,5 \cdot 10^9/л$, эоз 0%, п/я 4%, сегм 56%, лимф 36%, мон 4%, СОЭ 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов.

- Предварительный диагноз.
- Какие синдромы выявлены у больной?
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

Задача №11

Больная 70 лет выписана из клиники с диагнозом анемия Аддисон-Бирмера. При выписке самочувствие больной вполне удовлетворительное. Одышки в покое и незначительной нагрузке нет, остаётся небольшая слабость. Аппетит хороший.

При осмотре в поликлинике: кожа несколько бледна, слизистые обычной окраски. ЧД 18-20 в 1 мин. АД 140/80. Язык со сглаженным сосочковым слоем, красный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,3 \cdot 10^{12}/л$,

цв. показатель 1,0, лейкоц $5,1 \cdot 10^9/л$, э 2%, сегм 70%, лимф 21%, мон 4%, тромбоциты

$210 \cdot 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час.

- Ваша дальнейшая тактика.

Задача №12

Больной 42 лет жалуется на общую слабость, снижение работоспособности, одышку при ходьбе, сердцебиение. Из анамнеза: в течение года больной отмечает выделение алой крови при дефекации.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное, бледность кожи и слизистых, тахикардия 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 90 г/л, эр $3,8 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,7, лейкоц $4,2 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты $180 \cdot 10^9/л$, СОЭ 18 мм/час.

- Предполагаемый диагноз.
- Необходимые дополнительные исследования.
- Назначьте лечение в зависимости от результатов анализов.

Задача №13

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, частые простудные заболевания. Профессиональный донор. В течение полугода трижды сдавала кровь.

Объективно: Бледность кожных покровов. Слизистые обычной окраски. Ангулярный стоматит. Кожа суховата, продольная исчерченность ногтей. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 88 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень у рёберного края.

Анализ крови: Нв 120 г/л, эр $4,5 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,8, лейкоц $7,2 \cdot 10^9/л$, э 2%, сегм 68%, лимф 22%, мон 5%, СОЭ 12 мм/час. Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо

8 ммоль/л.

- Какой синдром выявляется у больной?
- Ваши рекомендации.

Задача №14

Больная 45 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, шум в ушах, головокружение, мелькание мушек перед глазами. В анамнезе геморрой десятилетней давности, дважды оперативные вмешательства по поводу геморроидальных кровотечений.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык чистый, печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв 62 г/л, ретикулоциты 3%, эр $3,05 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,6, лейкоц $4,2 \cdot 10^9/л$, п/я 6%, сегм 51%, лимф 40%, мон 3%, тромбоциты $180 \cdot 10^9/л$. СОЭ 19 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови 7,2 ммоль/л

- Ведущий синдром.
- Предполагаемый диагноз.
- Лечение.

Задача №15

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, снижение работоспособности, сонливость, головокружение, шум в ушах, извращение вкуса, повышенную ломкость ногтей. Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне нарушения менструального цикла появились и стали нарастать перечисленные выше жалобы.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Ногти деформированы, с продольной исчерченностью. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, систолический шум над всеми точками, ЧСС 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, бледный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При обследовании желудочно-кишечного тракта (ЭГДС, рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, RRS) патологии не выявлено. Осмотрена гинекологом – патологии нет. В анализе крови: Нв 88 г/л, эр $3,2 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,72, лейкоц $4,0 \cdot 10^9/л$, формула не

изменена, СОЭ 23 мм/час. Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо 8,4 ммоль/л.

- Предполагаемый диагноз
- Необходимое дообследование. Назначьте лечение.

Задача №16

Больной 15 лет лечился в гематологическом отделении по поводу ОЛЛ.

Получал курсы противорецидивного лечения. Длительность ремиссии три года.

В настоящее время жалуется на головные боли, эпизоды головокружения, дурноту.

При осмотре: горизонтальный нистагм, ригидность затылочных мышц. Очаговой симптоматики нет. При физикальном исследовании внутренних органов патологии не выявлено.

- Ваши предположения по поводу причин церебральной симптоматики?
- Назначьте необходимые исследования.
- Ваше лечение в зависимости от результатов исследования.

Задача №17

Больной 26 лет наблюдается в гематологическом отделении по поводу ОЛЛ в течение 2,5 лет после достигнутой полной ремиссии.

При обследовании состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. При осмотре: умеренная бледность кожных покровов, слизистые обычной окраски. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, мягкие, до 1 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Печень и селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,6 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,9,

лейк $4,5 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $160 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула в пределах нормы.

В пунктате костного мозга: бласты 3,8%, сумма лимфоидных клеток 14%.

- Оцените фазу заболевания
- Нужны ли дополнительные исследования?
- Нуждается ли больной в лечении?

Задача №18

Больная 20 лет жалуется на боли в горле при глотании, повышение температуры до 38,0, слабость. Больна в течение недели, когда после охлаждения появились вышеперечисленные жалобы. На фоне повышения температуры до 39,0 С однократно носовое кровотечение. Самостоятельно принимала ампициллин, полоскала горло раствором фурациллина, самочувствие не улучшалось, в связи с чем обратилась к врачу.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Бледна.

На слизистой щёк в месте соприкосновения с зубами – участки мелкоточечных кровоизлияний, зев гиперемирован, миндалины увеличены, гиперемированы, в лакунах гной. Увеличены подчелюстные и шейные лимфоузлы, чувствительные при пальпации. Десны разрыхлены, кровоточат. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, тахикардия до

96 ударов/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются, перкуторные размеры в пределах нормы. Анализ крови:

Нв 46 г/л, эр $1,4 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,98, лейкоц $2,2 \cdot 10^9/л$, эоз 1%, п/я 1%, сегм 48%, лимф 35%, мон 15%, тромбоциты $90 \cdot 10^9/л$, СОЭ 42 мм/час.

- Какой ведущий синдром определяется у больной?
- Перечислите заболевания, которые могут проявляться данным синдромом?
- Составьте программу обследования для уточнения диагноза.

Задача №19

У больной 67 лет на 7 день пребывания в травматологическом отделении (по поводу перелома плеча) появились боли в горле при глотании, повысилась температура до 38,0 С. Отоларинголог диагностировал гнойный фарингит.

При осмотре состояние больной тяжёлое, румянец щёк. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, тахикардия 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не пальпируются.

В анализе крови: Нв 127 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц $0,9 \cdot 10^9/л$, сегм 1%, лимф 99%,

тромбоциты $190 \cdot 10^9/л$, СОЭ 40 мм/час.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача №20

Больной 60 лет жалуется на слабость, потливость, увеличение лимфоузлов, гнойничковые высыпания на коже. Увеличение лимфоузлов отметил год тому назад, но не придавал этому значения. В последнее время самочувствие ухудшилось, появилась потливость, высыпания на коже.

Объективно: состояние удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером 3-4 см мягкие, подвижные, безболезненные. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 80 уд/мин. Живот мягкий, печень не увеличена, селезёнка выступает на 4 см из-под угла рёберной дуги.

Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,6 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,9, лейкоц $50 \cdot 10^9/л$, э 2%, п/я 1%, сегм 24%, лимф 70%, мон 3%, тромбоциты $130 \cdot 10^9/л$, СОЭ 22 мм/час.

- Сформулируйте диагноз.
- Дополнительные исследования, необходимые больному.
- Какие осложнения характерны для этого заболевания?
- Лечебная тактика

Задача №21

Больной 57 лет обратился к врачу в связи с дискомфортом в области левого подреберья. В анамнезе ранее серьёзной патологии не отмечал.

При осмотре: кожа и слизистые обычной окраски, геморрагий нет. АД 140/80 В лёгких патологии нет. Умеренная тахикардия. Живот мягкий,

безболезненный. Печень не увеличена. Селезёнка на 4 см ниже края рёберной дуги. В анализе крови: Нв 118 г/л, лейкоц 3,4*10⁹/л, тромбоциты 90*10⁹/л.

- Назовите ведущие синдромы.
- Составьте план обследования больного.
- Перечислите группы заболеваний, сопровождающиеся спленомегалией.

Задача №22

Больной 48 лет поступил в клинику в связи с носовыми кровотечениями, зудом кожи. В течение 5 лет наблюдается по поводу первичного билиарного цирроза печени, получает урсофальк.

При осмотре – желтушен, следы расчёсов на коже. Множественные мелкоточечные кровоизлияния на коже, петехии, единичные гематомы после взятия крови из вены. В анализе крови: Нв 84 г/л, лейкоц 12,6*10⁹/л, тромбоциты 68*10⁹/л.

- Какой Вы ждёте увидеть селезёнку?
- Составьте программу обследования больного.
- Какие изменения в коагулограмме Вы ожидаете?
- Какие осложнения возможны у больного?
- Из чего будет складываться неотложная помощь при прогрессирующем геморрагическом синдроме?

Задача №23

Больная 64 лет госпитализирована в ортопедическое отделение для реконструктивной операции на стопе. Страдает в течение многих лет ревматоидным артритом. В отделении получала анальгин. Через неделю после операции – внезапное повышение температуры до 39,0 С, боли в горле при глотании, першение, резкая слабость.

При осмотре t-39,20 С. Гиперемия зева, миндалины гиперемированы, отёчны, гнойные налёты на миндалинах и дужках. Афты на слизистой языка, нижней губы. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. В анализе крови: Нв 118 г/л, лейкоц 1,2*10⁹/л, тромбоциты 240*10⁹/л.

- Какие изменения Вы ожидаете увидеть в лейкоцитарной формуле?
- Что входит в программу обследования больной?
- Принципы лечения.

Задача №24

Больной 52 лет находится в неврологическом отделении в связи со слабостью в ногах, нарушением походки, онемением пальцев стоп. В анамнезе – злоупотребление алкоголем, хронический панкреатит с частыми поносами. При осмотре – больной пониженного питания, бледность кожи и конъюнктив. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В анализе крови: Нв 82 г/л, эр 2,5*10¹²/л, цв. показатель 1,0, MCV 102 фл (норма –80-94 фл), лейкоц 3,0*10⁹/л, тромбоциты 60*10⁹/л.

- Составьте план обследования больного.
- Какие неврологические изменения Вы ожидаете увидеть?
- Какие изменения могут быть в миелограмме?
- Назначьте лечение.

Задача №25

Больная 59 лет поступила в клинику в связи со слабостью, одышкой при незначительной физической нагрузке, сердцебиениями, появившимися за неделю до госпитализации. В анамнезе деформирующий остеоартроз с преимущественным вовлечением в процесс коленных суставов, лечилась нестероидными препаратами (вольтарен), местно – диклофенаковым гелем.

При осмотре – кожа и конъюнктивы бледны, склеры желтушны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дефигурация коленных суставов. Печень не увеличена, селезёнка на 3 см ниже края рёберной дуги. В анализе крови: Нв 50 г/л,

лейк $4,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $280 \cdot 10^9$ /л.

- Перечислите ведущие синдромы.
- Составьте программу обследования.
- Как определить характер анемии?
- Каким Вы ожидаете увидеть уровень сывороточного железа?
- Будет ли иметь место изменения костного мозга?
- Ваши предположения о характере изменений эритроцитарных индексов.
- Лечебная тактика.

Задача №26

Больная 44 лет, азербайджанка, поступила в клинику в связи с болями в поясничной области, повышением температуры до 40, ознобом, резкой слабостью. Больна в течение двух дней, когда на фоне повышения температуры появились боли в поясничной области, дизурия. Принимала аспирин. Боли усилились, появилась рвота, олигурия, моча тёмного цвета. По органам: в лёгких патологии нет. Субиктеричность склер, тоны сердца сохранены, ритмичны, ЧСС 96 уд/мин, живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, пальпируется край селезёнки.

Анализ крови: Нв 84 г/л, эр $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 1,0, лейк $4,8 \cdot 10^9$ /л, э 2%, п/я 2%, сегм 67%, лимф 24%, мон 5%, СОЭ 82 мм/час, ретикулоциты 2%. Билирубин 36 мкмоль/л, связанный 6, свободный 30. В анализе мочи: белок 0,33‰, эритроциты 20-40 в п/зр, реакция на кровь резко положительная.

- Ведущий синдром у больной.
- Каковы его основные причины?
- Ваша диагностическая и лечебная тактика.

Задача №27

Больной 53 лет поступил с жалобами на геморрагические высыпания на коже по типу петехий, экхимозов, кровоизлияний в подкожно-жировую клетчатку с развитием гематомы, слабость, потливость, повышение температуры до 37,40.

Болен в течение недели, когда на фоне повышения температуры до 380 появилась слабость, однократное носовое кровотечение. После приёма аспирина появились высыпания на коже. Госпитализирован с подозрением на геморрагический васкулит.

При осмотре: бледность кожи и слизистых. Множественные

геморрагические высыпания на коже туловища, конечностей, единичные петехии на лице, микролимфоаденопатия. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 уд/мин. Печень пальпируется у края рёберной дуги, селезёнку пропальпировать не удаётся. Отёков нет

Анализ крови: Нв 80 г/л, эр $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 0,9, лейкоц 12,8 $\cdot 10^9$ /л, эоз 0%, п/я 2%, сегм 10%, лимф 12%, мон 10%, бласты 46%, промиелоциты 20%, тромбоциты $60 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 62 мм/час.

- Предполагаемый диагноз.
- Программа обследования.
- Ваша дальнейшая тактика как врача-терапевта.

Задача №28

Больной 76 лет поступил в неврологическое отделение в связи с переходящим нарушением мозгового кровообращения. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с нечастыми гипертоническими кризами. Регулярной гипотензивной терапии не получал. В последнее время – частые носовые кровотечения.

При осмотре обращает на себя внимание гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктив. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 86 уд/мин. АД 200/105 мм рт.ст. Живот мягкий, пальпируется край печени и селезёнки. В анализе крови – эритроцитоз, повышение уровня гемоглобина, тромбоциты в пределах нормы.

- О каком заболевании нужно думать в первую очередь?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Лечебные мероприятия.

Задача №29

Больной 48 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, в-блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован.

В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин, А/Д 110/70 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв. показатель 0,78, ретикулоциты 10%, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоц 7,8 $\cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм 72%, эоз 2%, лимф 18%,

мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л. Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар крови в пределах нормы. ЭГК – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

- Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного?
- Чем они обусловлены?
- Предварительный диагноз.
- Составьте план обследования.
- Назначьте лечение.

Задача №30

Больная 15 лет поступила в отделение с жалобами на головную боль, общую слабость, шум в ушах, повышенную температуру. Вышеуказанные жалобы появились и стали нарастать примерно два месяца назад.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, зев без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются. Сердце и лёгкие без патологии. Печень у края рёберной дуги, слегка болезненная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Температура 37,5 – 38,0С.

Анализ крови: Нв 75 г/л, эритроциты $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 0,8, лейкоциты $20,0 \cdot 10^9$ /л, эоз 0%, сегменты 8%, лимфоциты 19%, моноциты 2%, бласты 68%. Тромбоциты $120 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/час.

Миелограмма: костный мозг богат клеточными элементами, преобладают бласты (89%). Гранулоцитарный росток составляет 2,6%, лимфоциты 5%, моноциты 0,2%, плазматические клетки 0,5%, эритронормобласты 1,8%, мегакариоциты – единичные. Цитохимические данные: отсутствует активность миелопероксидазы, активность кислой фосфатазы и неспецифической эстеразы невысокая, интенсивная положительная ШИК-реакция (в виде гранул).

- Поставьте диагноз.
- Принципы лечения.

Задача №31

Больная 50 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в суставах, преимущественно крупных, без изменения их конфигурации, повышение температуры до 37,50, слабость. Больна в течение двух месяцев, когда стали появляться боли в суставах, слабость субфебрильная температура. Лечилась самостоятельно анальгетиками, компрессами. В анамнезе нечастые простудные заболевания.

При осмотре: повышенного питания, отмечается умеренная бледность кожных покровов. Небольшой цианоз губ. Суставы внешне не изменены. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца сохранены, систолический шум на верхушке и аорте. ЧСС 82 уд/мин, АД 200/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края рёберной дуги, селезёнку пропальпировать не удаётся. Анализ крови: Нв 110 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,86, лейкоциты $18,5 \cdot 10^9$ /л, эоз 0%, п/я 4%, сегменты 26%, лимфоциты 17%, моноциты 5%, бласты 48%.

- Оцените данные гемограммы.
- Составьте дальнейшую программу обследования больной.
- Какие изменения Вы ожидаете в миелограмме?

Задача №32

Больная 67 лет находилась в гематологической клинике по поводу острого миелобластного лейкоза, протекавшего с анемией, тромбоцитопенией без увеличения лимфоузлов, печени, селезёнки. Состояние больной оставалось тяжёлым, сохранялась слабость, одышка, сердцебиения, не соответствующие уровню гемоглобина. На ЭКГ не резко выраженные диффузные изменения миокарда. Через две недели лечения при тенденции к нормализации гемограммы у больной остро развился болевой синдром в области сердца, не уступивший введению наркотических анальгетиков. Приступ был купирован только после повторного введения морфина. В течение суток боли рецидивировали несколько раз. На ЭКГ острая ишемия переднебоковой стенки левого желудочка. Спустя 4 дня больная скончалась на фоне асистолии.

- Предполагаемая причина смерти.
- Сформулируйте клинический диагноз.

Задача №33

Больной 18 лет наблюдался в клинике по поводу острого миелобластного лейкоза. Болен в течение 6 месяцев. Первая клинко-гематологическая ремиссия наступила после проведения программной химиотерапии. Больной продолжал получать поддерживающую терапию, однако через полгода на фоне ухудшения общего состояния (лихорадка, потливость), появились боли в горле, осиплость голоса, затруднение носового дыхания, понижение слуха. Осмотр специалиста выявил опухолевой рост в носоглотке. В анализе крови умеренная анемия, умеренная тромбоцитопения, бластных клеток в гемограмме нет.

- Оцените изменения клинической картины.
- Клинический диагноз.
- Дополнительные методы исследования.

Задача №34

Больной 70 лет заболел остро с подъёмом температуры до 38,0. При осмотре состояние степени средней тяжести, кожа и слизистые бледны. В лёгких жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца сохранены, тахикардия до 96 уд/мин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень на 2 см выступает из-под края рёберной дуги.

Анализ крови Нв 70 г/л, эритроциты $1,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $1,3 \cdot 10^9/л$, эозиноциты 1%, сегментоядерные 43%, лимфоциты 45%, моноциты 4%, бласты 7%, тромбоциты $64 \cdot 10^9/л$, СОЭ 74 мм/час. Костный мозг богат клеточными элементами, эритроидные клетки 41,5%. Нарушение созревания в клетках гранулоцитарного ряда, признаки, дизэритропоэза

- Предполагаемый диагноз.
- Врачебная тактика.

Задача №35

Больная 64 лет направлена на консультацию стоматологом, к которому она обратилась с жалобами на боли в языке при употреблении фруктов, овощей, затруднение глотания, слабость. При осмотре – выраженная бледность кожных

покровов, конъюнктив. Язык отёчен, отпечатки зубов на боковых поверхностях языка, единичные афты. Периферические лимфоузлы не увеличены.

- Перечислите дополнительные вопросы, которые нужно задать пациентке.
- На какие данные объективного обследования нужно обратить внимание?
- Какие изменения в клиническом анализе крови Вы ожидаете увидеть?
- Какие изменения биохимического анализа крови кажутся Вам наиболее вероятными?
- Какие изменения Вы ожидаете получить при ФГДС?
- перечислите возможные варианты изменения среднего объёма эритроцитов у этой пациентки?
- Обоснуйте необходимость УЗИ органов брюшной полости.
- В каких случаях Вы считаете необходимым проведение стеральной пункции у Вашей больной?
- Что Вы ожидаете получить при исследовании миелограммы?
- Необходимо ли копрологическое исследование?
- С чем следует дифференцировать синдром цитопении?
- Назовите препараты, назначение которых позволяет поставить диагноз *ex juvantibus*.

Задача №36

Больная 34 лет обратилась в поликлинику в связи с высокой температурой, болями в горле при глотании, резкой слабостью. Больна в течение двух дней. На протяжении недели в связи с зубной болью принимала анальгетики, к врачу не обращалась. При осмотре – бледность кожи, конъюнктивы обычной окраски. Температура 38,40. Зев гиперемирован, миндалины отёчны, покрыты налётами, дёсны разрыхлены, легко кровоточат. На слизистой твёрдого нёба имеется афта. Увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы.

- Какие изменения в анализе крови Вы ожидаете?
- Составьте план обследования больной.
- Какой Вы представляете программу лечения в зависимости от результатов стеральной пункции?

Задача №37

У больной 22 лет внезапно среди полного здоровья появились носовые кровотечения, синяки на коже рук и ног, возникающие спонтанно или при незначительной травме.

В анамнезе нечастые простудные заболевания, хронический гастрит.

При осмотре - умеренная бледность кожи, слизистые обычной окраски. На коже бёдер, предплечий множественные мелкоточечные кровоизлияния местами по типу экхимозов. Периферические лимфоузлы не увеличены.

- Назовите ведущий клинический синдром.
- Чем могут быть обусловлены клинические проявления?
- Какие дополнительные исследования Вы предполагаете провести?
- Каковы возможные изменения миелограммы?
- Объём неотложной помощи при профузном носовом кровотечении у этой больной?

Задача №38

Больная 42 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сердцебиения и одышку при движении. В анамнезе нечастые простудные заболевания. Два года назад выявлена миома матки, поводом для обследования послужили обильные и длительные месячные.

- На что следует обратить внимание при осмотре больной?
- Какие изменения в клиническом анализе крови Вы ожидаете?
- В каких случаях возможно снижение цветового показателя и среднего объёма эритроцитов?
- Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для постановки диагноза?
- Как Вы представляете себе ведение больной?

Задача №39

Какой признак позволяет судить об эффективности патогенетической терапии пернициозной анемии на раннем этапе?

- Появление ретикулоцитоза в периферической крови на 4-6 день.
- Исчезновение ретикулоцитов на 4-6 день
- Снижение СОЭ
- Восстановление нормальной структуры слизистой оболочки желудка
- Нормализация Hb

Задача №40

Какие положения, касающиеся пернициозной анемии неправильные?

- Нехарактерно снижение массы тела
- Всегда выявляют ахлоргидрию
- Часто приводит к фуникулярному миелозу
- Характерен тромбоцитоз.
- Всасывание цианкобаламина, меченного радиоактивным кобальтом, повышено.

Задача №41

Больной 60 лет обратился в поликлинику в связи с высокой температурой, жалобами на выраженную ночную потливость, снижение аппетита, боли в горле при глотании, резкую слабость. Повышение температуры отмечается в течение последних трёх суток. Отмечает снижение массы тела на 8 кг и ночную потливость в течение 6 месяцев. При осмотре – бледность кожи, конъюнктивы обычной окраски. Температура 38,40. Подчелюстные, шейные и надключичные лимфоузлы плотные, увеличены, болезненны при пальпации.

- Какие заболевания необходимо заподозрить в первую очередь?
- Составьте план обследования больного.
- Какие изменения в анализе крови Вы ожидаете?

Задача №42

Больная 73 лет обратилась к участковому врачу связи с периодически возникающей высокой температурой, жалобами на профузную ночную потливость, периодически возникающий кожный зуд, отсутствие аппетита,

слабость. Повышение температуры тела продолжительностью до недели с эпизодами нормализации в течение 5-6 дней отмечает в течение последнего месяца. Отмечает снижение массы тела на 5 кг и ночную потливость в течение 4 месяцев. При осмотре – бледность кожи, конъюнктивы обычной окраски. Температура 38,20. Подчелюстные, шейные, надключичные и подмышечные лимфоузлы плотные, увеличены, безболезненны при пальпации.

- Какие заболевания необходимо заподозрить в первую очередь?
- Составьте план обследования больного.
- Какие изменения в анализе крови Вы ожидаете?

Задача №43

Больной 72 лет, обратился в поликлинику с жалобами на выраженные ломящие боли в ногах и руках, в течение 3-х недель. Лечился самостоятельно, наносил на болезненные участки диклофенак гель без положительного эффекта.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски, пульс ритмичный 72/мин, удовлетворительного наполнения, дыхание жёсткое, хрипов нет.

В анализе крови: Нв 110 г/л, эр 3,8*10¹²/л, лейкоц 8,9*10⁹/л, сегм 1%, лимф 42%, тромбоциты 320*10⁹/л, СОЭ 55 мм/час, общий белок – 105 г/л, в протеинограмме парапротеин G.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования и лечения.

Задача №44

Больной 84 лет, 3 сутки в травматологическом отделении (по поводу перелома шейки бедренной кости), в анамнезе 2 перелома за последний год (плечевая кость правой руки, бедренная кость левой ноги).

При осмотре состояние средней степени тяжести, кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски, пульс аритмичный 98/мин, слабого наполнения, дыхание жёсткое, хрипов нет.

В анализе крови: Нв 85 г/л, эр 2,7*10¹²/л, лейкоц 11,9*10⁹/л, сегм 1%, лимф 45%, тромбоциты 340*10⁹/л, СОЭ 65 мм/час, общий белок – 111 г/л, в протеинограмме парапротеины M, G.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования и лечения.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования. Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками,

нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1. Гемолитические анемии : учебное пособие / Саржевский В. О.. — Москва : ДПК Пресс, 2021 г. — 117 с.
2. Анемия при онкогематологических и онкологических заболеваниях: патогенез, классификация, клиника, терапия : учебное пособие / Н. А. Романенко, С. В. Грицаев, С. С. Бессмельцев. — Москва : Полисса медиа групп, 2021 г. — 109, [2] с. : ил.
3. Тромбоцитопении в схемах и таблицах : учебное пособие / В. В. Черепанова. — Нижний Новгород : ИП Гладкова О. В., 2021 г. — 71 с. : ил.
4. Фолликулярная лимфома. Клиника, диагностика, лечение : учебное пособие / В. Я. Мельниченко, Н. Е. Мочкин. — Москва : ДПК Пресс, 2021 г. — 22 с. : ил.
5. Острые и хронические лейкозы : учебное пособие / А. Н. Богданов, Т. Г. Кулибаба. — Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2019 г. — 113
6. Лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, в схемах и таблицах : учебное пособие / Батищева Г. А., Болотских В. И., Чернов Ю. Н. [и др.]. — Воронеж : Истоки, 2019 г. — 70 с. : ил.
7. Рекомендации по антитромботической терапии : учебно-методическое пособие / В. В. Лихванцев, Ж. С. Филипповская, О. Н. Улиткина. — Москва : ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 2019 г. — 11 с.
8. Система крови: современные представления о норме и патологии : учебное пособие / М. П. Давыдова, М. А. Марков. — Москва : КДУ : Университетская книга, 2018 г. — 177 с. : ил.
9. Тромбоциты, тромбоцитопении, тромбоцитопатии : учебное пособие / [Городецкий В. М. и др.]. — Москва : ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2018 г. — 91 с. : ил.

10. Учебник по гематологии / Н. И. Стуклов, Г. И. Козинец, Н. Г. Тюрина. — Москва : Практическая медицина, 2018 г. — 332 с. : ил.
11. Физиология, механизмы регуляции и методы лабораторного исследования системного гемостаза : учебное пособие / А. В. Точенов [и др.]. — Москва : МОНИКИ, 2017 г. — 31 с.
12. Неходжкинские лимфомы : учебное пособие / МЗ РФ, ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова", кафедра онкологии. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017 г. — 39 с.
13. Избранные вопросы гематологии и онкогематологии детского возраста : учебное пособие / Е. Г. Фурман, Н. Н. Грымова, Л. Н. Винокурова [и др.]. — Пермь : Изд-во Перм. нац. исслед. политех. ун-та, 2021 г. — 240 с. : ил.
14. Вторичные иммунодефициты в онкогематологии : учебное пособие / И. В. Поддубная, Л. Г. Бабичева. — Москва : Экон-Информ, 2019 г. — 63 с. : цв. ил.
15. Лечение лимфомы Ходжкина : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2021 г. — 65, [1] с. : ил.
16. Лимфома Ходжкина : учебное пособие для врачей и обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования / Филатова Л.В., Семиглазова Т.Ю., Олейник Ю.А. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2019 г. — 108 с.
17. Заготовка гемопоэтических стволовых клеток : учебно-методическое пособие для врачей, ординаторов, аспирантов / Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева, Кафедра трансфузиологии и клинической лабораторной диагностики. — Москва : [б. и.], 2021 г. — 42 с. : ил.
18. Клиника, диагностика и лечение основных гематологических и эндокринных заболеваний : учебное пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов, Н. В. Багишева. — Новокузнецк : Полиграфист, 2021 г. — 173 с. : табл.
19. Биологические основы CAR-T терапии : учебно-методическое пособие для врачей гематологов, онкологов, иммунологов, генетиков, педиатров, клинической лабораторной диагностики / Астрелина Т. А.. — Москва : ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, 2021 г. — 60 с. : ил.
20. Вторичные иммунодефициты в онкогематологии : учебное пособие / И. В. Поддубная, Л. Г. Бабичева. — Москва : Экон-Информ, 2019 г. — 63 с. : цв. ил.
21. Заместительная гемокомпонентная и препаратная терапия нарушений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза в клинической практике :

учебно-методическое пособие / А. В. Точенов, А. В. Кильдюшевский, А. П. Фаенко, Т. А. Митина. — Москва : МОНИКИ, 2022 г. — 47 с. : ил.

22. Анемия при онкогематологических и онкологических заболеваниях: патогенез, классификация, клиника, терапия : учебное пособие / Н. А. Романенко, С. В. Грицаев, С. С. Бессмельцев. — Москва : Полисса медиа групп, 2021 г. — 109, [2] с. : ил.