



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 07 » 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.29 Гематология**

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.29 Гематология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.29 Гематология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
- 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-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями крови (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

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

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

В процессе подготовки и сдачи практических навыков обучающиеся должны изучить и продемонстрировать знание квалификационной характеристики врача-гематолога, знание основных требований, предъявляемых к работнику в отношении специальных теоретических знаний по избранной специальности, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

Выпускник ординатуры должен изучить и иметь готовность и способность выполнять в полном объеме должностные обязанности врача– гематолога, устанавливающие перечень основных функций с учетом полученного высшего профессионального образования по избранной специальности.

Должен подготовиться к демонстрации знаний, умений и навыков сформированных профессиональных компетенций врача-гематолога, обеспечивающих выполнение профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно- управленческой деятельности: получать информацию о заболевании; применять объективные методы обследования больного; выявлять общие и специфические признаки заболевания; выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; определять показания для госпитализации и организовывать ее; проводить дифференциальную диагностику; обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; выполнять перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска; проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на МСЭ; проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного заболевания; проводить диспансеризацию здоровых и больных; проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

При подготовке к данному этапу ординатор должен ознакомиться с перечнем профессиональных умений для сдачи практических навыков, включенные в методическое обеспечение ГИА профильной кафедрой, быть готовым продемонстрировать владение алгоритмом выполнения обязательных врачебных диагностических и лечебных манипуляций, соответствующих квалификационным требованиям врача-гематолога.

При экзаменационном собеседовании проверяется способность экзаменуемого использовать приобретенные знания, умения и практические навыки для решения профессиональных задач врача-гематолога.

Успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию считается ординатор, сдавший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»). При получении оценки «неудовлетворительно» решением экзаменационной комиссии назначается повторная сдача экзамена в установленном порядке. Экзаменуемый имеет право опротестовать в установленном порядке решение экзаменационной комиссии.

4. Оценочные средства

3.1. Контрольные вопросы:

1. Нормативные документы, регламентирующие деятельность гематологической службы
2. Эпидемиология заболеваний системы крови.
3. Основные подходы к диагностике заболеваний системы крови.
4. Роль и место гистологического исследования в диагностике болезней системы крови.

5. Роль и место цитологического исследования в диагностике болезней системы крови.
6. Цитогенетическое исследование в гематологии.
7. Молекулярно-генетическое исследование в гематологии.
8. Методы исследования свертывающей системы крови.
9. Структура оказания гематологической помощи в России.
10. Современная теория кроветворения.
11. Онкогены и протоонкогены.
12. Клональная теория гематологических опухолей.
13. Противоопухолевый иммунитет.
14. Опухолевая прогрессия.
15. Клеточные основы метастазирования.
16. Экстрamedулярное кроветворение.
17. Международная классификация острых лейкозов.
18. Клинические проявления при острых лейкозах.
19. Особенности клинических проявлений отдельных форм лейкозов.
20. Программная терапия острых лейкозов.
21. Осложнения цитостатической терапии.
22. Основные принципы поддерживающей терапии.
23. Способы оценки эффективности цитостатической терапии.
24. Понятие резидуального клона.
25. Санаторно-курортное лечение при болезнях крови
26. Международные классификации миелодиспластического синдрома.
27. Дифференциальный диагноз при миелодиспластическом синдроме.
28. Цитогенетика при миелодиспластическом синдроме.
29. Программы терапии миелодиспластического синдрома.
30. Формы хронического миелолейкоза.
31. Цитогенетика и молекулярная генетика хронического миелолейкоза.
32. Стадии течения хронического миелолейкоза.
33. Цитогенетические особенности терминальной стадии хронического миелолейкоза.
34. Особенности хронического миелолейкоза у детей.
35. Современная концепция терапии хронического миелолейкоза.
36. Генодиагностика хронических миелопролиферативных заболеваний.
37. Истинная полицитемия, особенности течения и лечение.
38. Эссенциальная тромбоцитемия, особенности течения и лечение.
39. Хронический миелофиброз, особенности течения и лечения.
40. Хронический лимфолейкоз - клинические проявления и критерии диагноза.
41. Редкие формы хронического лимфолейкоза.
42. Современная концепция терапии хронического лимфолейкоза.
43. Волосатоклеточный лейкоз
44. Неходжкинские лимфомы – определение и классификация
45. Роль цитологических, гистологических и иммунологических методов в диагностике неходжкинских лимфом
46. Современная концепция терапии неходжкинских лимфом
47. Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина).
48. Современная концепция терапии лимфогранулематоза.

49. Миеломная болезнь, критерии диагноза, стадии заболевания.
50. Дифференциальный диагноз при парапротеинемии.
51. Болезнь Вальденстрема, синдром гипервязкости.
52. Болезнь тяжелых цепей.
53. Апластическая анемия.
54. Современная концепция лечения апластической анемии.
55. Критерии тяжести апластической анемии.
56. Врожденная красноклеточная аплазия.
57. Приобретенная красноклеточная аплазия.
58. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
59. Диагностика идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
60. Спленэктомия в лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
61. Гаптенный агранулоцитоз.
62. Заготовка костного мозга и гемопоэтических клеток периферической крови
63. Основные принципы трансплантации костного мозга.
64. Трансплантация гемопоэтических клеток периферической крови и пуповинных клеток.
65. Роль и место трансплантации в лечении острых лейкозов.
66. Роль и место трансплантации в лечении хронического миелолейкоза.
67. Роль и место трансплантации в лечении миелодиспластического синдрома.
68. Роль и место трансплантации в лечении лимфом.
69. Роль и место трансплантации в лечении апластической анемии.
70. Роль и место трансплантации в лечении миеломной болезни.
71. Роль и место трансплантации в лечении аутоиммунных заболеваний.
72. Основные принципы работы донорского регистра.
73. Патогенез гемофилии А.
74. Патогенез гемофилии В.
75. Наследование гемофилии А и В.
76. Ингибиторная гемофилия
77. Болезнь Виллебранда
78. Генетика болезни Виллебранда.
79. Функция тромбоцитов при болезни Виллебранда
80. Современные принципы терапии болезни Виллебранда
81. Иммунная тромбоцитопения
82. Тромбофилии.
83. Антифосфолипидный синдром
84. Дифференциальный диагноз при гипохромных анемиях.
85. Железодефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия
86. Профилактика железодефицитных состояний
87. Анемия хронического заболевания, этиология, патогенез, терапия
88. Талассемия, этиология, патогенез, терапия.
89. Дифференциальный диагноз при гиперхромных анемиях.
90. Фолиеводефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия.
91. Витамин В12 дефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия.
92. Дифференциальный диагноз при нормохромных анемиях.

93. Аутоиммунная гемолитическая анемия, этиология, патогенез, терапия.
94. Синдром Фишера-Эванса.
95. Неотложная терапия аутоиммунной гемолитической анемии.
96. Особенности гемотрансфузионной терапии в гематологии.
97. Контроль качества медицинской помощи
98. Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях
99. Возможности подачи информации в медицине
100. Современные технологии обработки информации

3.3. Ситуационные задачи

1. Больная Т. 27 лет. В течение 3-х лет замечает нарастание общей слабости, зуда. Последнее время выраженная потливость, лихорадка до 39⁰С (выявила случайно, померив температуру). При осмотре обнаружены увеличенные до 3 см в диаметре надключичные лимфатические узлы слева. Узлы подвижные, эластичные, с кожей не спаяны. Селезенка увеличена, умеренно плотная, выступает на 2-3 см из-под края реберной дуги. Кровь: общий анализ без особенностей, только СОЭ увеличена до 40 мм/час.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования

2. «Женщина 25 лет жалуется на быстро развившуюся слабость, сильные головокружения, сердцебиение, обмороки. Эритроциты $1,5 \times 10^9$ /л; гемоглобин 50 г/л; MCV 100 фл; ретикулоциты 59%; лейкоциты $28,5 \times 10^9$ /л; нормоциты 18:100; тромбоциты 7×10^9 /л. Прямая проба Кумбса положительная.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования

3. Больной Р., 63 года, предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, умеренную общую слабость, одышку. При осмотре – кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пальпируются плотные, безболезненные, подвижные лимфоузлы размером 3-3,5 см. В легких дыхание везикулярное. АД – 150/90 мм. рт. ст. Пульс – 92 уд./мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1,5 см. В общем анализе крови – Нв – 82 г/л, ЦП – 1,0, лейкоциты – 117 тыс., нейтрофилы п/ядерные – 2 %, с/ядерные – 16 %, моноциты – 10 %, лимфоциты – 72 %, преимущественно зрелые формы, СОЭ – 32 мм/ч.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования

4. «Женщина 32 лет длительное время отмечает нарастающую слабость, утомляемость, обмороки при поездке в метро. Отмечает пристрастие к запаху жидкости для снятия лака с ногтей. Гемоглобин 74 г/л; MCV 74 фл; ретикулоциты 0,9 %; лейкоциты $4,3 \times 10^9$ /л; тромбоциты 420×10^9 /л; Содержание железа в сыворотке крови 9 ммоль/л; железосвязывающая способность сыворотки крови 89,2 мкмоль/л. Диагноз:»

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

5. «Больной 44 лет с миелобластным лейкозом. Первые сутки после индукционного курса химиотерапии. Гемоглобин 110 г/л; MCV 81 фл; лейкоциты $0,5 \times 10^9/\text{л}$; гранулоциты $0,1 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $2 \times 10^9/\text{л}$; МНО 1,2; АЧТВ 34 сек. (норма 24 - 38 сек.); Свежих проявлений геморрагического диатеза нет. Показатели гемодинамики - стабильные. Температура тела 37,8/С.

Какая гемотрансфузионная тактика

6. «Мужчина 30 лет госпитализирован в связи с тяжелым носовым кровотечением, жалобами на слабость, головокружения, обморочное состояние. Из анамнеза известно, что ранее также изредка отмечались носовые кровотечения. Других проявлений геморрагического диатеза не отмечалось. Носовые кровотечения отмечаются у родственников матери пациента, сестры пациента и дочери пациента. Выполнена тампонада. Гемоглобин 68 г/л; MCV 62 фл; ретикулоциты 1,2 %; лейкоциты $6,3 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 59%; м- 10%; л- 30%; тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$. МНО 1,0; АЧТВ 37 сек. (норма 26 -38 сек). Активность фактора VIII - 32%. Активность фактора Виллебранда 14%;

Тактика врача:

7. «Женщина 65 лет госпитализирована в стационар в связи с жалобами на слабость, головокружения, сердцебиение, одышку, нарастающие к вечеру отеки на нижних конечностях. Единичные мелкие синячки на нижних конечностях. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 50 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,09%; лейкоциты $1,5 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $7 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Тактика врача:

8. «Женщина 21 года в течение последнего месяца отмечает нарастающую слабость, утомляемость, головокружения. Последние три дня появилась одышка при бытовых нагрузках. Сегодня, в день госпитализации, без видимых причин появилась петехиальная сыпь по всему телу и на лице. Гемоглобин 64 г/л; MCV 95 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $0,3 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $2 \times 10^9/\text{л}$;

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика врача:

9. «Женщина 25 лет жалуется на быстро развившуюся слабость, сильные головокружения, сердцебиение, обмороки. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 70 г/л; MCV 100 фл; ретикулоциты 59%; лейкоциты $28,5 \times 10^9/\text{л}$; нормоциты 18:100; тромбоциты $7 \times 10^9/\text{л}$. Прямая проба Кумбса положительная.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика врача-трансфузиолога:»

10. «Больной 68 лет, получающий терапию варфарином по кардиологическим показаниям, госпитализирован на отделении урологии в связи с жалобами на макрогематурию.

Гемоглобин 118 г/л; MCV 88 фл; лейкоциты $8,4 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $160 \times 10^9/\text{л}$; АЧТВ 32 сек. (норма 24 - 38 сек.); МНО 9,5;

Тактика врача:

11. «Пациентка 40 лет, госпитализирована и успешно прооперирована в связи с острым холециститом. Из-за плохо выраженных периферических вен на время операции установлен центральный катетер. В послеоперационном периоде отмечается чрезмерная кровоточивость в области послеоперационной раны, развилась мнометроррагия. Гемоглобин 110 г/л; MCV 80 фл; лейкоциты $8,4 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$; АЧТВ 120 сек. (норма 24 - 38 сек.); МНО 0,9;

Тактика врача:

12. «Пациент 19 лет госпитализирован в связи с проявлением геморрагической сыпи по всему туловищу. Гемоглобин 160 г/л. Лейкоциты $4,5 \times 10^9/\text{л}$. Формула - без патологических знаков. Количество тромбоцитов $1 \times 10^9/\text{л}$. Время свертывания крови по Ли-Уайту 5 минут 30 секунд.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика врача:

13. «Женщина 38 лет прооперирована в связи с симптомной миомой матки. В послеоперационном периоде жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной нагрузке, пастозность голеней к вечеру. Гемоглобин 77 г/л; MCV 68 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $4,5 \times 10^9/\text{л}$; в формуле крови патологических знаков нет. тромбоциты $480 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Тактика врача

14. «Женщина 64 лет госпитализирована в связи с болями за грудиной сжимающего характера. Установлен диагноз ИБС. Стенокардия напряжения 2 функционального класса. Гемоглобин 62 г/л; MCV 128 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $1,3 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 29%; м- 10%; л- 60%; тромбоциты $40 \times 10^9/\text{л}$. Неврологическая симптоматика отсутствует. В стерильном пунктате - мегалобластный тип кроветворения.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика врача:

15. «Мужчина 72 лет госпитализирован в связи с болями за грудиной сжимающего характера. Кроме того, беспокоит неуверенная походка "чувствует вату по ногами", "не знает куда ставить ногу". Установлен диагноз ИБС. Стенокардия напряжения 3 функционального класса. Гемоглобин 58 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $1,5 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 30%; м- 10%; л- 59%; тромбоциты $30 \times 10^9/\text{л}$. В стерильном пунктате - мегалобластный тип кроветворения.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика врача:

16. «Мужчина 45 лет госпитализирован в связи с лихорадкой и болями в горле. Установлен диагноз - обострение хронического тонзилита. Гемоглобин 89 г/л; MCV 112 фл; ретикулоциты 0,5 %; лейкоциты $3,9 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 49%; м- 5%; л- 45%; тромбоциты $132 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования:

17. «Женщина 24 лет находится на гематологическом отделении в связи с острым лимфобластным лейкозом. Получает полихимиотерапию. Лихорадит - 39,2 С. В связи с болями в животе осмотрена хирургом. Установлен диагноз: острый аппендицит. Показана хирургическая операция. Гемоглобин 108 г/л; MCV 82 фл; ретикулоциты 0,01, %; лейкоциты $0,3 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 1%; м- 1%; л- 93%; тромбоциты $15 \times 10^9/\text{л}$.

Тактика врача:

18. «Мужчина 38 лет находится на гематологическом отделении в связи с острым миелобластным лейкозом. Получает полихимиотерапию. Лихорадит - 37,2 С. Прогрессирует геморрагическая сыпь (петехии) - покрывает всё туловище, свежие высыпания на лице. Гемоглобин 92 г/л; MCV 83 фл; ретикулоциты 0,01, %; лейкоциты $0,1 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $20 \times 10^9/\text{л}$.

Тактика врача:

19. «Мужчина 19 лет госпитализирован в связи с болями в животе. При обследовании данных за хирургическую патологию нет. На нижних конечностях сыпь по типу васкулитно-пурпурной. Гемоглобин 138 г/л; MCV 84 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $5,5 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 64%; м- 8%; л -27%; тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

20. «Женщина 20 лет госпитализирован в связи с жалобами на боли в горле, подъем температуры до 37,8 С. Увеличены затылочные лимфатические узлы. Гемоглобин 130 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $3,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 44%; м - 28%; л - 27%; атипичные мононуклеары 9; тромбоциты $220 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

21 «Мужчина 61 года госпитализирован в связи с жалобами на боли в горле, подъем температуры до 37,8 С. Увеличены затылочные, заднешейные и аксиллярные лимфатические узлы. Гемоглобин 70 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $53,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 24%; м - 4%; л - 71%; тромбоциты $20 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

22. «Женщина 70 лет госпитализирована в связи с жалобами на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, шум в ушах, сильные головокружения, временами спутанность сознания. При осмотре - небольшое количество геморрагической сыпи на коже нижних конечностях и передней брюшной стенке. Гемоглобин 105 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,2 %; лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л; п - 2 %; с/я - 58 %; м - 9%; л - 31%; тромбоциты 150×10^9 /л. СОЭ: 76 мм/ч; Общий белок 98 г/л. М-градиент 12%;

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

23. «Мужчина 49 лет госпитализирован в связи с жалобами на спутанность сознания. Гемоглобин 115 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 2,3 %; лейкоциты $502,8 \times 10^9$ /л; бласты-1%; промиелоциты- 3%; миелоциты- 5%; мета- 10% п - 12 %; с/я - 48 %; эоз - 3%; баз- 3%; м - 6 %; л - 9%; тромбоциты 650×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

24. «Мужчина 80 лет госпитализирован в связи с жалобами на сердцебиение и одышку. Гемоглобин 70 г/л; MCV 69 фл; ретикулоциты 2,3 %; лейкоциты $30,8 \times 10^9$ /л; п - 1 %; с/я - 18 %; эоз - 1%; м - 3 %; л - 77%; тромбоциты 150×10^9 /л.

Наиболее вероятно представление о:

План обследования

26. «Мужчина 81 года госпитализирован в связи с жалобами на сердцебиение и одышку. Гемоглобин 70 г/л; MCV 69 фл; ретикулоциты 1,5 %; лейкоциты $33,8 \times 10^9$ /л; п - 1 %; с/я - 18 %; эоз - 1%; м - 3 %; л - 77%; тромбоциты 130×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

27. «Женщина 67 лет госпитализирована в связи с жалобами на одышку при физической нагрузке, головокружения, слабость. Гемоглобин 70 г/л; MCV 102 фл; ретикулоциты 28,5 %; лейкоциты $27,0 \times 10^9$ /л; п - 1 %; с/я - 28 %; эоз - 1%; м - 3 %; л - 77%; тромбоциты 145×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования

28. «Пациент 20 лет госпитализирован в стационар в связи острым аппендицитом. Показано хирургическое лечение. Из анамнеза известно, что пациент страдает гемофилией А.

Тактика врача:

29. «Мужчина 30 лет госпитализирована в связи с кровотечением после экстракции зуба. Из анамнеза известно, что страдает гемофилией А. Получал множественные трансфузии криопреципитата и концентратов фактора VIII. Перед лечением у стоматолога вводился

концентрат фактора VIII, однако это не предотвратило развитие кровотечения. Фактор VIII - 0%. Активность ингибитора фактора VIII - 18%.

Какова тактика врача

30. «Женщина 24 лет в послеродовом периоде, после ручного отделения последа,развилось маточное кровотечение. АД 70/40 мм.рт.ст. Гемоглобин 52 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 2,0 %; лейкоциты $12,9 \times 10^9/\text{л}$; п - 2 %; с/я - 70%; м - 8%; л - 20%; тромбоциты $20 \times 10^9/\text{л}$. Время свертывания крови по Ли-Уайту 20 минут. Фибриноген 0,5 г/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика лечения

5.2. Рекомендуемая литература

Основная литература:

Рукавицин О.А. Гематология. Национальное Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.

Электронный ресурс:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441992.html>

Дополнительная литература:

Рагимов А.А. Трансфузиология. Национальное Руководство. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Электронный ресурс: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431214.html>