

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"



Гематология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Патофизиологии и общей патологии**

Учебный план о310804-Трансфуз-21-1.plx
 Специальность: Трансфузиология

Квалификация **Врач-трансфузиолог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**


Часов по учебному плану	72	Виды контроля	в семестрах:
в том числе:		зачеты	1
аудиторные занятия	32		
самостоятельная работа	40		

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	16			
Неделя	уп	рпд	уп	рпд
Вид занятий				
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент кафедры патофизиологии и общей патологии

Бубович Елена Владимировна 

Рабочая программа дисциплины

Гематология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.04
ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г.
№1046)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Трансфузиология


утвержденного учёным советом вуза от 17.06.2021 протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры


Патофизиологии и общей патологии

Протокол от 13.05.2021 г. № 9

Срок действия программы: 2021 - 2022 уч.г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Коваленко Людмила Васильевна 

Утверждена на УМС МИ от 21.05.2021 Протокол № 7

Председатель УМС к.м.н., доцент Лопацкая Ж.Н. 

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Подготовка квалифицированного врача-специалиста трансфузиолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Педагогика
2.1.2	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.1.3	Трансфузиология
2.1.4	Патология
2.1.5	Иммуногематология
2.1.6	Анестезиология и реанимация
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Патология коагуляционного гемостаза
2.2.2	Патология сосудисто-тромбоцитарного гемостаза
2.2.3	Производственная (клиническая) практика
2.2.4	Производственная (клиническая) практика
2.2.5	Эферентные методы терапии и АИК
2.2.6	Государственная итоговая аттестация

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии	

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3	медико-социальную экспертизу и медико-социальную реабилитацию при патологии органов кроветворения
3	правовые основы деятельности гематолога;
3	вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии органов кроветворения у детей и взрослых;
3	физиологию органов кроветворения;
3	патофизиологию системы кроветворения;
3	клиническую фармакологию в аспектах гематологии смежных дисциплин;
3	методы функциональных, клинических и патоморфологических исследований кроветворения у детей и взрослых, применяемые на современном этапе;
3	генетику в гематологии;
3	общую семиотику заболеваний системы крови;
3.1	классификацию гемобластозов;
3.1	клинику, диагностику и лечение гемобластозов;
3.1	вопросы реабилитации при гемобластозах;
3.1	классификацию анемий;
3.1	клинику, дифференциальную диагностику и принципы патогенетической терапии анемий;
3.1	классификацию нарушений системы гемостаза;

3.1	клинические симптомы, диагностику и лечение нарушений системы гемостаза;
3.1	классификацию депрессий кроветворения;
3.1	этиологию, клинические проявления различных видов депрессий кроветворения;
3.1	патогенетическую терапию депрессий кроветворения;
3.1	классификацию неотложных состояний в гематологии;
3.1	патогенез, диагностику и лечение острых анемических синдромов;
3.1	патогенез, диагностику и лечение острых ДВС - синдромов (диссеминированное внутрисосудистое свертывание);
3.1	диагностику и лечение острой полиорганной недостаточности;
3.1	вопросы трансфузионной терапии при болезнях крови;
3.1	показания к хирургическому лечению болезней системы крови;
3.1	дифференциальную диагностику симптоматических и реактивных эритроцитозов;
3.1	патогенез, диагностику и лечение иммунобластных лимфаденитов;
3.1	показания к назначению трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности);
3.1	знания о необходимых исследованиях для диагностики заболеваний системы крови (в т. ч. и у детей): определение белковых фракций сыворотки крови, определение изоферментов лактатдегидрогеназы и других сывороточных ферментов, цитохимические исследования клеток крови; кариологические исследования; иммуногематологические исследования; иммунофенотипирование; коагулологический мониторинг; бактериологический экспресс-анализ; радиологические исследования; компьютерная томография; МРТ; ПЭТ; ультразвуковое исследование внутренних органов; трансфузионное обеспечение;
3.1	основы цитологической и гистологической диагностики, умением самостоятельно распознать под микроскопом основные виды гематологической патологии. (в т. ч. и у детей).
	Уметь:
3	принимать участие в проведении дополнительных методов исследования (рентгено- и радио-логических, УЗИ, лапароскопии, биопсии и др.);
3	осуществлять надлежащий уровень лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и практики;
3	обеспечивать необходимый уход за больными на основании принципов лечебно - охранительного режима соблюдения правил медицинской деонтологии;
3	участвовать в обходах заведующего отделением и докладывать ему о своих больных, при необходимости принимать участие в консультациях других больных данного отделения или других отделений стационара;
3	качественно оформлять в установленном порядке медицинские карты больных с обязательным указанием состояния больного, пищевого и санитарно - гигиенического режима, лечебных мероприятий, применения важнейших диагностических исследований;
3	правильно эксплуатировать медицинские приборы, аппараты, инструменты и оборудования по гематологии;
3	проводить анализ качественных показателей своей работы, эффективности и отдаленных результатов лечения больных;
3	систематически повышать квалификацию путем чтения специальной литературы, участия в заседаниях научных обществ, научно - практических конференциях, клинических разборах больных, а также путем изучения опыта работы других лечебно-профилактических учреждений гематологического профиля;
3	принимать активное участие в работе по санитарному просвещению больных в стационаре путем проведения лекций, бесед и других форм работы;
3.2	сообщать родственникам о состоянии больных с учетом принципов медицинской деонтологии, получать от них дополнительные сведения о развитии заболевания и проводимых ранее лечебно - диагностических
3.2	адекватно собрать анамнез заболевания и анамнез жизни;
3.2	проводить тщательное обследование больного: выявлять основные жалобы, характерные для гематологических заболеваний;
3.2	выявлять специфические признаки гематологического заболевания;
3.2	определять объем клинико-лабораторных исследований при анемических синдромах;
3.2.15	проводить дифференциальную диагностику различных вариантов острых лейкозов для проведения адекватной терапии;
3.2.16	проводить адекватное обследование больных хроническими лейкозами;
3.2.17	проводить дифференциальную диагностику различных вариантов нарушений гемостаза;

3.2.18	интерпретировать результаты инструментальных исследований (рентгенологического, ультра-звукового, скintiграфического, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ, интерпретировать результаты специальных гематологических методов обследования (цитологические, гистологические, иммунохимические, иммунофенотипические, кариологические);
3.2.19	диагностики и принципами лечения различных проявлений геморрагического синдрома;
3.2.20	интерпретировать результаты дополнительных исследований, применяемых в гематологии (гистология, иммуногистохимия, иммунофенотипирование, иммунохимия, бактериология, магнитно-резонансной томографии).
3.3	Владеть:
3.3.1	общеклиническими методами обследования больного (перкуссия, пальпация, аускультация): определять перкуторно и пальпаторно размеры печени и селезенки; определять размеры и консистенцию лимфатических узлов;
3.3.2	методами оказания первой медицинской помощи при кровотечениях;
3.3.3	методами современной гематологической реанимации;
3.3.4	патогенетическим подходом к лечению анемических синдромов;
3.3.5	патогенетическим подходом к лечению различных вариантов острых лейкозов;
3.3.6	патогенетическим подходом к лечению различных вариантов хронических лейкозов;
3.3.7	диагностикой и принципами патогенетического лечения других нарушений гемостаза;
3.3.8	принципами экстракорпорального очищения крови;
3.3.9	методами трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности);
3.3.10	методами получения и применения терапии компонентами крови;
3.3.11	подходом к лечению инфекционных осложнений у гематологических больных;
3.3.12	подходом к диагностике и лечению грибковых поражений внутренних органов у гематологических

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вкл	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общий						
1.1	Теоретические основы клинической гематологии и методы обследования больных Иммуногематология и клиническая иммунология /Лек/	1	1	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.2	Гемабластозы /Лек/	1	1	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.3	Анемии, метгемоглобинемии и порфирии /Лек/	1	1	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	

1.4	Патология свертывающей и противосвертывающей системы /Лек/	1	1	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.5	Теоретические основы клинической гематологии и методы обследования больных Иммуногематология и клиническая иммунология /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.6	Гемабласты /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.7	Анемии, метгемоглобинемии и порфирии /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.8	Патология свертывающей и противосвертывающей системы /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.9	Заболевания в следствие депрессии кроветворения /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос

1.10	Методы лечения больных с патологией системы крови Хирургическое лечение заболеваний системы крови /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.11	Неотложные состояния в гематологии /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.12	Поражение органов в гематологической практике /Пр/	1	3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Тестовые задания, решение ситуационных задач, фронтальный опрос
1.13	Контрольная работа /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
1.14	Теоретические основы клинической гематологии и методы обследования больных Имуногематология и клиническая иммунология /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.15	Гемабласты /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов

1.16	Патология свертывающей и противосвертывающей системы /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.17	Заболевания в следствие депрессии кроветворения /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.18	Методы лечения больных с патологией системы крови Хирургическое лечение заболеваний системы крови /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.19	Неотложные состояния в гематологии /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.20	Поражение органов в гематологической практике /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.21	Контрольная работа /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита презентации

1.22	Зачет	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
------	-------	---	---	-----------	--	---	---

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ							
5.1. Контрольные вопросы и задания							
Представлены в приложении 1							
5.2. Темы письменных работ							
Представлены в приложении 1							
5.3. Фонд оценочных средств							
Представлены в приложении 1							
5.4. Перечень видов оценочных средств							
<p><i>Текущий контроль:</i> Ситуационные задачи, тестовый контроль, вопросы для устного опроса. <i>Самостоятельная работа:</i> темы для рефератов. <i>Контрольная работа:</i> презентация Контрольная работа: фронтальный опрос <i>Промежуточная аттестация:</i> Зачет: Решение ситуационных задач, фронтальный опрос</p>							

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Новикова И. А.	Клиническая и лабораторная гематология	Минск: Издательство "Вышэйшая школа", 2013, http://znanium.com/go.php?id=508896	1
Л1.2	Афанасьев Б. В., Мамаев Н.	Гематология: руководство для врачей	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2011	2
Л1.3	Попов Е. А., Левитан Б. Н., Заклякова Л. В.	Острый лейкоз: (учебное пособие)	Астрахань: Издательство Астраханской государственной медицинской академии, 2007	1
Л1.4	Маршалко О. В., Карпович А. И.	Терапия. Часть 3. Гастроэнтерология. Нефрология. Гематология. Эндокринология. Заболевания суставов. Аллергозы: Учебное пособие	Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016, http://www.iprbookshop.ru/67747.html	1
Л1.5	Новикова И. А., Ходулева С. А.	Клиническая и лабораторная гематология: Учебное пособие	Минск: Вышэйшая школа, 2013, http://www.iprbookshop.ru/24061.html	1

6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Аносов Н. А., Богданов А. Н., Мазуров В. И.	Клиническая гематология: руководство для врачей	СПб.: Фолиант, 2008	1
Л2.2	Стемпень Т. П., Лелевич С. В.	Клиническая лабораторная гематология: учебное пособие	Санкт-Петербург: Лань, 2018, https://e.lanbook.com/book/107961	1
Л2.3	Апенченко Ю. С., Иванова И. И., Федерякина О. Б., Гнусаев С. Ф., Кривошеина Е. Л.	Гематология детского возраста: Учебное пособие	Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2012, http://www.iprbookshop.ru/23619.html	1
Л2.4	Рукавицын О. А.	Гематология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2015	1
Л2.5	Льюис С. М., Бэйн Б., Бэйтс	Практическая и лабораторная гематология	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009	5
Л2.6	Ершов В. И.	Наглядная гематология: [учебное пособие]	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2008	2
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Апенченко Ю. С., Иванова И.И. Федерякина О. Б., Гнусаев С. Ф., Кривошеина Е.	Гематология детского возраста: Учебное пособие	Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2012, http://www.iprbookshop.ru/23619.html	1
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.2	Новикова И. А., Ходулева С. А.	Клиническая и лабораторная гематология: Учебное пособие	Минск: Вышэйшая школа, 2013, http://www.iprbookshop.ru/24061	1
Л3.3	Ефимова Л. П., Винокурова Т. Ю.	Гематологические анализаторы. Эритроцитарные параметры общего анализа крови: методические рекомендации для врачей	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2011	2
Л3.4	Ефимова Л. П., Винокурова Т. Ю.	Основы клинической и лабораторной диагностики заболеваний системы крови: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2017, https://elib.surgu.ru/ fulltext/umm/5263	2
Л3.7	Е.В. Бубович., С.В. Панфилов., А.Н.Оськин	Патогенетические подходы к коррекции гиповолемии при критических состояниях	ГБОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры", Медицинский институт, Последипломное медицинское образование. Сургут : Издательский центр СурГУ, 2013. URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111226 .	11
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э2	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)			

Э3	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
Э4	http://www.pulmonology.ru/ (российское респираторное общество)
Э5	http://www.rusmedserv.com (Русский медицинский сервер)
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа №224 МИ СурГУ оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска. Количество посадочных мест - 48</p> <p>Технические средства обучения для представления учебной информации: комплект (стационарный/переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран. Компьютеры – 25 шт. Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Учебная аудитория для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации №129, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран. Ноутбук переносной. Количество посадочных мест - 45 Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Аудитории симуляционно-тренинговогоаккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: Телементор, синтомед. ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия. AdvancedVenepunctureArm, Limbs&Thingsltd. Тренажер для проведения инъекций. Тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки. Тренажер измеренияАД, ВТ-СЕАВ2, ВТIncSeoulbranch. UN/DGN-V Ault, Honglian. Z990, Honglian. Тонометр, фонендоскоп. Пульсоксиметр. Негатоскоп. SAM II, Excellus Tecnologies, Аускультативныйманекен PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScope. Тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things. Клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, Тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, Тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста Усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly. Тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&Thingsltd. Симулятор для отработки навыков зондового кормления. KokenCo, SimBaby, Laerdal. Манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных ResusciBaby, Laerdal. Тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей Манекен удушья ребенка Adam, Rouilly. Манекен удушья взрослого Adam, Rouilly. ВТ-СРЕА, ВТ Inc Seoul branch. Save Man Advance, Koken Co, Ltd. Тренажер Труман-Травма. Симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA. Компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare. Компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G. Макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница". Манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ. Nasco/Simmul aids. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmul aids.. Фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, Педиатрический манекен-имитатор для</p>

	<p>обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027</p> <p>Тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов</p> <p>Учебная аудитория № 101 на базе БУ ХМАО «Сургутская окружная клиническая больница». Аудитория оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, ноутбук (переносной).</p> <p>Количество посадочных мест - 8</p> <p>Технические средства обучения для представления учебной информации: комплект (стационарный/переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран.</p> <p>Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, трансфузионная система) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование необходимое для реализации программы ординатуры.</p> <p>Оборудование:</p> <p>Аппарат низкотоочных процедур гем-за RPISMA</p> <p>Насос инфузионный роликовый (инфузомат) ИнфузоматСпейсП</p> <p>Аппарат для экстракорпоральной коррекции гомеостаза Prismaflex</p> <p>Аппарат для быстрого размораживания и подогрева плазмы. крови и кровезаменителей WarmingCenter</p> <p>Центрифуга напольная ОС-6М</p> <p>Автоматический коагулометр "СТА-Компакт" "СТА-Компакт"</p> <p>Многофункциональный аппарат для гемодиализа и плазмотерапии «БелкоС.р.л.»,спrLynda «БелкоС.р.л.»</p> <p>Аппарат для экстракорпоральной коррекции гомеостаза Prismaflex</p> <p>Аппарат для стандартного гемодиализа Artis ARTIS</p>
<p align="center">8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</p>	
<p>Представлены в приложение № 2,3</p>	

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Приложение к рабочей программе по дисциплине

Гематология

Специальность:

31.08.04 Трансфузиология

(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач-трансфузиолог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры патофизиологии и общей патологии «13» мая 2021 года, протокол № 9

Зав. кафедрой, д.м.н. профессор  Коваленко Л.В.

Сургут, 2021 г.

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция ПК-5

готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- Клиническую симптоматику и патогенез основных патологических состояний развившихся у пациентов, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний</p> <ul style="list-style-type: none"> - острые и неотложные состояния (клиника, диагностика, медицинская помощь на догоспитальном этапе); - система гемостаза, её функции, структура, компоненты свертывающего и противосвертывающего звеньев, механизмы гемостаза, современные схемы первичного и вторичного гемостаза, защитные противосвертывающие системы, методы исследования системы гемостаза; - вопросы развития, нормальной анатомии, физиологии и гистологии органов кроветворения у детей и взрослых; - патофизиологию системы кроветворения; - генетику в гематологии; - общую семиотику заболеваний системы крови; - классификацию, клинику гемобластозов; - клинику, классификацию анемий; - классификацию, клинические симптомы нарушений системы гемостаза; 	<ul style="list-style-type: none"> - правильно поставить диагноз при острых и неотложных состояниях и оказать посильную медицинскую помощь на догоспитальном этапе; — участвовать в обходах заведующего отделением и докладывать ему о своих больных, при необходимости принимать участие в консультациях других больных данного отделения или других отделений стационара; — систематически повышать квалификацию путем чтения специальной литературы, участия в заседаниях научных обществ, научно-практических конференциях, клинических разборах больных, а также путем изучения опыта работы других лечебно-профилактических учреждений гематологического профиля; — адекватно собрать анамнез заболевания и анамнез жизни; — проводить тщательное обследование больного: выявлять основные жалобы, характерные для гематологических заболеваний; — выявлять специфические признаки гематологического заболевания; — определять объем 	<ul style="list-style-type: none"> - алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза на основании международной классификации болезней; - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования - алгоритмом выполнения дополнительных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования - алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний - умением целенаправленно применять знания нормальной физиологии, общей патологии, патологической физиологии при диагностике и гематологической помощи; — методами оказания первой медицинской помощи при кровотечениях;

<ul style="list-style-type: none"> - классификацию депрессий кроветворения; - этиологию, клинические проявления различных видов депрессий кроветворения; - классификацию неотложных состояний в гематологии; - патогенез острых анемических синдромов; - патогенез, острых ДВС - синдромов (диссеминированное внутрисосудистое свертывание); - дифференциальную диагностику симптоматических и реактивных эритроцитозов; - патогенез иммунобластных лимфаденитов; - знания о необходимых исследованиях для диагностики заболеваний системы крови (в т. ч. и у детей): определение белковых фракций сыворотки крови, определение изоферментов лактатдегидрогеназы и других сывороточных ферментов, цитохимические исследования клеток крови; кариологические исследования; иммуногематологические исследования; иммунофенотипирование; коагулологический мониторинг; бактериологический экспресс-анализ; радиологические исследования; компьютерная томография; МРТ; ПЭТ; ультразвуковое исследование внутренних органов; трансфузионное обеспечение хирургической 	<p>клинико-лабораторных исследований при анемических синдромах;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить адекватное обследование больных хроническими лейкозами; – проводить дифференциальную диагностику различных вариантов нарушений гемостаза; – интерпретировать результаты инструментальных исследований (рентгенологического, ультразвукового, сцинтиграфического, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ, интерпретировать результаты специальных гематологических методов обследования (цитологические, гистологические, иммунохимические, иммунофенотипические, кариологические); – интерпретировать результаты дополнительных исследований, применяемых в гематологии (гистология, иммуногистохимия, иммунофенотипирование, иммунохимия, бактериология, магнитно-резонансной томографии). 	
---	--	--

<p>гематологии;</p> <p>- основы цитологической и гистологической диагностики, умением самостоятельно распознать под микроскопом основные виды гематологической патологии. (в т. ч. и у детей).</p>		
--	--	--

Компетенция ПК-6

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии		
Знает	Умеет	Владеет
<p>-Принципы диагностики и оказания экстренной медицинской помощи при неотложных (угрожающих жизни) состояниях;</p> <ul style="list-style-type: none"> - классификация гемостазиопатий (расстройств гемостаза), классификация геморрагических диатезов, их клинико-лабораторная диагностика и принципы гемостатической терапии, особенности инфузионной терапии при гемостазиопатиях; - показания к назначению трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности); - показания к хирургическому лечению болезней системы крови; - патогенетическую терапию депрессий кроветворения; - вопросы трансфузионной терапии при болезнях крови; - диагностику и лечение гемобластозов; - дифференциальную диагностику и принципы патогенетической терапии анемий; - диагностику и лечение нарушений системы гемостаза; - диагностику и лечение острых анемических синдромов; - диагностику и лечение 	<ul style="list-style-type: none"> - рассчитывать объем трансфузионной терапии при острой кровопотере; - оказывать консультативную помощь врачам при проведении трансфузионной терапии; – принимать участие в проведении дополнительных методов исследования (рентгено- и радиологических, УЗИ, лапароскопии, биопсии и др.); – осуществлять надлежащий уровень лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и практики; – качественно оформлять в установленном порядке медицинские карты больных с обязательным указанием состояния больного, пищевого и санитарно-гигиенического режима, лечебных мероприятий, применения важнейших диагностических исследований; – правильно эксплуатировать медицинские приборы, аппараты, инструменты и оборудования по гематологии; – проводить дифференциальную диагностику различных вариантов острых 	<ul style="list-style-type: none"> - методами плазмоцитафереза с использованием рефрижераторных центрифуг; - методами аппаратного плазмоцитафереза; – патогенетическим подходом к лечению анемических синдромов; – патогенетическим подходом к лечению различных вариантов острых лейкозов; – патогенетическим подходом к лечению различных вариантов хронических лейкозов; – диагностикой и принципами патогенетического лечения других нарушений гемостаза; – принципами экстракорпорального очищения крови; – методами трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности); – методами получения и применения терапии компонентами крови; – подходом к лечению инфекционных осложнений у гематологических больных; – подходом к диагностике и лечению грибковых

<p>острых ДВС - синдромов (диссеминированное внутрисосудистое свертывание);</p> <p>- диагностику и лечение острой полиорганной недостаточности;</p>	<p>лейкозов для проведения адекватной терапии;</p> <p>— диагностики и принципами лечения различных проявлений геморрагического синдрома;</p>	<p>поражений внутренних органов у гематологических больных.</p>
---	--	---

Этап: Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	Оценку «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля.
Не аттестован	Оценку «не аттестован» заслуживает обучающийся не выполнивший в необходимом объеме задания данные для текущего контроля.

Этап: Проведение промежуточной аттестации

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	<p>- Клиническую симптоматику и патогенез основных патологических состояний развившихся у пациентов, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний</p> <ul style="list-style-type: none">- острые и неотложные состояния (клиника, диагностика, медицинская помощь на догоспитальном этапе);- система гемостаза, её функции, структура, компоненты свертывающего и противосвертывающего звеньев, механизмы гемостаза, современные схемы первичного и вторичного гемостаза, защитные противосвертывающие системы, методы исследования системы гемостаза;- вопросы развития, нормальной анатомии, физиологии и гистологии органов кроветворения у детей и взрослых;- патофизиологию системы кроветворения;- генетику в гематологии;- общую семиотику заболеваний системы крови;- классификацию, клинику гемобластозов;- клинику, классификацию	Зачтено	<p>Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и:</p> <ul style="list-style-type: none">- безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины;- правильно выполнившему практическое задание;- допустившему не принципиальные ошибки;- допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
		Не зачтено	<ul style="list-style-type: none">- выставляется учащемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного

	<p>анемий;</p> <ul style="list-style-type: none"> - классификацию, клинические симптомы нарушений системы гемостаза; - классификацию депрессий кроветворения; - этиологию, клинические проявления различных видов депрессий кроветворения; - классификацию неотложных состояний в гематологии; - патогенез острых анемических синдромов; - патогенез, острых ДВС - синдромов (диссеминированное внутрисосудистое свертывание); - дифференциальную диагностику симптоматических и реактивных эритроцитозов; - патогенез иммунобластных лимфаденитов; - знания о необходимых исследованиях для диагностики заболеваний системы крови (в т. ч. и у детей): определение белковых фракций сыворотки крови, определение изоферментов лактатдегидрогеназы и других сывороточных ферментов, цитохимические исследования клеток крови; кариологические исследования; иммуногематологические исследования; иммунофенотипирование; коагулологический мониторинг; бактериологический экспресс-анализ; радиологические исследования; компьютерная томография; МРТ; ПЭТ; ультразвуковое исследование внутренних органов; трансфузионное обеспечение хирургической гематологии; - основы цитологической и гистологической диагностики, умением самостоятельно распознать под микроскопом 		<p>программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий</p>
--	---	--	---

	<p>основные виды гематологической патологии. (в т. ч. и у детей). Принципы диагностики и оказания экстренной медицинской помощи при неотложных (угрожающих жизни) состояниях;</p> <ul style="list-style-type: none"> - классификация гемостазиопатий (расстройств гемостаза), классификация геморрагических диатезов, их клинико-лабораторная диагностика и принципы гемостатической терапии, особенности инфузионной терапии при гемостазиопатиях; - показания к назначению трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности); - показания к хирургическому лечению болезней системы крови; - патогенетическую терапию депрессий кроветворения; - вопросы трансфузионной терапии при болезнях крови; - диагностику и лечение гемобластозов; - дифференциальную диагностику и принципы патогенетической терапии анемий; - диагностику и лечение нарушений системы гемостаза; - диагностику и лечение острых анемических синдромов; - диагностику и лечение острых ДВС - синдромов (диссеминированное внутрисосудистое свертывание); <p>-диагностику и лечение острой полиорганной недостаточности; медико-социальную экспертизу и медико-социальную реабилитацию при патологии органов кроветворения; – Основы физиотерапии и лечебной физкультуры. -Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению доноров крови. вопросы реабилитации при</p>		
--	---	--	--

	гемобластозах;		
Умеет	<p>правильно поставить диагноз при острых и неотложных состояниях и оказать посильную медицинскую помощь на догоспитальном этапе;</p> <ul style="list-style-type: none"> – участвовать в обходах заведующего отделением и докладывать ему о своих больных, при необходимости принимать участие в консультациях других больных данного отделения или других отделений стационара; – систематически повышать квалификацию путем чтения специальной литературы, участия в заседаниях научных обществ, научно - практических конференциях, клинических разборах больных, а также путем изучения опыта работы других лечебно-профилактических учреждений гематологического профиля; – адекватно собрать анамнез заболевания и анамнез жизни; – проводить тщательное обследование больного: выявлять основные жалобы, характерные для гематологических заболеваний; – выявлять специфические признаки гематологического заболевания; – определять объем клинико-лабораторных исследований при анемических синдромах; – проводить адекватное обследование больных хроническими лейкозами; – проводить дифференциальную диагностику различных вариантов нарушений гемостаза; – интерпретировать результаты инструментальных исследований (рентгенологического, 	Зачтено	<p>Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и:</p> <ul style="list-style-type: none"> – безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины; – правильно выполнившему практическое задание; – допустившему не принципиальные ошибки; <p>– допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – определять объем клинико-лабораторных исследований при анемических синдромах; – проводить адекватное обследование больных хроническими лейкозами; – проводить дифференциальную диагностику различных вариантов нарушений гемостаза; – интерпретировать результаты инструментальных исследований (рентгенологического, 	Не зачтено	<ul style="list-style-type: none"> – выставляется учащемуся обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий

	<p>ультразвукового, сцинтиграфического, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ, интерпретировать результаты специальных гематологических методов обследования (цитологические, гистологические, иммунохимические, иммунофенотипические, кариологические);</p> <p>интерпретировать результаты дополнительных исследований, применяемых в гематологии (гистология, иммуногистохимия, иммунофенотипирование, иммунохимия, бактериология, магнитно-резонансной томографии).</p>		
Владеет	<ul style="list-style-type: none"> - алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза на основании международной классификации болезней; - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования - алгоритмом выполнения дополнительных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования - алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний - методами оказания первой медицинской помощи при кровотечениях; - методами плазмоцитафереза с использованием рефрижераторных центрифуг; - методами аппаратного плазмоцитафереза; <ul style="list-style-type: none"> — патогенетическим подходом к лечению анемических синдромов; — патогенетическим подходом к лечению различных вариантов острых лейкозов; — патогенетическим подходом к лечению различных вариантов хронических лейкозов; 	Зачтено	<p>Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и:</p> <ul style="list-style-type: none"> — безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины; — правильно выполнившему практическое задание; — допустившему не принципиальные ошибки; — допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
		Не зачтено	выставляется учащемуся обнаружившему пробелы в

	<ul style="list-style-type: none"> – диагностикой и принципами патогенетического лечения других нарушений гемостаза; – принципами экстракорпорального очищения крови; – методами трансфузионной терапии (определение групповой и резус – принадлежности); – методами получения и применения терапии компонентами крови; – подходом к лечению инфекционных осложнений у гематологических больных; - подходом к диагностике и лечению грибковых поражений внутренних органов у гематологических больных. 		<p>знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий</p>
--	--	--	---

**Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для
оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности,
характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения
образовательной программы**

Этап: проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине.

- 1.1.Список вопросов к темам занятий 1.5 – 1.12 для фронтального опроса ординатора**
2. Теоретические основы клинической гематологии и методы обследования больных.
3. Иммуногематология и клиническая иммунология
4. Гемабластозы
5. Анемии, метгемоглоинемии и порфирии
6. Патология свертывающей и противосвертывающей системы
7. Заболевания в следствие депрессии кроветворения
8. Методы лечения больных с патологией системы крови
9. Хирургическое лечение заболеваний системы крови
10. Неотложные состояния в гематологии
11. Поражение органов в гематологической практике
12. Учение о клетке Современная теория кроветворения Структура и функция органов кроветворения Культивирование тканей в гематологии Иммунокомпетентная система и механизмы иммунитета
13. Генетика в гематологии Общая семиотика заболеваний органов кроветворения и клинические методы исследования Лабораторные методы исследования Инструментальные методы исследования
14. Предмет, содержание и задачи иммуногематологии Антигенные системы эритроцитов Основные антигенные системы лейкоцитов, тромбоцитов и белков плазмы крови Клиническое значение аллоантигенов клеток крови и других тканей организма человека
15. Методики иммунологических исследований, применяемых в гематологии Приготовление стандартных сывороток для типирования эритроцитов по антигенам АВО и резус Клиническая иммунология
16. Острые лейкозы Классификация Цитохимические и Цитогенетические методы исследования Этапы терапии острых лейкозов Лечение острого лимфобластного и недифференцируемого лейкозов
17. Трансплантация костного мозга Хронический миелолейкоз Классификация и диагностика миелопролиферативных заболеваний Определение, патоморфогенез, клиника, диагностика, лечение
18. Эритремия Определение, патоморфогенез, клиника, диагностика, лечение
19. Хронический мегакариоцитарный лейкоз (эссенциальная тромбоцитемия). Риск возникновения тромбо-геморрагических осложнений Понятие о дис- и парапротеинемиях
20. Множественная миелома Лимфомы)
21. Макрофагальные опухоли Патогенез Клиника и патоморфологическая классификация Принципы диагностики: морфологические, клинические (диагностическое значение лапаротомии и спленэктомии) Лечение (лучевая терапия, полихимиотерапия, хирургическое)
22. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия Железодефицитная анемия, связанная с нарушенным кишечным всасыванием железа Железодефицитная анемия у беременных
23. Железодефицитная анемия при кровопотерях в замкнутую полость (гломузные опухоли, эндометриоз, изолированный легочный сидероз) Клинические проявления железодефицитной анемии
24. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии Анемии, обусловленные инфекцией и воспалением
25. Анемии, обусловленные инфекцией и воспалением Анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов
26. Мегалобластные анемии Гемолитические анемии

27. Дизэритропоэтические анемии Метгемоглобинемии Порфирии.
28. Система первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Вторичный - плазменный гемостаз Механизмы фибринолиза и их взаимосвязи
29. Физиологические противосвертывающие механизмы (система первичных и вторичных антикоагулянтов-антипротеаз) Гемостатические средства. Антикоагулянты прямого и непрямого действия, антиагреганты и фибринолитические средства
30. Геморрагические диатезы ДВС-синдромы (диссеминированное внутрисосудистое свертывание)
31. Экстренная диагностика и терапия кровотечений, обусловленных патологией гемостаза.
32. Тромбофилии. Геморрагические диатезы при заболеваниях крови Нарушения гемостаза при заболеваниях внутренних органов
33. Агранулоцитозы и нейтропении Роль иммунных факторов в развитии агранулоцитозов и нейтропений Этиология, патогенез, клиническая симптоматика Апластические анемии. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика
34. Парциальная красноклеточная аплазия Этиология, патогенез, клиническая симптоматика Лечение (кортикостероиды, антилимфоцитарный глобулин, циклоспорин, спленэктомия, трансплантация костного мозга
35. Принципы выбора патогенетической терапии
36. Цитостатические препараты, применяемые у больных гемобластозами Лучевая терапия Трансплантация костного мозга. Показания к назначению антибиотической терапии у гематологических больных Глюкокортикостероидные гормоны в лечении гематологических больных Хирургическое лечение гематологических больных
37. Трансфузионная терапия в лечении болезней крови Экстракорпоральные методы лечения гематологических больных
38. Значение гематологической патологии в хирургической практике Показания и противопоказания к оперативным вмешательствам при заболеваниях органов системы крови Анатомия и оперативная хирургия органов системы крови
39. Особенности анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах у гематологических больных Ведение послеоперационного периода и интенсивная терапия при операциях у гематологических больных
40. Острая массивная кровопотеря Геморрагические васкулиты Острые нейropsychические синдромы в гематологии Острые болевые синдромы Острая печеночная недостаточность у гематологических больных Острая почечная недостаточность у гематологических больных
41. Клинико-рентгенологические особенности пневмонии у больных с агранулоцитозом Грибковые поражения легочной ткани при гематологических заболеваниях Туберкулез легких при гематологических заболеваниях
42. Атипичные пневмонии(микоплазм, пневмоцистные и т.д) Поражения сердца при анемиях Осложнения химиотерапии Инфекционные осложнения Амилоидоз Нейропатии (причины, диагностика и лечение) Клиника и лечение сдавления спинного мозга при гематологических заболеваниях

1.2. Перечень тестовых заданий для проведения текущего контроля ординаторов по темам 1.5-1.12

Тестовые задания.

1. В нормальной миелограмме:
 - А) Процент бластных клеток 5-10%
 - Б) Количество лимфоцитов 9-15%
 - В) Лейко-эритробластический индекс 3:1
2. Плазмоцит – это:
 - А) Клетка, имеющая миелоидное происхождение
 - Б) Клетка, имеющая В-лимфоцитарное происхождение
 - В) Клетка, имеющая Т-лимфоцитарное происхождение
3. Макрофаги:
 - А) Клетки гранулоцитарного происхождения
 - Б) Клетки моноцитоидного происхождения
 - В) Клетки мегакариоцитарного происхождения
 - Г) Клетки лимфоидного происхождения
4. В нормальной миелограмме:
 - А) Количество лимфоцитов > 30%
 - Б) Количество лимфоцитов 9-15%
 - В) Лейко-эритробластический индекс 3:1
 - Г) Лейко-эритробластический индекс 1:3
5. При обнаружении лимфоаденопатии:
 - А) Необходимо физиотерапевтическое лечение
 - Б) Показана пункция лимфатического узла
 - В) Показана биопсия лимфатического узла
6. Лейкемоидные реакции:
 - А) Встречаются при лейкозах
 - Б) Могут быть миелоидного и лимфоцитарного типа
 - В) Встречаются при септических состояниях
 - Г) Встречаются при иммунном гемолизе
7. Моноцитоидно-макрофагальные реакции:
 - А) Возможны при любой инфекции
 - Б) Чаще сопровождают туберкулез
 - В) Возникает моноцитоз в крови
 - Г) Следует дифференцировать с хроническим моноцитарным лейкозом
8. Нейтрофилез возникает при:
 - А) Ветряной оспе
 - Б) Узелковом периартериите
 - В) Хронической почечной недостаточности
 - Г) Опухолях
9. Нейтрофилы:
 - А) Находятся в крови до 34 часов
 - Б) Находятся в крови до 120 суток
 - В) Возвращаются из тканей в кровотоки
 - Г) Обладают способностью к фагоцитозу
 - Д) Обладают бактерицидной активностью
10. Если у больного имеется значительная эозинофилия, то можно думать о:
 - А) Паразитарной инфекции
 - Б) Узелковом периартериите
 - В) Эозинофильном лейкозе
 - Г) Бронхиальной астме
- Д) Гиперэозинофильном синдроме
 11. Под термином лимфоаденопатия подразумевают:
 - А) Лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов
 - Б) Лимфоцитоз в периферической крови

- В) Высокий лимфобластоз в стернальном пунктате
 - Г) Увеличение лимфоузлов
12. Нейтрофилез возникает при:
- А) Гнойных инфекциях
 - Б) Сепсисе
 - В) Дифтерии
 - Г) Ожогах
 - Д) Острой кровопотере
13. Повышение количества эритроцитов в периферической крови наблюдается при:
- А) Гипоксии и гипоксемии
 - Б) Поликистозе почек
 - В) Эритремии
 - Г) Острых лейкозах
 - Д) Опухолях почек
14. В нормальной миелограмме:
- А) Мегалобласты не определяются
 - Б) Мегакарициты не определяются
 - В) Количество бластов 1-2%
 - Г) Лео-эритробластический индекс 8:1
15. Эритроцит:
- А) Безъядерная клетка
 - Б) Гранулоцит
 - В) Живет до 34 часов
 - Г) Живет до 120 суток
 - Д) В норме разрушается в селезенке
16. Промиелоцит:
- А) Ядерная клетка
 - Б) Имеет цитоплазму с выраженной зернистостью
 - В) Клетка гранулоцитарного ростка
 - Г) Клетка мегакариоцитарного ростка
 - Д) Клетка моноцитарного ростка
17. Спленомегалия:
- А) Часто наблюдается при гемобластозах
 - Б) Возникает только при лимфопролиферативных заболеваниях
 - В) Возникает только при миелопролиферативных заболеваниях
 - Г) Наиболее выражена при хроническом лимфолейкозе
 - Д) Наиболее выражена при сублейкемическом миелозе
18. Повышение уровня эритроцитов характерно для:
- А) Гипоксии
 - Б) Гипернефроидного рака
 - В) Хронических инфекционных заболеваний
 - Г) Системных заболеваний соединительной ткани
19. Ускоренное оседание эритроцитов наблюдается при:
- А) Эритремии
 - Б) Миеломной болезни
 - В) Инфекционных заболеваниях
 - Г) Эритроцитозах
 - Д) Иммунных воспалительных заболеваниях
20. Гиперэозинофильный синдром:
- А) Может возникнуть эозинофильный миокардит
 - Б) Выявляется эозинофильная инфильтрация печени
 - В) Имеется клеточная гиперплазия в костном мозге за счет эозинофилов
 - Г) Возникает астматический синдром
21. К симптомам анемии относятся:
- А) Одышка
 - Б) Бледность
 - В) Сердцебиение

- Г) Петехии
 - Д) Гиперчувствительность к холоду
22. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:
- А) Хронической кровопотери
 - Б) Острой кровопотери
 - В) Апластической анемии
 - Г) Гемолитической анемии
23. Гипохромная анемия:
- А) Может быть только железодефицитной
 - Б) Возникает при нарушении синтеза порфиринов
 - В) Возникает при дефиците железа
 - Г) Возникает при нарушении синтеза цепей глобина
24. Гипорегенераторный характер анемии указывает на:
- А) Наследственный сфероцитоз
 - Б) Апластическую анемию
 - В) Недостаток железа в организме
 - Г) Аутоиммунный гемолиз
25. Тельца Жолли:
- А) Определяются при В-12 дефицитной анемии
 - Б) Являются остатками ядерного вещества
 - В) Обнаруживаются при железодефицитной анемии
 - Г) Могут определяться при интенсивном гемолизе
26. Нормобластоз в периферической крови:
- А) В норме 1-2 нормобласта на 100 лейкоцитов в периферической крови
 - Б) Наблюдается при значительном гемолизе
 - В) Встречается при острой кровопотере
 - Г) Определяется при метастазах опухолей в костный мозг
27. Если у больного имеется нормохромная, нормоцитарная гипорегенераторная анемия:
- А) Необходима стерильная пункция
 - Б) Следует исключить вторичный характер анемии
 - В) Следует думать о В-12 дефицитной анемии
 - Г) Следует думать об апластической анемии
 - Д) Следует думать о гемолитической анемии
28. Если у больного имеется нормохромная, гиперрегенераторная анемия, следует думать о:
- А) Железодефицитной анемии
 - Б) Сидеробластной анемии
 - В) В-12 дефицитной анемии
 - Г) Гемолитической анемии
29. Показания к лечению эритропоэтином являются:
- А) Гемолитические анемии
 - Б) Анемия при ХПН
 - В) Миелодиспластический синдром
 - Г) Железодефицитная анемия
 - Д) Анемии при хронических заболеваниях
30. Ретикулоцитоз:
- А) Признак гемолитической анемии
 - Б) Признак острой кровопотери
 - В) Признак хронической кровопотери
 - Г) Признак эффективности лечения витамином В-12
31. Тельца Гейнца-Эрлиха характерны для:
- А) В-12 дефицитной анемии
 - Б) Фолиево-дефицитной анемии
 - В) Всех видов гемолиза
 - Г) Дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
 - Д) Железодефицитной анемии
32. Физиологические потери железа в сутки:
- А) 1 мг

- Б) 2 мг
 - В) 3 мг
 - Г) 4 мг
 - Д) 5 мг
33. В организме взрослого:
- А) Содержится 2-5 г железа
 - Б) Содержится 4-5 г железа
 - В) В гемоглобине находится 30% имеющегося в организме железа
 - Г) В гемоглобине находится 60% имеющегося в организме железа
34. Причиной железодефицитной анемии может быть:
- А) Недостаток железа в пище
 - Б) Резекция тонкого кишечника
 - В) Хроническая кровопотеря
 - Г) Миелодиспластический синдром
 - Д) Нарушение синтеза цепей глобина
35. При железодефицитной анемии:
- А) Достаточно рекомендовать диету
 - Б) Необходимо установить непосредственную причину дефицита железа
 - В) Рекомендуются лечение пероральными препаратами железа
36. Признаками дефицита железа являются:
- А) Выпадение волос
 - Б) Ломкость ногтей
 - В) Иктеричность
 - Г) Койлонихии
 - Д) Извращение вкуса
37. Для железодефицитной анемии характерно:
- А) Гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
 - Б) Гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
 - В) Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
 - Г) Гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
 - Д) Гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба
38. Препараты железа назначаются:
- А) На срок 1-2 недели
 - Б) Длительно в течение 3-4 месяцев
 - В) Рекомендуются в сочетании с аскорбиновой кислотой
 - Г) Предпочтителен парентеральный путь введения
 - Д) Предпочтителен пероральный путь введения
39. Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо снижено, железосвязывающая способность повышена, десфераловая проба снижена, то у больного:
- А) Железодефицитная анемия
 - Б) Сидеробластная анемия
 - В) Талассемия
40. Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо повышено, железосвязывающая способность снижена, десфераловая проба повышена, то у больного:
- А) Железодефицитная анемия
 - Б) Сидеробластная анемия
 - В) В-12 дефицитная анемия
41. Критериями эффективности лечения препаратами железа являются:
- А) Повышение количества эритроцитов
 - Б) Нормализация сывороточного железа
 - В) Снижение железосвязывающей способности
 - Г) Повышение железосвязывающей способности
42. Хлористоводородная кислота:
- А) Усиливает всасывание солей трехвалентного железа
 - Б) Усиливает всасывание солей двухвалентного железа
 - В) Усиливает всасывание гемового железа
43. Клиническими признаками дефицита железа являются:

- А) Мышечная слабость
 - Б) Ангулярный стоматит
 - В) Глоссит
 - Г) Извращение вкуса
 - Д) Койлонихии
44. Повышение количества тромбоцитов при железодефицитной анемии:
- А) Не встречается
 - Б) Может быть при значительном дефиците железа
 - В) Возникает в основном при кровопотерях
 - Г) Характерный признак
45. Железо всасывается:
- А) В желудке
 - Б) В тонком кишечнике
 - В) В толстом кишечнике
46. Сидеробластные анемии связаны:
- А) С нарушением синтеза цепей глобина
 - Б) С нарушением синтеза протопорфирина и образования гема
 - В) С нарушением всасывания железа
47. При повышенной потребности в железе всасывание его из пищи не превышает:
- А) 1,5 мг
 - Б) 2,5 мг
 - В) 3,5 мг
 - Г) 5,5 мг
48. Лечение сидеробластной анемии:
- А) Препараты железа
 - Б) Применяется витамин В-6
 - В) Применяется витамин В-12
 - Г) Применяется десферал
49. При железодефицитной анемии характер анемии:
- А) Макроцитарный
 - Б) Микроцитарный
 - В) Гиперхромный
 - Г) Гипохромный
 - Д) Гиперрегенераторный
50. При свинцовой интоксикации:
- А) Анемия железодефицитная
 - Б) Анемия гипохромная микроцитарная
 - В) Анемия гиперхромная макроцитарная
 - Г) В костном мозге повышено количество сидеробластов
 - Д) С мочой экскретируется большое количество копропорфиринов
51. Сидеробластные анемии:
- А) Наблюдаются, когда инкорпорация железа в гемоглобин в костном мозге недостаточна
 - Б) Возникают при дефиците железа
 - В) Могут быть наследственного и приобретенного характера
 - Г) Применяются препараты железа
 - Д) Эффективен витамин В6
52. При профессиональных отравлениях свинцом:
- А) Назначают витамин В-12
 - Б) Возникают поражения нервной системы
 - В) Возникают поражения желудочно-кишечного тракта
 - Г) Возникает гипохромная анемия
53. При профессиональных отравлениях свинцом:
- А) Назначают витамин В-12
 - Б) Возникает сидеробластная анемия
 - В) Возникает железодефицитная анемия
 - Г) Возникает фолиеводефицитная анемия
54. При расщеплении гема селезеночным макрофагом:

- А) Железо соединяется с трансферрином для транспортировки в костный мозг
 - Б) Железо соединяется с апоферритином с образованием ферритина
 - В) Образуется гемосидерин
 - Г) Протопорфирин превращается в билирубин
55. Сидеробласты:
- А) Эритроциты, содержащие малое количество гемоглобина
 - Б) Красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо
 - В) Красные клетки-предшественники, содержащие большое количество гемоглобина
 - Г) Ретикулоциты
56. Принципы лечения препаратами железа:
- А) Длительность лечения 2-3 недели
 - Б) Длительность лечения 3-4 месяца
 - В) Прием препаратов железа до еды
 - Г) Прием препаратов железа во время еды или сразу после еды
 - Д) Сочетание с аскорбиновой кислотой
57. Витамин В-6 назначают при:
- А) Талассемии
 - Б) Сидеробластной анемии
 - В) Мегалобластных анемиях
 - Г) Гиперрегенераторных анемиях
58. Что из перечисленного верно в отношении В-12 дефицитной анемии:
- А) Предполагается наследственное нарушение секреции внутреннего фактора
 - Б) У большинства больных в сыворотке крови обнаруживают антитела против цитоплазмы париетальных клеток желудка
 - В) Заболевание всегда аутоиммунное
 - Г) У всех больных определяются антитела к внутреннему фактору
 - Д) Развивается после гастроэктомии
59. Для В-12 дефицитной анемии характерно:
- А) Гиперхромная, гипорегенераторная, макроцитарная анемия
 - Б) Атрофический гастрит
 - В) Нейтропения и тромбоцитопения
 - Г) Определение в эритроцитах телец Жолли и колец Кебо
 - Д) Мегалобластический тип кроветворения
60. Если у ребенка имеется гиперхромная мегалобластная анемия в сочетании с протеинурией, то:
- А) Имеется В-12 дефицитная анемия с присоединением нефрита
 - Б) Протеинурия не имеет значения для установления диагноза
 - В) Имеется синдром Лош-Найана
 - Г) Имеется синдром Имерслунд-Гресбека
61. При лечении витамином В-12:
- А) Обязательно сочетание с фолиевой кислотой
 - Б) Ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа от начала лечения
 - В) Ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения
 - Г) Всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии
62. Внутренний фактор Кастла:
- А) Образуется в фундальной части и в области тела желудка
 - Б) В 12-перстной кишке
 - В) Связывается с закисным железом
 - Г) Связывается с витамином В-6
 - Д) Связывается с витамином В-12
63. Мегалобластные анемии:
- А) Возникают при дефиците витамина В-12
 - Б) Возникают при дефиците фолиевой кислоты
 - В) Могут возникать при приеме пероральных контрацептивов
64. Что верно в отношении лечения витамином В-12 при В-12 дефицитной анемии:
- А) Лечение нельзя начинать до установления точного диагноза
 - Б) Лечение проводится преимущественно парентерально
 - В) Препарат вводят в течение 4-6 недель

- Г) Обычно начальная доза витамина В-12 составляет 200-400 мкг в сутки
65. Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:
- А) Головокружение
 - Б) Парестезии
 - В) Признаки фуникулярного миелоза
 - Г) Иктеричность
 - Д) Койлонихии
66. Лечение В-12 дефицитной анемии:
- А) Введение цианкобаламина в дозе 200-400 мкг в сутки
 - Б) Введение цианкобаламина в дозе 1000-2000 мкг в сутки
 - В) Начинают только после стеральной пункции
 - Г) Проведение стеральной пункции до лечения обязательно
 - Д) Длительность лечения 1-2 недели
67. Диагноз В-12 дефицитной анемии можно поставить на основании:
- А) Наличия гиперхромной анемии
 - Б) Наличия мегалобластного типа кроветворения
 - В) Наличия тромбоцитопении и нейтропении в сочетании с анемией
68. Для образования янтарной кислоты из метилмалоновой кислоты при распаде жирных кислот необходимо:
- А) Только витамин В-12
 - Б) Только фолиевая кислота
 - В) И витамин В-12, и фолиевая кислота
 - Г) Или витамин В-12, или фолиевая кислота
69. Внутриклеточный гемолиз характерен для:
- А) Наследственного сфероцитоза
 - Б) Болезни Маркиафавы-Микелли
 - В) Болезни Жильбера
70. Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию:
- А) Синдрома Рейно
 - Б) Умеренной анемии с признаками гемолиза
 - В) Резко ускоренного СОЭ
 - Г) Невозможности определения группы крови больного
71. При талассемии:
- А) Нарушается синтез протопорфирина
 - Б) Нарушается синтез гемма
 - В) Нарушается синтез цепей глобина
 - Г) У большинства больных повышается содержание билирубина
- Д) Эритроциты имеют форму сфероцита
72. Гемотрансфузии у больных аутоиммунной гемолитической анемией:
- А) Безопасны
 - Б) Часто приводят к разрушению эритроцитов
 - В) Трудны, так как трудно типировать эритроциты реципиента
 - Г) Реакции можно избежать, если гемотрансфузии проводить очень медленно
 - Д) Реакции можно избежать, если гемотрансфузии проводить очень быстро
73. К гемолитическим анемиям относятся:
- А) Талассемия
 - Б) Болезнь Маркиафавы-Микелли
 - В) Сидеробластная анемия
 - Г) Железодефицитная анемия
 - Д) Пароксизмальная холодовая гемоглобинурия
74. При холодовой агглютининовой болезни для лечения применяют:
- А) Трансфузии отмытых эритроцитов только по жизненным показаниям
 - Б) Спленэктомия
 - В) Иммуносупрессорная терапия
 - Г) Введение внутривенного иммуноглобулина
75. При пароксизмальной холодовой гемоглобинурии:
- А) Гемолиз внутриклеточный

- Б) Гемолиз внутрисосудистый
 - В) Антитела класса IgG
 - Г) Антитела класса IgM
76. К аутоиммунным гемолитическим анемиям относят:
- А) Тепловую аутоиммунную гемолитическую анемию
 - Б) Холодовую агглютининовую болезнь
 - В) Пароксизмальную ночную гемоглобинурию
 - Г) Пароксизмальную холодовую гемоглобинурию
77. Аутоиммунная гемолитическая анемия характерна для:
- А) Инфекционного мононуклеоза
 - Б) Хронического лимфолейкоза
 - В) Системной красной волчанки
 - Г) Лечения пенициллином
 - Д) Лимфом
78. Увеличение селезенки у больных аутоиммунной гемолитической анемией:
- А) Не возникает никогда
 - Б) Возникает при тепловой аутоиммунной гемолитической анемии
 - В) Всегда сочетается с увеличением печени
 - Г) Обязательный признак
 - Д) Возникает при холодовой агглютининовой болезни
79. Прямая проба Кумбса:
- А) Применяется антиглобулиновая сыворотка, полученная путем иммунизации кроликов
 - Б) При присоединении сыворотки возникает агглютинация эритроцитов больного
 - В) При присоединении сыворотки возникает агглютинация эритроцитов донора
 - Г) Применяется для диагностики аутоиммунной гемолитической анемии
80. Признаки гемолиза при тепловой аутоиммунной анемии:
- А) Увеличение селезенки
 - Б) Повышение уровня непрямого билирубина
 - В) Гемоглобинурия
81. Умеренное повышение уровня билирубина характерно для:
- А) Железодефицитной анемии
 - Б) Аутоиммунной гемолитической анемии острого течения
 - В) В-12 дефицитной анемии
 - Г) Наследственного сфероцитоза в период криза
 - Д) Болезни Маркиафавы-Микелли
82. Сфероцитоз эритроцитов:
- А) Встречается только при болезни Минковского-Шоффара
 - Б) Характерен для В-12 дефицитной анемии
 - В) Встречается при тепловой аутоиммунной гемолитической анемии
 - Г) Признак внутрисосудистого гемолиза
83. Мишеневидные эритроциты определяются при:
- А) Болезни Минковского-Шоффара
 - Б) Болезни Маркиафавы-Микелли
 - В) Талассемии
84. После спленэктомии при наследственном сфероцитозе:
- А) В крови не определяются сфероциты
 - Б) Прекращается разрушение эритроцитов
 - В) Возникает тромбоцитоз
 - Г) Возникает тромбоцитопения
85. У больного имеется анемия, повышение уровня непрямого билирубина и увеличение селезенки. Вы можете предположить:
- А) Наследственный сфероцитоз
 - Б) Талассемию
 - В) В-12 дефицитную анемию
 - Г) Болезнь Маркиафавы-Микелли
86. Для наследственного сфероцитоза характерно:
- А) Желтуха

- Б) Анемия
 - В) Увеличение селезенки
 - Г) Склонность к образованию камней в желчном пузыре
 - Д) Ретикулоцитоз
87. При тепловой аутоиммунной гемолитической анемии с антителами класса IgG:
- А) Антитела в большинстве случаев направлены к RН эритроцитарным антигенам
 - Б) Антитела максимально активны при t - 37
 - В) Гемолиз внутрисосудистый
 - Г) Гемолиз внутриклеточный преимущественно в селезенке
 - Д) Гемолиз внутриклеточный преимущественно в печени
88. Внутрисосудистый гемолиз:
- А) Характерен для большинства гемолитических анемий
 - Б) Характеризуется повышением уровня непрямого билирубина
 - В) Характеризуется повышением уровня прямого билирубина
 - Г) Характеризуется повышением уровня свободного гемоглобина
 - Д) Характерна гемоглобинурия
89. Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:
- А) Не возникает никогда
 - Б) Возникает всегда
 - В) Характерна для внутриклеточного гемолиза
 - Г) Характерна для внутрисосудистого гемолиза
90. Для лечения талассемии применяют:
- А) Десферал
 - Б) Гемотрансфузионную терапию
 - В) Препараты железа
 - Г) Фолиевую кислоту
91. Проявлениями изоиммунной гемолитической реакции на гемотрансфузию являются:
- А) Боль в конечностях
 - Б) Одышка
 - В) Боль в груди
 - Г) Снижение артериального давления
92. Послеспленэктомии у больных с наследственным сфероцитозом:
- А) У большинства больных нормализуется уровень гемоглобина
 - Б) Серьезных осложнений не возникает
 - В) Может возникнуть тромбоцитопения
 - Г) Могут возникнуть тромбозы сосудов
 - Д) Не бывает повышения уровня тромбоцитов > 200.000
93. Что из перечисленного верно в отношении диагностики аутоиммунной гемолитической анемии:
- А) Отрицательная прямая проба Кумбса не исключает диагноза
 - Б) Агрегат-гемагглютинационная проба более информативна
 - В) Положительная агрегат-гемагглютинационная проба обязательный признак
94. Если у больного появляется черная моча, то можно думать о:
- А) Анемии Маркиафавы - Микелли
 - Б) Аутоиммунной анемии с холодowymi антителами класса IgG
 - В) Маршевой гемоглобинурии
 - Г) Наследственном сфероцитозе
95. Для какого заболевания характерен внутрисосудистый гемолиз:
- А) Наследственный сфероцитоз
 - Б) Талассемия
 - В) Тепловая аутоиммунная гемолитическая анемия
 - Г) Болезнь Маркиафавы-Микелли
96. Для какого состояния характерны мишеневидные эритроциты:
- А) Железодефицитная анемия
 - Б) Сидеробластная анемия
 - В) Талассемия
 - Г) Серповидноклеточная анемия
 - Д) Наследственный сфероцитоз

97. Если у больного имеется увеличение селезенки, повышен уровень непрямого билирубина, положительная прямая проба Кумбса, то у больного:
- А) Холодовая аутоиммунная болезнь
 - Б) Тепловая аутоиммунная анемия
 - В) Пароксизмальная холодовая гемоглобинурия
98. Наиболее информативным методом для диагностики аутоиммунной анемии является:
- А) Прямая проба Кумбса
 - Б) Непрямая проба Кумбса
 - В) Определение осмотической резистентности эритроцита
 - Г) Агрегат-гемагглютинационная проба
 - Д) Определение комплемента в сыворотке
99. Наследственный сфероцитоз:
- А) Начинается в раннем возрасте
 - Б) Диагностируется только у детей
 - В) Характеризуется снижением осмотической резистентности эритроцитов
 - Г) Сопровождается уменьшением продолжительности жизни эритроцита
100. У больных с гемолитической анемией:
- А) При внутриклеточном гемолизе имеется склонность к образованию камней в желчном пузыре
 - Б) При внутрисосудистом гемолизе часто возникает острая почечная недостаточность
 - В) Могут возникать апластические кризы
 - Г) Может возникнуть дефицит витамина В-12
 - Д) Может возникнуть дефицит железа
101. При внутриклеточном гемолизе:
- А) Увеличивается селезенка и печень
 - Б) Повышается уровень непрямого билирубина в крови
 - В) Повышается уровень свободного гемоглобина в крови
 - Г) В костном мозге угнетение эритроидного ростка
 - Д) В костном мозге эритроидная гиперплазия
102. Анемия при хронических заболеваниях связана с:
- А) Дефицитом железа
 - Б) Нарушением реутилизации железа из макрофагов
 - В) Нарушением продукции эритропоэтина
 - Г) Нарушением синтеза протопорфирина
103. Лабораторные проявления анемии при хронических заболеваниях:
- А) Сывороточное железо снижено
 - Б) ОЖСС повышена
 - В) ОЖСС снижена
 - Г) Сывороточный ферритин повышен
 - Д) Сывороточный ферритин понижен
104. Для лечения анемии при хронических заболеваниях применяют:
- А) Препараты железа
 - Б) Рекомбинантный эритропоэтин
 - В) Трансфузии эритроцитарной массы
 - Г) Препараты витаминов группы В и фолиевой кислоты
105. Апластические анемии:
- А) Могут быть врожденными
 - Б) Могут быть приобретенными
 - В) В большинстве случаев лекарственные
106. Апластические анемии характеризуются наличием:
- А) Анемии
 - Б) Тромбоцитопении
 - В) Лимфоцитопении
 - Г) Гранулоцитопении
107. При апластической анемии:
- А) Клеточность костного мозга повышена
 - Б) Клеточность костного мозга снижена

- В) Количество ретикулоцитов снижено
 - Г) Количество ретикулоцитов повышено
108. При апластической анемии:
- А) Анемия нормоцитарная, нормохромная
 - Б) Анемия микроцитарная, гипохромная
 - В) Выявляется тромбоцитоз
 - Г) Выявляется тромбоцитопения
109. Для лечения апластической анемии используют:
- А) Циклоспорин А
 - Б) Антитимоцитарный глобулин
 - В) Гемопоэтические ростковые факторы
 - Г) Трансплантацию костного мозга
110. К миелодиспластическим синдромам относят:
- А) Хронический миелолейкоз
 - Б) Хронический миеломоноцитарный лейкоз
 - В) Рефрактерную анемию
 - Г) Фолиево-дефицитную анемию
111. К миелодиспластическим синдромам относят:
- А) Рефрактерную анемию
 - Б) Рефрактерную анемию с кольцевидными сидеробластами
 - В) Рефрактерную цитопению с избытком бластов
 - Г) Хронический миеломоноцитарный лейкоз
112. Острый лимфобластный лейкоз:
- А) Чаще возникает у пожилых больных
 - Б) Характерен для детского возраста
 - В) Любое лечение неэффективно
 - Г) Своевременное лечение позволяет получить ремиссию
 - Д) Применяется химиотерапия и трансплантация костного мозга
113. При острых лейкозах:
- А) Возникает гепатоспленомегалия
 - Б) Количество бластов в костном мозге 5-10 %
 - В) Имеется гипохромная микроцитарная анемия
 - Г) Может возникать ДВС-синдром
114. Острый лейкоз у взрослых:
- А) В основном лимфобластный
 - Б) В основном миелобластный
 - В) Часто возникает нейрорлейкемия
 - Г) С начала болезни имеется генерализованная лимфоаденопатия
 - Д) Имеется гигантское увеличение селезенки
115. Острый миелобластный лейкоз:
- А) Характеризуется наличием цитопенического синдрома, появлением бластов в периферической крови, низким содержанием переходных форм
 - Б) В стерильном пунктате имеется более 5% лимфобластов
 - В) Характерно наличие гингивитов и некротической ангины
 - Г) Характерен гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз, значительное увеличение печени и селезенки
116. Синдром угнетения ростков кроветворения выражается при острых лейкозах:
- А) ДВС-синдромом
 - Б) Гипохромной анемией
 - В) Нормо-гиперхромной анемией
 - Г) Иммуным гемолизом
 - Д) Тромбоцитопенией
117. При острых лейкозах имеются следующие стадии процесса:
- А) Рецидив
 - Б) Бластный криз
 - В) Развернутая стадия
 - Г) Ремиссия
 - Д) Терминальная стадия

118. Для установления диагноза острого лейкоза необходимо:
- А) Выявить лейкоцитоз в периферической крови
 - Б) Выявить анемию
 - В) Обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме
 - Г) Выявить тромбоцитопению
119. Принципы лечения острых лейкозов:
- А) Химиотерапия
 - Б) Лучевая терапия
 - В) Сопроводительная терапия
 - Г) Трансплантация костного мозга
120. Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о:
- А) Эритремии
 - Б) Апластической анемии
 - В) Остром лейкозе
 - Г) В-12 дефицитной анемии
121. Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома:
- А) Острый миелобластный лейкоз
 - Б) Острый лимфобластный лейкоз
 - В) Острый промиелоцитарный лейкоз
 - Г) Острый монобластный лейкоз
 - Д) Острый эритромиелоз
122. Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе:
- А) Исчезновение симптоматики
 - Б) Количество бластов в стерильном пунктате менее 5 %
 - В) Количество бластов в стерильном пунктате менее 2 %
123. В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации:
- А) Рецидив
 - Б) Ремиссия
 - В) Развернутая стадия
 - Г) Терминальная стадия
124. В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе индукции:
- А) Ремиссия
 - Б) Развернутая стадия
125. Острый промиелоцитарный лейкоз:
- А) Часто сопровождается аутоиммунной анемией
 - Б) Часто приводит к ДВС-синдрому
 - В) Протекает с выраженной лимфоаденопатией
 - Г) Характерная иммунная тромбоцитопения
126. В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе:
- А) Лимфоузлы
 - Б) Печень
 - В) Мозговые оболочки
 - Г) Кишечник
 - Д) Кожа
127. Диссеминация при острых лейкозах:
- А) Возникает в ранние сроки от начала болезни
 - Б) Бывает в редких случаях
 - В) Поражаются нервная система, селезенка, печень, лимфатические узлы
 - Г) Поражаются кожа, сердце, легкие, половые органы
128. Результатом химиотерапии при острых лейкозах может быть:
- А) Полная клинико-гематологическая ремиссия
 - Б) Неполная клинико-гематологическая ремиссия
 - В) Полная резистентность
 - Г) Миелотоксический агранулоцитоз
129. В стадии развернутых клинических проявлений при острых лейкозах применяют химиотерапию:

- А) В фазе индукции
 - Б) В фазе консолидации
 - В) В фазе реиндукции
 - Г) Поддерживающую терапию
130. Выбор цитостатических программ при острых лейкозах зависит от:
- А) Стадии
 - Б) Морфологической характеристики лейкозных клеток
 - В) Вида мутации
131. Если у больного 17 лет увеличены лимфатические узлы, в периферической крови лейкоцитоз 20.000, лимфобласты 70%, то следует думать о:
- А) Остром лимфобластном лейкозе
 - Б) Хроническом лимфолейкозе
 - В) Лимфогранулематозе
132. Для эритремии характерно:
- А) Наличие тромбоцитопении
 - Б) Наличие тромбоцитоза
 - В) Наличие нейтропении
 - Г) Наличие лейкоцитоза
133. Исходы эритремии:
- А) Острый лейкоз
 - Б) Хронический миелолейкоз
 - В) Гипоплазия кроветворения
 - Г) Миелофиброз
134. Эритремию отличает от эритроцитозов:
- А) Наличие тромбоцитопении
 - Б) Наличие тромбоцитоза
 - В) Повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах
 - Г) Наличие крупных форм тромбоцитов
 - Д) Увеличение абсолютного числа базофилов
135. Хронический миелолейкоз:
- А) Возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
 - Б) Относится к миелопролиферативным заболеваниям
 - В) Характеризуется панцитопенией
 - Г) Характеризуется тромбоцитозом
 - Д) Характерно увеличение печени и селезенки
136. Филадельфийская хромосома:
- А) Представляет собой утрату длинного плеча 22 пары хромосом
 - Б) Обязательный признак заболевания
 - В) Определяется только в клетках гранулоцитарного ряда
 - Г) Определяется в клетках предшественниках мегакариоцитарного ростка
137. Лечение идиопатического миелофиброза:
- А) Начинается сразу после установления диагноза
 - Б) Применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном
 - В) Обязательно проведение лучевой терапии
 - Г) Спленэктомия не показана
138. Идиопатический миелофиброз:
- А) Относится к миелопролиферативным заболеваниям
 - Б) Имеет черты трех- или двухростковой пролиферации
 - В) Число лейкоцитов увеличивается до 100.000 и более
 - Г) Число эритроцитов увеличивается до 6 млн. и более
 - Д) Число тромбоцитов увеличивается до 400.000 и более
139. Если у больного количество лейкоцитов 100.000 за счет гранулоцитов, тромбоцитоз 400.000, то следует думать о:
- А) Остром миелобластном лейкозе
 - Б) Остром промиелоцитарном лейкозе
 - В) Хроническом миелолейкозе
 - Г) Идиопатическом миелофиброзе

140. Для дифференциального диагноза хронического миелолейкоза и лейкомоидной реакции инфекционного генеза необходимо:

- А) Анализ миелограммы
- Б) Проведение НБТ-теста
- В) Определение щелочной фосфатазы нейтрофилов

141. Лечение эритремии включает в себя:

- А) Кровопускания
- Б) Деагреганты
- В) Лечение цитостатиками
- Г) Лучевую терапию

142. Осложнениями эритремии могут быть:

- А) Тромбозы сосудов
- Б) Развитие острого лейкоза
- В) Развитие миелофиброза
- Г) Развитие хронического лимфолейкоза

143. Критериями для диагностики эритремии являются:

- А) Увеличение эритроцитов у мужчин более 5.700000
- Б) Увеличение эритроцитов у женщин более 5.200000
- В) Увеличение содержания гемоглобина более 150 г/л
- Г) Тромбоцитоз более 400000

144. При идиопатическом миелофиброзе:

- А) Увеличиваются лимфатические узлы
- Б) Увеличивается печень
- В) Увеличивается селезенка
- Г) Преобладает быстро прогрессирующее течение
- Д) Преобладает доброкачественное многолетнее течение

145. Вариантами миелодиспластического синдрома являются:

- А) Рефрактерная анемия
- Б) Апластическая анемия
- В) Рефрактерная анемия с кольцевидными сидеробластами
- Г) Хронический миелолейкоз
- Д) Хронический мономиелоцитарный лейкоз

146. При миелодиспластическом синдроме:

- А) В костном мозге определяется повышенное количество сидеробластов
- Б) В костном мозге определяется повышенное количество миелобластов
- В) В костном мозге определяется повышенное количество лимфобластов
- Г) Возможен переход в острый миелобластный лейкоз
- Д) Гиперлейкоцитоз

147. Если у больного количество эритроцитов 7 млн., лейкоцитов 13.000, тромбоцитов 600.000, то следует думать о:

- А) Хроническом миелолейкозе
- Б) Инфекционном нейтрофилезе
- В) Эритремии
- Г) Хроническом лимфолейкозе
- Д) Вторичном эритроцитозе

148. Реакция на щелочную фосфатазу нейтрофилов:

- А) Помогает в дифференциальной диагностике хронического миелолейкоза и инфекционного нейтрофилеза
- Б) Помогает в дифференциальной диагностике хронического миелолейкоза и идиопатического миелофиброза
- В) Помогает в дифференциальной диагностике хронического миелолейкоза и хронического лимфолейкоза

149. При идиопатическом миелофиброзе:

- А) Возникает миелофиброз
- Б) Наблюдается тромбоцитоз
- В) Определяется большое количество эритроцитов
- Г) Уже в ранних стадиях отмечается анемия

150. При идиопатическом миелофиброзе в отличие от хронического миелолейкоза имеется:
- А) Филадельфийская хромосома в опухолевых клетках
 - Б) Раннее развитие миелофиброза
 - В) В большинстве случаев доброкачественное многолетнее течение заболевания
 - Г) Тромбоцитопения в периферической крови
151. Для идиопатического миелофиброза характерны:
- А) ДВС-синдром
 - Б) Тромбоцитопения < 100.000
 - В) Значительное увеличение селезенки
 - Г) Гемолитическая анемия
 - Д) Тромбоцитоз > 400.000
152. К хроническим миелопролиферативным заболеваниям относят:
- А) Хронический миелолейкоз
 - Б) Эритремию
 - В) Хронический лимфолейкоз
 - Г) Хронический мегакариоцитарный лейкоз
153. Если у больного 70 лет имеется лейкоцитоз с лимфоцитозом и увеличение лимфатических узлов, то следует думать о:
- А) Лимфогранулематозе
 - Б) Остром лимфобластном лейкозе
 - В) Злокачественной лимфоме
 - Г) Хроническом лимфолейкозе
 - Д) Миеломной болезни
154. Если у больного имеется увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, ночные поты, лихорадка, кахексия, то следует заподозрить:
- А) Лимфогранулематоз
 - Б) Идиопатический миелофиброз
 - В) Хронический миелолейкоз
155. Для диагностики лимфогранулематоза необходимо:
- А) Обнаружение клеток Гумпрехта
 - Б) Обнаружение клеток Березовского-Штернберга-Рид
 - В) Обнаружение клеток Ходжкина
156. Для лечения лимфогранулематоза применяют:
- А) Длительную цикловую полихимиотерапию
 - Б) Лучевую терапию
 - В) Трансплантацию костного мозга
157. Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком:
- А) Лимфогранулематоза
 - Б) Хронического миелолейкоза
 - В) Хронического лимфолейкоза
 - Г) Эритремии
 - Д) Острого лимфобластного лейкоза
158. Если у больного имеется суточная протеинурия более 3,5 г, белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о:
- А) Нефротическом синдроме
 - Б) Миеломной болезни
 - В) Макроглобулинемии Вальденстрема
159. Синдром повышенной вязкости при миеломной болезни характеризуется:
- А) Кровоточивостью слизистых оболочек
 - Б) Геморрагической ретинопатией
 - В) Нарушениями микроциркуляции
 - Г) Гангреной дистальных отделов конечностей
160. Гиперкальциемия при миеломной болезни:
- А) Связана с миеломным остеолитом
 - Б) Характеризуется тошнотой, рвотой, сонливостью
 - В) Оказывает повреждающее действие на тубулярный аппарат почки
 - Г) Нарастает при азотемии

161. Хронический лимфолейкоз:
- А) Редкое заболевание
 - Б) Характеризуется доброкачественным течением
 - В) Возникает в старшем и пожилом возрасте
 - Г) Во многих случаях не требует цитостатической терапии
162. Для диагностики миеломной болезни применяется:
- А) Стернальная пункция
 - Б) Трепанобиопсия
 - В) Определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов
 - Г) Рентгенологическое исследование плоских костей
 - Д) Определение количества плазматических клеток в периферической крови
163. Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:
- А) III и IV стадиях заболевания
 - Б) Лимфогистиоцитарном морфологическом варианте
 - В) Лучевой монотерапии
 - Г) Полихимиотерапии с радикальной программой облучения
164. При лимфогранулематозе с поражением узлов средостения:
- А) Чаще всего выявляется нодулярный склероз
 - Б) Общие симптомы появляются рано
 - В) Поражение одностороннее
 - Г) Может возникнуть симптом Горнера
 - Д) Может возникнуть симптом сдавления верхней полой вены
165. Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лейкоцитоз с лимфоцитозом, то следует думать о:
- А) Лимфогранулематозе
 - Б) Остром лимфобластном лейкозе
 - В) Хроническом лимфолейкозе
 - Г) Хроническом миелолейкозе
 - Д) Эритремии
166. Гистологический вариант «лимфоцитарное истощение» при лимфогранулематозе:
- А) Отражает начальную стадию заболевания
 - Б) Встречается в поздних стадиях заболевания
 - В) Прогностически благоприятный признак
 - Г) Можно определить при пункции лимфатического узла
 - Д) Можно определить при биопсии лимфатического узла
167. Если у больного с лимфогранулематозом имеется поражение шейных и подмышечных лимфоузлов, увеличение селезенки, то у больного:
- А) I стадия
 - Б) II стадия
 - В) III стадия
 - Г) IV стадия
168. Лечение лимфогранулематоза включает в себя:
- А) Химиотерапию
 - Б) Лучевую терапию
 - В) Трансплантацию костного мозга
 - Г) Хирургические методы лечения
169. При миеломной болезни:
- А) Имеется поликлональная иммуноглобулинопатия
 - Б) Имеется моноклональная иммуноглобулинопатия
 - В) Уровень патологических иммуноглобулинов в крови повышен
 - Г) Уровень нормальных иммуноглобулинов в крови повышен
 - Д) Имеется гипопроотеинемия
170. Если у больного уровень патологического IgG в крови 70,0г/л, белок Бенс-Джонса в моче 10г в сутки, Hb 80,0г/л, то у больного миеломная болезнь:
- А) I стадия
 - Б) II стадия
 - В) III стадия

171. Макроглобулинемия Вальденстрема:

- А) Плазмоцитома
- Б) Опухоль В-клеточной природы
- В) В сыворотке определяется патологический IgG
- Г) В сыворотке определяется патологический IgM
- Д) В сыворотке определяется патологический IgA

172. Формы хронического лимфолейкоза:

- А) Доброкачественная
- Б) Прогрессирующая
- В) Опухолевая
- Г) Костномозговая
- Д) Спленомегалическая

173. Хронический лимфолейкоз:

- А) Самая частая форма - Т-клеточная лейкемия
- Б) В большинстве случаев возникает угнетение всех ростков кроветворения
- В) Цитопенический синдром часто обусловлен аутоиммунным конфликтом
- Г) Количество лейкоцитов в крови редко превышает 30.000
- Д) Увеличение лимфоузлов не характерно

174. Хронический лимфолейкоз:

- А) Самый распространенный вид гемобластоза
- Б) Характеризуется доброкачественным течением
- В) Возникает в старшем и пожилом возрасте
- Г) Во многих случаях не требует цитостатической терапии

175. Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при относительно невысоком лейкоцитозе:

- А) Спленомегалической
- Б) Классической
- В) Доброкачественной
- Г) Костномозговой
- Д) Опухолевой

176. Какие осложнения характерны для хронического лимфолейкоза:

- А) Тромботические
- Б) Инфекционные
- В) Кровотечения
- Г) Аутоиммунная гемолитическая анемия

177. При парапротеинемических гемобластозах:

- А) Синтезируются моноклональные Ig
- Б) Возникает поликлональная иммуноглобулинопатия
- В) Опухолевые клетки относятся к миелоидному ряду
- Г) Опухолевые клетки относятся к лимфоидному ряду

178. При миеломной болезни секретируется патологический:

- А) IgG
- Б) IgD
- В) IgA

179. При лимфогранулематозе:

- А) Поражаются только лимфатические узлы
- Б) Рано возникает лимфоцитопения
- В) В биоптатах определяют клетки Ходжкина
- Г) В биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга-Рид

180. Началу заболевания лимфогранулематозом соответствует гистологический вариант:

- А) Лимфоидное истощение
- Б) Лимфоидное преобладание
- В) Нодулярный склероз
- Г) Смешанноклеточный

181. Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

- А) Поражение лимфатических узлов одной области
- Б) Поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы

- В) Поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы
 - Г) Локализованное поражение одного внемлимфатического органа
 - Д) Диффузное поражение внемлимфатических органов
182. Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:
- А) Забрюшинные лимфоузлы
 - Б) Периферические лимфоузлы
 - В) Паховые лимфоузлы
183. Лихорадка при лимфогранулематозе:
- А) Волнообразная
 - Б) Сопровождается потливостью
 - В) На ранних стадиях купируется индометацином
 - Г) В поздних стадиях постоянная
184. Некротическая энтеропатия:
- А) Характерна для цитостатической болезни
 - Б) Иммунного агранулоцитоза
 - В) Острого лейкоза
185. Врачебная тактика при иммунном агранулоцитозе включает в себя:
- А) Профилактику и лечение инфекционных осложнений
 - Б) Обязательное назначение глюкокортикоидов
 - В) Применение парентерального питания
 - Г) Переливание одногруппной крови
186. Иммунный агранулоцитоз:
- А) Протекает бессимптомно
 - Б) Характеризуется изолированным исчезновением гранулоцитов и моноцитов
 - В) Характеризуется панцитопенией
 - Г) Вызывается цитостатиками
 - Д) Часто вызывается анальгетиками и сульфаниламидными препаратами
187. При лекарственно обусловленном иммунном агранулоцитозе:
- А) Возникают тяжелые инфекции
 - Б) Возникает некротическая энтеропатия
 - В) Возникает гепатоспленомегалия
188. Нейтропения:
- А) Может быть наследственного генеза
 - Б) Характерна для синдрома Фелти
 - В) Характерна для миеломной болезни
189. Если у больного иммунный агранулоцитоз, необходимо:
- А) Лечение и профилактика инфекционных осложнений
 - Б) Парентеральное питание
 - В) Терапия преднизолоном в высоких дозах
190. Для цитостатической болезни характерно:
- А) Депрессия кроветворения
 - Б) Костный мозг богат клеточными элементами
 - В) Значительное увеличение печени и селезенки
 - Г) Бластоз в периферической крови 50-70%
191. Цитостатическая болезнь:
- А) Возникает нейтропения
 - Б) Возникает тромбоцитопения
 - В) Возникает анемия
192. Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:
- А) При определении протромбинового времени
 - Б) При определении времени кровотечения
 - В) При определении тромбинового времени
193. Для геморрагического васкулита характерно:
- А) Гематомный тип кровоточивости
 - Б) Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости
 - В) Удлинение тромбинового времени
 - Г) Снижение протромбинового индекса

194. К тромбоцитопатиям относят:
- А) Болезнь Виллебранда
 - Б) Болезнь Маркиафавы-Микелли
 - В) Болезнь Бернара-Сулье
 - Г) Болезнь Минковского-Шоффара
195. Методы, характеризующие тромбоцитарно-сосудистый гемостаз:
- А) Определение времени кровотечения
 - Б) Определение тромбинового времени
 - В) Определение количества тромбоцитов
 - Г) Определение агрегационной функции тромбоцитов
196. Если у больного имеется петехиально-пятнистый тип кровоточивости, время кровотечения удлинено, то следует думать о:
- А) Гемофилии
 - Б) Геморрагическом васкулите
 - В) Тромбоцитопении
 - Г) Тромбоцитопатии
197. Иммунные тромбоцитопении характеризуются появлением антител к:
- А) Мегакариоцитам
 - Б) Гранулоцитам
 - В) Тромбоцитам
 - Г) Антигенам, адсорбированным на поверхности тромбоцитов
198. У больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой:
- А) В селезенке синтезируются антитромбоцитарные антитела
 - Б) Обычно имеется подавление мегакариоцитарного ростка в костном мозге
 - В) Обычно имеется гиперплазия мегакариоцитарного ростка
 - Г) Селезенка и печень являются местом разрушения тромбоцитов
199. Если у больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой уровень тромбоцитов менее 20.000 и имеется кровотечение из слизистых, то следует применить
- А) Высокие дозы глюкокортикоидов
 - Б) Переливание внутривенного иммуноглобулина
 - В) Спленэктомию
200. Геморрагический васкулит характеризуется:
- А) Нарушением тромбоцитарно-сосудистого гемостаза
 - Б) Нарушением коагуляционного гемостаза
 - В) Возникновением гематомного типа кровоточивости
 - Г) Возникновением петехиально-пятнистого типа кровоточивости
 - Д) Возникновением васкулитно-пурпурного типа кровоточивости
201. При геморрагическом васкулите поражаются:
- А) Артерии крупного калибра
 - Б) Артерии среднего калибра
 - В) Артерии мелкого калибра и капилляры
202. Для лечения кожно-суставной формы геморрагического васкулита применяется
- А) Плазмаферез
 - Б) Глюкокортикоиды
 - В) Гепарин
 - Г) Деагреганты
203. Лечение тромбоцитопатий включает:
- А) Высокие дозы ε-аминокапроновой кислоты
 - Б) Небольшие дозы ε-аминокапроновой кислоты
 - В) Дицинон
 - Г) Викасол
204. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:
- А) Число мегакариоцитов в костном мозге увеличено
 - Б) Число мегакариоцитов в костном мозге снижено
 - В) Не возникают кровоизлияния в мозг
 - Г) Характерно увеличение печени
205. Лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:

- А) Эффективны глюкокортикостероиды
 - Б) Спленэктомия не эффективна
 - В) Цитостатики не применяются
 - Г) Применяется викасол
206. Если у больного 17 лет имеется гематомный тип кровоточивости и поражение опорно-двигательного аппарата, то следует заподозрить:
- А) Геморрагический васкулит
 - Б) ДВС-синдром
 - В) Идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру
 - Г) Гемофилию
 - Д) Тромбоцитопатию
207. Для диагностики гемофилии применяется:
- А) Определеиеактивированного частичного тромбопластинового времени
 - Б) Определение времени кровотечения
 - В) Добавление образцов плазмы с отсутствием одного из факторов свертываемости
 - Г) Определение плазминогена
208. ДВС-синдром может возникнуть при:
- А) Генерализованных инфекциях
 - Б) Всех видах шока
 - В) Внутрисосудистом гемолизе
 - Г) Ожогах
 - Д) Массивных гемотрансфузиях
209. Для лечения ДВС-синдрома используют:
- А) Гепарин
 - Б) Плазмаферез
 - В) Свежезамороженную плазму
 - Г) Сухую плазму
210. Если у больного имеются телеангиоэктазии, носовые кровотечения, а исследование системы гемостаза не выявляет существенных нарушений, следует думать о:
- А) Гемофилии
 - Б) Болезни Рандю-Ослера
 - В) Болезни Виллебранда
 - Г) Болезни Верльгофа
211. Антикоагулянтами являются:
- А) Гепарин
 - Б) Антитромбин III
 - В) Протеин С
 - Г) Плазминоген
212. В III стадии ДВС-синдрома определяется:
- А) Клинические признаки гиперкоагуляции доминируют
 - Б) Глубокая гипокоагуляция
 - В) Тромбоцитоз
 - Г) Тромбоцитопения
 - Д) Дефицит антитромбина III
213. Лабораторная диагностика ДВС-синдрома включает в себя:
- А) Определение антитромбина III
 - Б) Определеие осмотической резистентности эритроцитов
 - В) Прямую пробу Кумбса
 - Г) Определеие плазминогена
214. АнтитромбинIII:
- А) Первичный антикоагулянт
 - Б) Вторичный антикоагулянт
 - В) Фактор тромбоцитов
 - Г) Фибринолитический агент
 - Д) Плазменный фактор свертывания
215. Если у больного после приема ацетилсалициловой кислоты появились петехиальные высыпания на коже и кровоточивость десен, то наиболее вероятно, что у него:

- А) Угнетение мегакариоцитарного роста кроветворения
 - Б) Тромбоцитопатия
 - В) Аутоиммунная тромбоцитопения
 - Г) Геморрагический васкулит
216. Вторичные иммунные тромбоцитопении наблюдаются при:
- А) Хроническом лимфолейкозе
 - Б) Хроническом миелолейкозе
 - В) Идиопатическоммиелофиброзе
 - Г) Неходжкинских лимфомах
 - Д) Болезни Ходжкина
217. В комплекс лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры включают:
- А) Глюкокортикоиды
 - Б) Внутривенный иммуноглобулин
 - В) Спленэктомию
 - Г) Эндоваскулярную окклюзию селезенки
 - Д) Цитостатические препараты
218. Центральное место в патогенезе ДВС-синдрома занимает:
- А) Гипертромбинемия
 - Б) Тромбоцитопения
 - В) Тромбоцитопатия
 - Г) Повышение уровня антитромбина III
219. Если у больного имеется мелкоточечная геморрагическая сыпь с пигментацией на нижних конечностях и на ягодицах, боли в суставах, микрогематурия, следует думать о:
- А) Тромбоцитопенической пурпуре
 - Б) Гемофилии
 - В) Геморрагическомваскулите
220. Для оценки эффективности антитромботической терапии варфарином определяют:
- А) Время кровотечения
 - Б) МНО
 - В) Тромбиновое время

Ответы на вопросы тестового контроля

1. БВ	56. БГД	111. АБВГ	166. БВД
2. Б	57. Б	112. БГД	167. В
3. Б	58. АБД	113. АГ	168. АБГ
4. БВ	59. АБВГД	114. БВ	169. БВ
5. В	60. Г	115. АВ	170. В
6. БВГ	61. В	116. ВД	171. БГ
7. АБВГ	62. АД	117. АВГД	172. АБВГД
8. АБВГД	63. АБВ	118. В	173. В
9. АГД	64. АБВГ	119. АВГ	174. АБВГ
10. АБВГД	65. АГ	120. В	175. Д
11. Г	66. АВ	121. В	176. БГ
12. АБВГД	67. Б	122. АБ	177. АГ
13. АБВД	68. А	123. В	178. АБВ
14. АВ	69. А	124. Б	179. ВГ
15. АГД	70. АБВГ	125. Б	180. Б
16. АБВ	71. ВГ	126. АБВГД	181. В
17. АД	72. Б	127. АВГ	182. Б
18. АБ	73. АБД	128. АБВГ	183. АБВГ
19. БВД	74. АВГ	129. АБ	184. АБВ
20. АБВГ	75. БВ	130. АБВ	185. АВ

21. АБВД	76. АБГ	131. А	186. БД
22. БГ	77. АБВД	132. БГ	187. АБ
23. БВГ	78. Б	133. АБВГ	188. АБ
24. Б	79. АБГ	134. БВГД	189. АБ
25. АБГ	80. АБ	135. БГД	190. А
26. БВГ	81. В	136. АГ	191. АБВ
27. АБГ	82. В	137. Б	192. Б
28. Г	83. В	138. АБД	193. Б
29. БВД	84. БВ	139. В	194. АВ
30. АБГ	85. АБ	140. АБВ	195. АБГ
31. Г	86. АБВГД	141. АБВ	196. ВГ
32. Б	87. АБГ	142. АБВ	197. АБГ
33. БГ	88. ГД	143. АБГ	198. АБГ
34. АБВД	89. Г	144. БВД	199. АБ
35. БВ	90. АБ	145. АВД	200. БД
36. АБГД	91. АБВГ	146. АБГ	201. В
37. В	92. АГ	147. В	202. ВГ
38. БВД	93. АБ	148. А	203. БВ
39. А	94. АБВ	149. АБГ	204. А
40. Б	95. Г	150. БВ	205. А
41. АБВ	96. В	151. ВД	206. Г
42. АБ	97. Б	152. АБГ	207. АВ
43. АБВГД	98. Г	153. Г	208. АБВГД
44. БВ	99. АВГ	154. А	209. АБВ
45. Б	100. АБВД	155. БВ	210. Б
46. Б	101. АБД	156. АБ	211. АБВ
47. Б	102. БВ	157. АВД	212. БГД
48. БГ	103. АВГ	158. Б	213. АГ
49. БГ	104. БВГ	159. АБВГ	214. А
50. БГД	105. АБВ	160. АБВГ	215. Б
51. АВД	106. АБГ	161. БВГ	216. АГД
52. БВГ	107. БВ	162. АБВГ	217. АБВГД
53. Б	108. АГ	163. БГ	218. А
54. АБГ	109. АБВГ	164. АГД	219. В
55. Б	110. БВ	165. В	220. Б

1.3. Перечень ситуационных задач для проведения текущего контроля ординаторов по темам с 1.5-1.12

Задача 1

Необходимо обязательно пальпировать печень, селезенку, а так же, доступные пальпации лимфатические узлы.

При постукивании по трубчатым костям выявляется болезненность при миелопролиферативном синдроме.

Задача 2

Больной 50 лет, 5 лет назад получал полихимиотерапию и лучевую терапию по поводу рака легкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе.

При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено.

Данные гемограммы: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}$ /л, MCV - 74 фл, MCH - 27 пг, MCHC - 320 г/л, ретикулоциты - 0,5%, лейкоциты - $1,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 90×10^9 /л, СОЭ - 35 мм/ч. Результаты исследования костного мозга: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 3

Больной 35 лет, жалуется на внезапное появление мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях и животе, боли в коленных суставах. Три недели назад перенес острое респираторное заболевание.

При осмотре выявляется геморрагическая сыпь на конечностях, туловище, ягодицах, местами сливающаяся, местами после сыпи остались участки пигментации.

Гемограмма и коагулограмма – без отклонений от нормы. В анализе мочи – белок - 0,1 г/л, эритроциты измененные - 7-10 в поле зрения. Повышен уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови - 210 у. ед.

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 4

Больного, 35 лет, беспокоит слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье.

При пальпации живота определяются увеличенная печень с закругленным плотным краем, перкуторные размеры 17x13x9 см, увеличенная селезенка, выступающая на 5 см из-под реберной дуги, перкуторные размеры 20x15 см.

Данные гемограммы: лейкоциты - 210×10^9 /л, промиелоциты – 5%, миелоциты - 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные – 40%, базофилы - 7%, эозинофилы – 9%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%. СОЭ – 55 мм/час.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача 5

Больной, 65 лет, жалуется на слабость, потливость, субфебрильную температуру, частые острые респираторные заболевания, рецидивирующую герпетическую инфекцию.

При осмотре выявляются увеличенные подмышечные лимфоузлы, безболезненные, плотной консистенции, пальпируется увеличенная селезенка, перкуторные размеры - 15x13 см.

Данные гемограммы: лейкоцитоз - 80×10^9 /л, лимфоцитов - 80%, нейтрофилов - 20%. IgA - 0,2 г/л, IgM – 0,3 г/л, IgG – 4,5 г/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Контрольная работа (фронтальный опрос)

1. Предмет и задачи гематологии. Функции крови. Гематологические показатели здорового человека.. Методы забора и исследования периферической крови у человека. Органы кроветворения и кроверазрушения во взрослом организме.
2. Причины патологического внутрисосудистого и внутриклеточного гемолиза.
3. Классификация антиэритроцитарных антител по механизму действия, по силе эффекта, в зависимости от термочувствительности.
4. Характеристика групп крови АВО.
5. Теории кроветворения. Понятие о стволовой кроветворной клетке.
6. Современная схема кроветворения. Номенклатура клеток крови. Общая характеристика основных классов клеток крови.
7. Виды и теории регуляции гемопоэза. Роль гемопоэзиндуцирующего микроокружения в регуляции процессов кроветворения. Понятие о гемопоэтинах. Классификация и свойства гемопоэтических факторов.
8. Методы забора и исследования костного мозга у человека

9. Что понимается под термином «гемостаз»? Виды и компоненты гемостаза.
10. Стадии сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Механизмы первичного и вторичного спазма сосудов, адгезии, активации, дегрануляции и агрегации тромбоцитов и ретракции тромба в процессе реализации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Методы исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.
11. Плазменные факторы свертывания (классификационный номер, название, место образования, функции).
12. Стадии коагуляционного гемостаза. Внешний и внутренний пути свертывания крови (пусковые факторы, механизмы). Методы исследования коагуляционного гемостаза.
13. Классификацию и механизмы действия антикоагулянтов.
14. Компоненты и механизмы активации фибринолитической системы, ингибиторы фибринолиза.
15. Определение понятия «геморрагические диатезы и синдромы». Основные причины кровоточивости.
16. Нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза – тромбоцитопении, тромбоцитопатии, тромбоцитозы (определение понятий, классификацию).
17. Особенности кровоточивости при нарушениях сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Диагностика, лечение.
18. Причины и механизмы развития продуктивных тромбоцитопений. Диагностика, лечение.
19. Механизмы развития иммунных форм тромбоцитопений, связанных с повышенным разрушением тромбоцитов. Диагностика, лечение.
20. Этиология, патогенез, клинико-лабораторную картину неиммунных форм тромбоцитопений потребления.
21. Механизмы развития тромбоцитопений распределения и разведения.
22. Основы развития наследственных форм тромбоцитопатий. Диагностика.
23. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная картина болезней Гланцмана, Бернара-Сулье, Виллебранда.
24. Этиологические и патогенетические факторы приобретенных тромбоцитопатий.
25. Этиология, механизмы развития и клинико-лабораторные проявления тромбоцитозов. Диагностика, лечение.
26. Нарушения коагуляционного гемостаза – коагулопатии (определение, классификацию). Факторы развития наследственных форм коагулопатий.
27. Гемофилии А, В – тип наследования, характер кровоточивости, алгоритм диагностики. Диагностика, лечение.
28. Болезнь Виллебранда. Классификация, клиника, диагностика, лечение
29. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Классификация, клиника, диагностика, лечение
30. Этиология приобретенных форм коагулопатий.
31. Определение понятия «вазопатия». Причины развития наследственных и приобретенных вазопатий.
32. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная картина геморрагической телеангиэктазии, геморрагического васкулита.
33. Классификация, этиология и патогенез тромбофилий. Диагностика, лечение.
34. Этиологические факторы и стадии развития синдрома ДВС. Механизмы и клинико-лабораторные проявления гипер- и гипокоагуляции при синдроме ДВС. Принципы терапии синдрома ДВС. Диагностика, лечение.
35. Что понимается под термином «патологические формы эритроцитов». Их классификация.
36. Определение понятия «анемия». Диагностические критерии анемий.
37. Общая характеристика анемий (изменения в крови, в организме в целом).
38. Классификация анемий по патогенезу, степени тяжести, с учетом морфологических критериев и по способности костного мозга к регенерации.
39. Этиология, патогенез, клинические проявления, картина крови острой и хронической постгеморрагических анемий.
40. Классификация гемолитических анемий. Клинико-лабораторные признаки внутри- и внеклеточного гемолиза. . Наследственные формы гемолитических анемий: наследственный микросфероцитоз (анемия Минковского-Шоффара), анемия, связанная с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, серповидноклеточная анемия, β -талассемия (анемия Кули)

(тип наследования, особенности патогенеза и клинико-гематологической картины, лабораторную диагностику). Диагностика, лечение.

41. Характеристика наследственных гемолитических анемий с учетом морфологических критериев, особенностей гемолиза и регенераторной активности костного мозга.
42. Приобретенные гемолитические анемии. Причины и механизмы развития иммунных и неиммунных приобретенных гемолитических анемий. Диагностика, лечение.
43. Этиология, патогенез, клинические проявления, гематологические признаки и методы лабораторной диагностики иммунных гемолитических анемий (пароксизмальная холодовая гемоглобинурия, гемолитическая болезнь новорожденного). Диагностика, лечение.
44. Этиология и патогенез приобретенных гемолитических анемий, связанных с повреждением оболочки эритроцитов. Виды повреждения эритроцитарных мембран.
45. Этиология, патогенез, клинические проявления, картину крови, принципы диагностики болезни Маркиафавы-Микели и маршевой гемоглобинурии. Диагностика, лечение.
46. Характеристика различных типов гемолитических анемий с учетом морфологических критериев, особенностей гемолиза и функциональной активности костного мозга.
47. Этиология анемий, связанных с нарушением процессов кровообразования.
48. Обмен и распределение железа в организме. Показатели обмена железа в организме здорового человека.
49. Причины развития, патогенез, патогенетическую классификацию, клинические симптомы и гематологические признаки железодефицитной анемии.
50. Характеристика железодефицитной анемии по цветовому показателю, СДЭ, содержанию железа в сыворотке крови, типу эритропоэза, регенераторной способности костного мозга. Диагностика, лечение.

Темы рефератов к занятиям по темам с 1.14-1.20 для самостоятельной работы ординаторов

1. Лекарственные формы препаратов двухвалентного железа для лечения железодефицитной анемии.
2. Показания для выбора тактики лечения железодефицитной анемии.
3. Болезнь Имерслунд-Гресбека как причина развития В₁₂ дефицитной анемии.
4. Пернициозная анемия или болезнь Аддисона–Бирмера
5. Болезнь Ослера-Рандю-Вебера - наследственная телеангиэктазия
6. Гемолитические анемии
7. Геморрагический васкулит
8. Геморрагические диатезы. ДВС-синдром
9. Гемофилия. Болезнь Виллебранда
10. Гигантоклеточный системный васкулит
11. Железодефицитная анемия
12. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
13. Миеломная болезнь
14. Патология красной крови
15. Хронический лимфолейкоз
16. Апластические анемии
17. Острые ДВС-синдромы в гематологии
18. Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз)
19. Острые цитопенические синдромы
20. Особенности оперативных вмешательств при заболеваниях органов системы крови
Подготовка больных с заболеваниями системы крови к оперативным вмешательствам.

Контрольная работа

Защита презентации в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине- зачет

Перечень вопросов к промежуточной аттестации

1. Обмен и роль витамина В12 и фолиевой кислоты в организме.
2. Причины гиповитаминоза В12 и фолиевой кислоты, картину крови и костного мозга при мегалобластных В12- и фолиеводефицитной анемиях. Диагностика, лечение.
3. Патогенез гематологических нарушений при мегалобластных анемиях. Механизм неврологических расстройств при анемии Аддисон-Бирмера. Что такое «фуникулярный миелоз», каковы его клинические проявления.
4. Характеристика В12- и фолиеводефицитной анемий по цветовому показателю, СДЭ, содержанию железа в сыворотке крови, типу эритропоэза, регенераторной способности костного мозга.
5. Этиологию и патогенез гипо- и апластических анемий. Их клинико-гематологические признаки. Диагностика, лечение.
6. Наследственные формы гипопластических анемий: анемия Фанкони, анемия Даймонда-Блэкфана – тип наследования, механизм развития, характер гипоплазии кроветворения (тотальная или парциальная), клинику, картину крови и костного мозга.
7. Приобретенные тотальные и парциальные апластические анемии – причины и механизмы развития, клинико-гематологическую картину.
8. Гематологические критерии оценки тяжести приобретенных апластических анемий.
9. Лейкоцитозы, их виды. Общая этиология и патогенез физиологических и патологических лейкоцитозов.
10. Характеристика отдельных видов лейкоцитозов (нейтрофилии, эозинофилии, базофилии, моноцитоза и лимфоцитоза) по этиологии и патогенезу. Способы их диагностики.
11. Что понимается под термином «лейкемоидная реакция» Критерии различий лейкемоидных реакций и лейкозов. Принципы классификации лейкемоидных реакций.
12. Эритремия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.. Первичный эритроцитоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.. Вторичные эритроцитозы. Классификация, клиника, диагностика, лечение
13. Лейкопении, их виды. Общая этиология и патогенез лейкопений. Причины развития, патогенез, клинико-гематологическая характеристика агранулоцитозов, наследственных нейтропенических синдромов.
14. Признаки опухолевой природы лейкозов. Современные представления об этиологии лейкозов.
15. Общий патогенез лейкозов. Мутационно-клоновая теория развития лейкозов.
16. Характеристику основных стадий патогенеза лейкозов. Определение понятий «протоонкоген», «онкоген» и «антионкоген». Механизмы трансформации протоонкогенов в онкогены и инактивации антионкогенов (опухолевых супрессоров).
17. Механизмы неконтролируемости («беспредельности») роста опухолевых клеток при лейкозах.
18. Механизмы угнетения нормального кроветворения при лейкозах.
19. Признаки лейкозных клеток, отличающие их от нормальных клеток крови.
20. Клинические синдромы лейкозов, механизмы их развития. Методы лабораторной диагностики лейкозов.
21. Классификация лейкозов. Определение понятий «острый лейкоз» и «хронический лейкоз».
22. Особенности лейкоцитарной формулы крови при острых и хронических лейкозах.
23. Что такое «лейкемическое зияние»?
24. Варианты острых лейкозов в зависимости от содержания бластных клеток и общего количества лейкоцитов в периферической крови. Клиника острых лейкозов – характеристику основных клинических стадий.
25. Внекостномозговые поражения при острых лейкозах. Механизмы их развития.
26. Что означают термины «ремиссия» и «рецидив» острого лейкоза. Клинико-лабораторные критерии ремиссии острого лейкоза.
27. Классификация острых лейкозов по морфо-функциональному принципу, FAB-классификация острых лейкозов.
28. Дифференциальная цитохимическая характеристика бластных клеток при острых миелоидных и лимфобластном лейкозах.

29. Клинико-диагностическое значение цитохимических методов исследования в диагностике острых лейкозов.
30. Этапы и принципы терапии острых лейкозов.
31. Классификация хронических лимфо- и миелопролиферативных лейкозов.
32. Характеристика основных клинических стадий хронических лейкозов. Чем характеризуется состояние «бластного криза»
33. Варианты, особенности клинического течения, морфологической картины крови и костного мозга в период хронической фазы и бластной трансформации хронического миелолейкоза, его дополнительные лабораторные признаки.
34. Что такое «филадельфийская хромосома» и «эозинофильно-базофильная ассоциация».
35. Принципы терапии хронического миелолейкоза.
36. Клинические проявления, особенности картины костного мозга и периферической крови, дополнительные лабораторные признаки, лечение хронического лимфолейкоза.
37. Клинико-лабораторные проявления, механизмы развития, морфологическую картину крови и костного мозга, лечение парапротеинемических гемобластозов.
38. Методы выявления парапротеинов в крови при миеломной болезни.
39. Множественная миелома. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Болезнь Вальденстрема. Классификация, клиника, диагностика, лечение
41. Эритроцитоз и плазмаферез при гематологических заболеваниях.

Задачи для промежуточной аттестации

Задача 1

Больную 27 лет, беспокоит слабость, головокружение и мелькание мушек перед глазами при наклонах, слабость в мышцах, одышка и сердцебиение при небольших физических нагрузках, нравятся запахи бензина, гуталина, имеются пищевые пристрастия к сухим макаронам, мелу.

Кожа и слизистые бледные, ногти – с поперечной исчерченностью - койлонихия. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 84 в покое. Выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердца, который никуда не проводится.

Гемограмма: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, MCV - 64 фл, MCHC - 210 г/л, MCH – 20 пг. Железо сыворотки - 6 мкмоль/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача 2

Больного 54 лет, беспокоит слабость, утомляемость, одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп.

Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отечное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на легочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой реберной дуги, перкуторные размеры 15x10x8 см. Пальпируется селезенка, перкуторные размеры 13x10 см. Усилены рефлексy, снижена чувствительность на стопах и кистях рук.

Билирубин 55 мкмоль/л, не прямой 45 мкмоль/л. Гемограмма - эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, MCV - 110 фл, MCH – 40 пг, MCHC – 400 г/л, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз.

Результаты стеральной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача 3

Больной 50 лет, 5 лет назад получал полихимиотерапию и лучевую терапию по поводу рака легкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе.

При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено.

Данные гемограммы: эритроциты - $2,1 \times 10^{12} /л$, MCV - 74 фл, MCH - 27 пг, MCHC - 320 г/л, ретикулоциты - 0,5%, лейкоциты - $1,9 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $90 \times 10^9 /л$, СОЭ - 35 мм/ч. Результаты

исследования костного мозга: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 4

Больного 28 лет, беспокоит субфебрильная температура, увеличение шейно-надключичных узлов справа, слабость, кожный зуд, похудание на 5 кг за 3 месяца.

Кожа и слизистые бледные, справа в подчелюстной и надключичной областях пальпируется конгломерат лимфоузлов, подвижных, плотных, не спаянных с кожей, безболезненных. Другие лимфоузлы не пальпируются. Со стороны внутренних органов при осмотре, пальпации, перкуссии патологии не выявлено.

В пунктате лимфоузла обнаружены наряду с лимфоцитами и разрастанием соединительной ткани большие двуядерные в виде «глаз совы» клетки Березовского-Штернберга.

На рентгенограмме органов грудной клетки выявляется расширение средостения, при томографии и КТ – увеличение лимфоузлов средостения, при КТ органов брюшной полости – увеличение селезенки.

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача 5

Больного, 35 лет, беспокоит слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье.

При пальпации живота определяются увеличенная печень с закругленным плотным краем, перкуторные размеры 17х13х9 см, увеличенная селезенка, выступающая на 5 см из-под реберной дуги, перкуторные размеры 20х15 см.

Данные гемограммы: лейкоциты - $210 \times 10^9/\text{л}$, промиелоциты – 5%, миелоциты - 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные – 40%, базофилы - 7%, эозинофилы – 9%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%. СОЭ – 55 мм/час.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача 6

Больной, 65 лет, жалуется на слабость, потливость, субфебрильную температуру, частые острые респираторные заболевания, рецидивирующую герпетическую инфекцию.

При осмотре выявляются увеличенные подмышечные лимфоузлы, безболезненные, плотной консистенции, пальпируется увеличенная селезенка, перкуторные размеры - 15х13 см.

Данные гемограммы: лейкоцитоз - $80 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов - 80%, нейтрофилов - 20%. IgA - 0,2 г/л, IgM – 0,3 г/л, IgG – 4,5 г/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача 7

Больной 35 лет, жалуется на внезапное появление мелкоочечных кровоизлияний на нижних конечностях и животе, боли в коленных суставах. Три недели назад перенес острое респираторное заболевание.

При осмотре выявляется геморрагическая сыпь на конечностях, туловище, ягодицах, местами сливающаяся, местами после сыпи остались участки пигментации.

Гемограмма и коагулограмма – без отклонений от нормы. В анализе мочи – белок - 0,1 г/л, эритроциты измененные - 7-10 в поле зрения. Повышен уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови - 210 у. ед.

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 8

В больницу доставлена пациентка 25 лет, состояние средней тяжести, в сознании, кожа и видимые слизистые бледные, на коже нижних конечностей множество гематом размером 2х2 см, температура тела 37,2 градуса Цельсия, АД 100/60 мм.рт.ст. пульс 92 в минуту, ритмичный, несколько ослаблен.

Пальпация каких органов помогает в уточнении характера поражения? Что можно определить при постукивании по груди и трубчатым костям?

Задача 9

Во время профосмотра у молодой девушки астенического телосложения при пальпации живота определили нижний полюс селезенки у края реберной дуги.

В каком положении больной лучше пальпировать селезенку? Пальпируется ли селезенка в норме? Можно ли считать, что у данной пациентки селезенка увеличена?

Ответы

Задача 1

Анемический синдром, сидеропенический синдром (синдром дефицита железа), синдром анемической гипоксии.

Синдром анемии подтверждается следующими данными: бледность кожи, слизистых, нежный функциональный шум на верхушке сердца, низкий уровень гемоглобина и эритроцитов. О гипохромном характере анемии говорит малый объем эритроцитов (64 фл), низкое содержание гемоглобина в эритроците (20 пг), низкая концентрация гемоглобина в эритроците (210 г/л).

Сидеропенический синдром проявляется извращением вкуса (*pica chlorotica*), койлонихиями, гипохромным характером анемии, низким уровнем сывороточного железа (6 мкмоль/л).

Синдром анемической гипоксии подтверждается наличием слабости, головокружений, мельканием мушек перед глазами, одышкой, сердцебиением.

Предварительный диагноз - железодефицитная анемия легкой степени.

Для уточнения этиологии железодефицитной анемии необходимо исключить метроррагии, выполнить УЗИ органов малого таза, исключить потери крови через слизистую желудочно-кишечного тракта - выполнить фиброгастроскопию, фиброколоноскопию, исследование кала на скрытую кровь (реакцию Грегерсена). Необходимо выяснить характер питания больной, достаточно ли употребляет мясных продуктов, количество родов, сроки грудного кормления детей.

Задача 2

Синдром дефицита В12, анемический синдром, синдром анемической гипоксии, синдром гемолитической желтухи.

О синдроме дефицита В12 свидетельствуют следующие симптомы: атрофия сосочков языка, усиление рефлексов и снижение чувствительности на стопах и кистях рук, признаки гиперхромной анемии – увеличение объема эритроцитов (110 фл), содержания гемоглобина в эритроцитах (40 пг), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (400 г/л), остатки ядер в эритроцитах (тельца Жолли и кольца Кебота), мегалобластный тип кроветворения, сниженное количество мегакариоцитов, наличие гигантских метамиелоцитов.

О синдроме анемической гипоксии свидетельствует слабость, утомляемость, одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке.

О синдроме гемолитической желтухи свидетельствует желтушность кожи, слизистых, увеличение уровня билирубина до 55 мкмоль/л за счет непрямой фракции - 45 мкмоль/л, увеличение печени и селезенки.

Предварительный диагноз – В12-дефицитная анемия.

Для уточнения причины развития В12-дефицитной анемии необходимо выполнить 1) фиброгастроскопию для исключения аутоиммунного атрофического гастрита, 2) исследование кала на яйца глистов для исключения дифиллоботриоза, 3) исследование подвздошной кишки для исключения ее патологии, так как в ней происходит всасывание витамина В12, 4) исследование бактериальной флоры кишечника, патогенные представители которой могут избыточно потреблять В12 для своего роста.

Задача 3

Синдром панцитопении, синдром анемической гипоксии, синдром гипоплазии костного мозга.

На основании снижения количества всех форменных элементов крови: эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, - установлен синдром панцитопении.

О синдроме анемической гипоксии свидетельствуют такие симптомы, как слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке.

О гипопластическом генезе анемии позволяют высказаться результаты исследования костного мозга, который представлен редкими очагами миелоидной ткани на фоне жировой ткани.

Причиной развития гипопластической анемии, вероятнее всего, явилась проведенная 5 лет назад цитостатическая и лучевая терапия рака легкого.

Предварительный диагноз - гипопластическая анемия.

Задача 4

Лимфопролиферативный синдром.

Наличие у больного лимфопролиферативного синдрома подтверждается следующими симптомами: увеличение подчелюстных, надключичных лимфоузлов справа, лимфоузлов средостения и селезенки.

Пролиферация опухолевых клеток вызывает развитие у больного таких симптомов интоксикации, как лихорадка, похудание, кожный зуд.

Не исключается пролиферация опухолевых клеток в костном мозге, так как кожа и слизистые оболочки у больного бледные, что может быть связано с анемией. Необходимо исследовать гемограмму и выполнить стерильную пункцию с исследованием костного мозга.

Клинический диагноз - лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина), III стадия, с поражением лимфоузлов выше и ниже диафрагмы.

Клинический диагноз болезни Ходжкина установлен на основании патогномичного симптома - найденных при гистологическом исследовании пунктата лимфоузла двуядерных клеток Березовского-Штернберга. Предварительно определена III стадия развития заболевания, учитывая поражение лимфоузлов выше и ниже диафрагмы (селезенки), но в случае обнаружения анемии и опухолевой инфильтрации костного мозга будет диагностирована IV стадия лимфогранулематоза.

Морфологический вариант болезни - нодулярный склероз, так как выявляются как лимфоциты, так и фибробласты и клетки Березовского-Штернберга.

Задача 5

Синдром гепатоспленомегалии. Миелопролиферативный синдром.

На основании значительного увеличения печени и селезенки диагностирован синдром гепатоспленомегалии.

С учетом наличия синдрома гепатоспленомегалии и изменений в клиническом анализе крови в виде гиперлейкоцитоза с присутствием всех созревающих форм нейтрофилов, начиная от промиелоцитов, заканчивая сегментоядерными нейтрофилами, наличием эозинофильно-базофильной ассоциации установлен миелопролиферативный синдром.

Пролиферация миелоидного ростка кроветворения с наличием зрелых форм лейкоцитов, с инфильтрацией селезенки и печени характерна для миелоидного лейкоза.

Предварительный диагноз - хронический миелолейкоз.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить пункцию костного мозга, где будет выявляться большое количество предшественников гранулоцитов - миелоцитов и мегакариоцитов.

Задача 6

Лимфопролиферативный синдром, синдром иммунодефицита.

Лимфопролиферативный синдром установлен на основании найденных при пальпации увеличенных плотных безболезненных подмышечных лимфоузлов, увеличенной селезенки и выявленных изменений в гемограмме в виде гиперлейкоцитоза с абсолютным преобладанием зрелых лимфоцитов.

О синдроме иммунодефицита можно говорить на основании рецидивирующей герпетической инфекции и низкого уровня иммуноглобулинов основных классов Ig M, Ig A, Ig G.

Предварительный диагноз - хронический лимфолейкоз.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить пункцию лимфоузла и костного мозга. В биоптате лимфоузла при лимфолейкозе характерно нарушение архитектоники лимфоузла и преобладание лимфоцитов. При исследовании костного мозга определяется диффузная пролиферация лимфоцитов и уменьшение количества клеток миелоидного ряда.

Задача 7

Синдром геморрагического васкулита.

О наличии геморрагического синдрома свидетельствуют мелкоточечные кровоизлияния на коже туловища и конечностей при нормальном уровне тромбоцитов и показателей свертываемости крови, наличие протеинурии и гематурии, болей в суставах. Поражены сосуды кожи, суставов и почек.

Предварительный диагноз - геморрагический васкулит (болезнь Шенляйна-Геноха), кожно-суставно-почечная форма.

Причиной развития геморрагического васкулита явилась иммунная реакция на инфекционные антигены с образованием циркулирующих иммунных комплексов, инициировавших воспаление мелких сосудов.

Для подтверждения диагноза можно выполнить биопсию кожи и обнаружить гранулоцитарную инфильтрацию мелких артериол, капилляров и венул.

Задача 8

Необходимо обязательно пальпировать печень, селезенку, а так же, доступные пальпации лимфатические узлы.

При постукивании по трубчатым костям выявляется болезненность при миелопролиферативном синдроме.

Задача 9

Селезенка пальпируется лучше на правом боку, в норме можно пропальпировать нижний полюс у астеников, но чаще женщин.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-5, ПК-6	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Аттестован
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие	Аттестован

		принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Аттестован
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Не аттестован

2. Оценка решения тестовых заданий

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Аттестован	80 – 100%
Аттестован	70 – 79%
Аттестован	60 – 69%
Не аттестован	Менее 60%

3. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при

	переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

4. Рекомендации по оцениванию рефератов самостоятельной работы ординаторов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

5. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-5, ПК-6	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК-5 ПК-6	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ПК-5 ПК-6	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-5 ПК-6	Аттестован	9-10
		Аттестован	7-8
		Аттестован	5-6
		Не аттестован	4

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, ситуационной задачи по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК – 5, ПК – 6.