



федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Управление подготовки кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 16CB6BA698AE8E15A33E8D919AEA494F
Владелец: Соловьева Светлана Владимировна
Действителен: с 31.07.2024 до 24.10.2025

УТВЕРЖДЕНО:

Проректор по молодежной политике и
региональному развитию

_____ С.В. Соловьева

17.12.2024г.

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Уровень высшего образования: ординатура

Специальность: 31.08.29 Гематология

Квалификация (степень) выпускника: врач-гематолог

Форма обучения: очная

Год набора (приема на обучение): 2025

Срок получения образования: 2 года

Объем:

в зачетных единицах: 3 з.е.

в академических часах: 108 ак.ч.

г. Тюмень, 2024

Разработчики:

Доцент кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, кандидат медицинских наук, доцент Платицын В.А.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Тюменского государственного медицинского университета Минздрава России, д.м.н., профессор Жмуров Владимир Александрович.

Заведующий кафедрой госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России д.м.н., профессор, Хлынова Ольга Витальевна.

Главный врач ГБУЗ ТО ОКБ №1 Попов Иван Борисович.

Программа государственной итоговой аттестации составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки Специальность: 31.08.29 Гематология, утвержденного приказом Минобрнауки России от 30.06.2021 №560, с учетом трудовых функций профессиональных стандартов: "Врач-гематолог", утвержден приказом Минтруда России от 11.02.2019 № 68н.

Согласование и утверждение

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет НПР	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	15.10.2024, № 7
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Василькова Т.Н.	Согласовано	16.10.2024, № 3

1. Цель, формы и объем государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по образовательной программе высшего образования: специальность 31.08.29 Гематология.

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования: специальность 31.08.29 Гематология.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме: государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 108 академических часов (3 зачетных единиц).

2. Структура и содержание государственной итоговой аттестации

2.1. Структура государственного экзамена

Государственная итоговая аттестация проводится в виде государственного экзамена, предусматривающего оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности выпускников и включает следующие этапы:

1 этап – проверка уровня освоения практических умений и навыков;

2 этап – проверка уровня теоретической подготовленности методом тестирования (письменно, на бумажном носителе / компьютерное тестирование);

3 этап – проверка уровня подготовки к решению профессиональных задач в ходе междисциплинарного собеседования (умение решать конкретные профессиональные задачи)

Успешное прохождение ГИА является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством науки и высшего образования Российской Федерации

2.2. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Клиническая задача/Ситуационная задача	Контролируемые ИДК
<p>1. У пациента Б, 58лет, страдающего рефрактерной анемией без «кольцевых сидеробластов» на фоне сахарного диабета, осложнившегося нефропатией, появились признаки прогрессирующей хронической почечной недостаточности. При поступлении в клинику зафиксировано снижение гемоглобина до 56 г\л. Анемия нормохромная, макроцитарная. Выявляется повышенное содержание эритропоэтина в сыворотке крови больного.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none">-Сформулируйте диагноз- Укажите наиболее оптимальный в этой ситуации препарат для коррекции анемии. <p>А. Эпокрин. Б. Эритроцитарная масса. В. Отмытые эритроциты. Г. Витамин В12. Д. Сорбифер</p> <ul style="list-style-type: none">- Какие дозы препарата используются в этой клинической ситуации.	

<p>2. Пациент 50 лет. Беспокоят жалобы на повышенную кровоточивость десен, синячки на коже туловища, конечностей, повышение температуры тела до фебрильных цифр. При осмотре бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь. Печень и селезенка – у края реберной дуги. В общем анализе крови – гемоглобин 65 г/л, эритроциты $2,3 \times 10^{12}$/л, лейкоциты $1,8 \times 10^9$/л, тромбоциты единичные, в костномозговом пунктате найдено: миелокариоцитов 15 тыс./мкл, лимфоцитов 65%, единичные гранулоциты и эритробласты, повышенный процент плазматических клеток, липофагов, содержащих бурый пигмент. Мегакариоциты не обнаружены.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного? - Чем они обусловлены? - Предварительный диагноз. - Составьте план обследования. - Назначьте лечение. - Пациенту показана трансфузионная терапия. Выберите правильный ответ <p>1) цельной крови 2) прямое переливание крови 3) эритроцитной массы 4) тромбомассы 5) индивидуально подобранных эритроцитов.</p>	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-1.3 УК-1.4 УК-1.5 УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3 УК-2.4 УК-2.5 УК-2.6 УК-2.7 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-3.4 УК-3.5 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 УК-4.4 УК-4.5 УК-4.6 УК-5.1 УК-5.2 УК-5.3 УК-5.4 УК-5.5 УК-5.6 ОПК-1.1 ОПК-1.2 ОПК-1.3 ОПК-1.4 ОПК-1.5 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ОПК-2.3 ОПК-2.4 ОПК-3.1 ОПК-3.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-5.4 ОПК-5.5 ОПК-5.6 ОПК-5.7 ОПК-5.8 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-6.3 ОПК-6.4 ОПК-6.5 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-8.3 ОПК-8.4 ОПК-8.5 ОПК-8.6 ОПК-8.7 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ОПК-9.4 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ОПК-10.3 ОПК-10.4 ОПК-11.1 ОПК-11.2 ОПК-11.3 ОПК-11.4 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-1.8 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-4.1 ПК-4.2 ПК-4.3 ПК-4.4 ПК-4.5 ПК-5.1 ПК-5.2 ПК-5.3 ПК-5.4 ПК-5.5 ПК-5.6</p>
<p>3. В клинику доставлена пациентка С., 66 лет, с жалобами на выраженную общую слабость и недомогание, боли в левой половине грудной клетки при физической нагрузке, парестезии в пальцах рук и ног, нарушение вкусовосприятия. Состояние больной на момент поступления в клинику тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов с иктеричным оттенком без желтушного окрашивания склер глаз. Пациентка вялая, апатичная, с трудом отвечает на вопросы. Определяется незначительная гепато- и спленомегалия. Явления гастрита.</p> <p>Артериальное давление - 90/60 мм рт.ст. Синусовая тахикардия с ЧСС = 115 в минуту. В общем анализе крови – панцитопения, макроцитарная гиперхромная анемия, ретикулоцитопения, элементы незавершенного эндонуклеолиза: тельца Жолли, Кольца Кебота, полихроматофилия, гиперсегментация нейтрофилов. В миелограмме мегалоформы эритробластов, раздражение клеток эритрона.</p> <p>Вопросы.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Укажите наиболее вероятный диагноз из перечисленных: <p>А. МДС – рефрактерная цитопения. Б. Хроническая железодефицитная анемия. В. Мегалобластная</p>	<p>ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-1.8 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-4.1 ПК-4.2 ПК-4.3 ПК-4.4 ПК-4.5 ПК-5.1 ПК-5.2 ПК-5.3 ПК-5.4 ПК-5.5 ПК-5.6</p>

<p>4. Больная Л., 38 лет. Жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр, припухлость, болезненность, контактную кровоточивость десен, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза: около 2 месяцев назад появилась субфебрильная температура, сухой кашель. Находилась на больничном листе у участкового терапевта с диагнозом: ОРВИ. Острый трахеит. В это же время появилась припухлость, болезненность, контактная кровоточивость десен. Обратилась к стоматологу, с диагнозом острый гингивит направлена к пародонтологу. Проводилось местное лечение - без эффекта. Через месяц появилась фебрильная лихорадка, по поводу чего направлена в стационар с диагнозом лихорадка неясного генеза. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, подчелюстные лимфоузлы до 1см. Лейкемическая инфильтрация десен. ЧД – 18 в мин. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Физиологическое соотношение тонов сохранено. ЧСС – 84 уд/мин, ритм правильный, шумов нет. АД – 110/70 мм рт.</p>	<p>ПК-6.1 ПК-6.2 ПК-6.3 ПК-6.4 ПК-7.1 ПК-7.2 ПК-7.3 ПК-8.1 ПК-8.2</p>
<p>5. Больная 42 года. Обратилась к терапевту с жалобами на слабость, недомогание, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ломкость ногтей, выпадение волос, сухость кожи. Месячные обильные, по 7 дней с 13-летнего возраста. Беременностей, родов – 3, во время последней беременности 10 лет назад – снижение содержания гемоглобина до 80г\л, принимала препараты железа. При осмотре - ипохондрическое состояние, бледность кожных покровов и слизистых, сухость кожи, симптом «синих склер», слоистость и вогнутость ногтей, синусовая тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. В анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 90 г\л, гипохромия эритроцитов, сывороточное железо – 4,5 ммоль\л, ферритин 5мкг\л.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Укажите наиболее вероятный диагноз: а) сидероахрестическая анемия; б) талассемия; в) железодефицитная анемия; г) В12- дефицитная анемия; д) миелодиспластический синдром. - Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? - Назначьте терапию. -Дайте диетические реком 	

<p>6. Больной Т., 45 лет. При профилактическом осмотре был обнаружен лейкоцитоз $12,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В течение последнего месяца пациент отметил нарастание общей слабости, снижение работоспособности. При осмотре – состояние относительно удовлетворительное. Температура тела – $36,3 \text{ }^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные. Отеков нет. ЧСС – 80 уд/мин. АД – 120/70 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При пальпации печень – у края реберной дуги, селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги, плотная, безболезненная. В общем анализе крови: Нв – 134 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $485 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $50,0 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле: промиелоциты – 2%, миелоциты – 4%, метамиелоциты – 12%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, базофилы – 2%, лимфоциты – 12%, моноциты – 1%, СОЭ – 38 мм/ч. Выявлено снижение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов менее 25 ЕД.</p> <p>Вопросы:</p> <p>-Какие исследования необходимо вы</p>
<p>7. Пациент, 70 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружение, при обследовании бледность кожных покровов, увеличение печени и селезенки (ниже края реберной дуги соответственно на 2 и 4 см). В общем анализе крови Нв 90 г/л, тромбоциты – $458 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $28,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг в лейкоцитарной формуле влево (миелоциты 7%, промиелоциты -6%, сегментоядерные нейтрофилы 58%, гипосегментированность нейтрофилов (ядро круглой или продолговатой формы - аномалия Пельгера –Хьюста), которая ранее у пациента не выявлялась.</p> <p>Вопросы:</p> <p>-Ваш предполагаемый диагноз?</p> <p>-Какие исследования необходимо выполнить для его подтверждения?</p> <p>-Как называется выявленная патология гранулоцитов?</p>

8. Больной М., 70лет. Поступил в клинику с жалобами на общую слабость и недомогание, одышку инспираторного характера при физической нагрузке, головокружение при переходе кроветворения, в единичных эритроблестах отмечаются тельца Жолли, 7% кольцевых сидеробластов. При цитогенетическом исследовании в четырех метафазах выявлена анеуплоидия по 7 хромосоме.

Вопросы:

-Укажите наиболее вероятный диагноз: 1)МДС – рефрактерная цитопения, 2)парциальная красноклеточная аплазия, 3)мегалобластная анемия, 4)МДС – рефрактерная

анемия с «кольцевыми сидеробластами»,5) острый эритромиелоз.

- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- Назначьте лечение.

из горизонтального положения в вертикальное. При осмотре обращает на себя внимание:

выраженная бледность кожи и видимых слизистых, синусовая тахикардия, систолический

шум на верхушке сердца, склонность к гипотонии. В анализе крови:

нормохромная

микроцитарная анемия, лейкопения ($3,5 \times 10^9$ /л). В миелограмме

мегалобластный тип

9. Пациентка, 33лет, обратилась с жалобами на обильные менструации, носовые

кровотечения с детства, выпадение волос, ломкость ногтей. При тонзиллэктомии в 12 лет

отмечалась большая кровопотеря. При осмотре – бледность кожных покровов и слизистых,

единичные синячки на коже. В общем анализе крови Нв – 102 г/л ,

гипохромия, микроцитоз,

лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты 325×10^9 /л, форма и размер

тромбоцитов в норме,

ретракция кровяного сгустка – снижена. Нарушена АДФ, коллаген-

,адреналин-, тромбинагрегация, сохранена ристомин-агрегация.

Выявлены гомозиготные мутации в генах

ITGA2B и ITGB3

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз: основной, осложнение?

2. Какие исследования необходимо выполнить для назначения терапии?

3. Назначьте лечение.

4. Дайте диетические рекомендации.

<p>10. Больной, 48 лет, инвалид II группы, 2 года назад перенес острый инфаркт миокарда. Обратился к терапевту с желобами на выраженную утомляемость, плохой сон, снижение памяти, одышку при быстрой ходьбе при отсутствии болей в сердце, регулярно плохое настроение. Состояние связывает с перенесенным заболеванием, так как до этого чувствовал себя благополучно, выполнял большой объем интеллектуальной и физической работы. Больной получал разностороннее лечение по поводу атеросклероза, ИБС и дисциркуляторной энцефалопатии без существенного положительного эффекта. От проведения коронарографии отказался. Выяснено, что длительное время страдает хроническим геморроем с периодическими умеренными кровопотерями, мясо ест не чаще 1–2 раз в неделю. В общем анализе крови Нв – 118г\л. Эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$\л, тромбоциты $380,0 \times 10^9$\л, лейкоциты $4,0 \times 10^9$\л, MCV -67фл, MCH- 22пг, RDW -18, гипохромия, микроцитоз, анизоцитоз. Железо сыворотки 6,7 ммоль\л. При ФГДС выявлен эрозивный гастродуоденит. При ректороманоскопии: геморр</p>
<p>11. Пациент К., 28 лет, заболел остро, спустя 2 недели после перенесенной ангины, когда появились боли в голеностопных суставах, высыпания на голених красного цвета. При осмотре симметричная папулезно –геморрагическая сыпь на обеих голених, голеностопные суставы несколько увеличены в объеме, движения в них болезненные. В общем анализе крови: Нв 140г\л, эр . $4,8 \times 10^9$\л, Лейк $9,0 \times 10^9$\л, тромб 300×10^9\л, СОЭ 20мм в час. При дообследовании выявлено повышение СРБ до 18 мг\л, фибриногена до 6г\л, РФМК до 7г\л. Вопросы. -Какие исследования необходимо выполнить для постановки диагноза? -Сформулируйте диагноз. -Назначьте лечение.</p>

12. Пациент М., 56 лет, обратился к врачу в связи с выраженной одышкой, увеличением в объеме шеи, слабостью, увеличением надключичных, подмышечных лимфузлов. При осмотре состояние тяжелое, одышка, цианоз, объем шеи увеличен, пальпируются конгломераты лимфатических узлов до 6 см в шейной, надключичной, аксиллярной области. В общем анализе крови: Нв 120 г\л, лейкоциты $16,0 \times 10^9$ \л, лимфоциты – 62%, тромбоциты 130×10^9 \л. При СРКТ органов грудной клетки средостение резко увеличено в объеме, за счет конгломератов лимфатических узлов. Из анамнеза выяснено, что страдает мочекаменной болезнью. Был госпитализирован в терапевтическое отделение, где с целью купирования удушья пациенту суммарно введено 120 мг преднизолона внутривенно. Спустя 14 часов у пациента появились тошнота, рвота, снижение аппетита, значительное снижение диуреза, обморочное состояние, снижение артериального давления до 80/60 мм рт.ст. Был переведен в реанимационное отделение; в анализах повышение уровня мочевины до 700 мг\л, мочевины до 18 моль\л

13. Больной 16 лет, жалобы на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, живот вздут, при пальпации мягкий, на коже множественные синяки, правый коленный сустав припухший, болезненный при пальпации. Деформация сустава в течение 6 лет. В общем анализе крови: лейкоциты – 11 тыс., Нв – 130 г\л, тромбоциты – 200 тыс. В течение нескольких лет наблюдались длительные носовые кровотечения, ПТИ – 90%, длительность кровотечения 3 мин, время свертывания крови удлинено 26 мин, АЧТВ – 45 сек, агрегация тромбоцитов не нарушена.

Вопросы:

- Предполагаемый диагноз: 1) Апластическая анемия; 2) тромбоцитопеническая пурпура; 3) Гемофилия; 4) Геморрагический васкулит; 5) Тромбоцитопатия.
- Какие осложнения есть у пациента?
- Ваша тактика ведения.

14. У 45 – летней больной после перенесенного ОРЗ появилась лихорадка, слабость, головокружение. Объективно: легкая иктеричность склер и кожи, увеличение селезенки, в общем анализе крови:
Нв- 90 г\л, лейкоц.- 14 тыс\мл, Ретик.- 40%, тромбоц.-120 тыс.\мл, билирубин-40 мкмоль\л, непрямой билирубин 38мкмоль\л, железо сыворотки- 13 мкмоль\л Анализ мочи - белок0,002%, реакция на гемосидерин в моче- отрицательная, проба Хема - отрицательная

Вопросы:
- Ведущий синдром у больной.
- Каков предположительный механизм выявленной анемии?
1) Энзимдефицитная гемолитическая анемия; 2) Наследственный сфероцитоз; 3) Аутоиммунная гемолитическая анемия с внутриклеточным гемолизом; 4) Аутоиммунная гемолитическая анемия с внутрисосудистым гемолизом; 5) Болезнь Маркиафавы – Микели
- Ваша диагностическая тактика.
-Наиболее информативным методом исследования в данной ситуации является:
1) Исследование содержания сывороточного железа; 2) Исследование активности ЩФ крови;3) Бактериологическое исследование крови;4) Проба Кумбса; 5) У

15. Больная 40 лет, поступила с жалобами на синяки на коже, сыпь в полости рта, носовые кровотечения в течение последнего месяца. Страдает системным васкулитом, хронической болезнью почек, хронической почечной недостаточностью. Месяц назад по поводу ОРВИ принимала аспирин, после чего отметила появление данной симптоматики. При осмотре кожные покровы бледные, петехиально-пятнистые высыпания на коже и слизистой полости рта. В общем анализе крови: Нв 100г\л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ \л, тромбоциты 100×10^9 \л, время свертывания крови – в норме, время кровотечения по Дюке – 18 минут. Ретракция кровяного сгустка 40%, нарушение адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов.

Вопросы:
- Предполагаемый диагноз: А) геморрагический васкулит, Б) идиопатическая тромбоцитопения, В) тромбоцитопатия, Г) ДВС-синдром, Д) геморрагическая телеангиэктазия.
-Какие исследования необходимо провести пациентке?
-Ваша тактика терапии. Показания к трансфузиям тромбоцитов.

16. Пациенту Х., 44 лет, был поставлен диагноз лимфомы из клеток зоны . Проведено 4 курса полихимиотерапии по схеме R (ритуксимаб)-СНОР. Через 4 месяца от начала проводимой терапии выявлены желтушность кожных покровов, повышение уровня АЛТ до 3-х норм, высокая вирусная нагрузка HBV ДНК в сыворотке (> 2000 МЕ/мл). Диагностирован гепатит В. Назначен препарат Бараклюд в суточной дозе 500мг длительным курсом, который принимал в течение года, на фоне приема которого проводились введения ритуксимаба 1 раз в 3 месяца. В ходе лечения осуществлялся ПЦР контроль (количественное определение) каждые 3 месяца. Достигнута ремиссия гепатита В. Такая сочетанная терапия позволила завершить базисное лечение лимфомы и добиться стойкой ремиссии заболевания без клинико-лабораторных признаков реактивации хронического вирусного гепатита В.

Вопросы:

1. Какие исследования необходимо выполнять перед началом лечения ритуксимабом?
2. Какова тактика при наличии положительного результата одного из маркеров (HBsAg или HBcAb)
3. Как

17. У пациента Ф., 72лет, анемический синдром в течение 2х лет. Первоначально проводимая терапия препаратами железа, витаминами группы В была неэффективна, при дообследовании костного мозга бластные клетки 2,3%, расширение эритроидного ростка, признаки дизэритропоэза. Верифицирован миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия. В связи с одышкой, отечностью нижних конечностей при снижении уровня Hb ниже 80г\л проводится заместительная гемотрансфузионная терапия. Ферритин сыворотки 1500 мкг\мл, коэффициент насыщения трансферрина 80%.

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- При каких заболеваниях встречается данная патология?
- Лечебная тактика?
- Профилактические мероприятия

18. У женщины, страдающей в период беременности нефропатией, в родах отмечено появление кровотечения. Проведено ручное обследование полости матки, введен хлористый кальций, викасол, с целью восполнения кровопотери произведена гемотрансфузия эритроцитами в объеме 1500 мл. За сутки состояние ухудшилось, кровотечение из родовых путей продолжалось, температура тела поднялась до 38 градусов, диурез уменьшился до 500 мл за сутки.

Вопросы. Выберите правильный ответ на вопрос:

- Каковы диагностические и лечебные ошибки были допущены в данном случае?

А. Не дана правильная трактовка развивающемуся геморрагическому синдрому как проявлению ДВС.

Б. Не проведено элементарного лабораторного обследования для подтверждения диагноза ДВС.

В. Гемотрансфузия не должна была проводиться, так как она является фактором, стимулирующим ДВС.

Г. Ручное обследование полости матки, введение хлористого кальция и викасола являются необоснованными с точки зрения терапии ДВС.

Д. Все перечисленные моменты явились ошибкой.

-Какие исследования

19. Больная 37 лет. Жалобы на слабость, головокружение, потемнение в глазах, парестезии в стопах и неустойчивость походки. Выявлена некоторая желтушность склер и кожных покровов. Печень+ 1,5 см из-под края реберной дуги. В крови-Нв- 70 г\л, Ц.П. 1,4. Лейк.4,5, э.-0,б.-0,п-5, С-56, м-10,л-29, СОЭ- 12 мм\час. При гастроскопии- Атрофический гастрит, ахилия. В миелограмме: костный мозг гиперклеточный, индекс Л/Э = 1/6. Среди эритроцитов преобладают клетки гигантских размеров (более 25 мкм) с нежной хроматиновой структурой ядер, базофильной цитоплазмой. Созревание нейтрофилов замедлено, среди последних много гигантских миелоцитов и метамиелоцитов, гиперсегментированных нейтрофилов, мегакарициты больших размеров, с гиперсегментированными ядрами, содержащие тромбоциты.

Вопросы:

-Предполагаемый диагноз? 1) Вирусный гепатит С; 2) Хронический алкоголизм; 3) Аутоиммунная гемолитическая анемия; 4) Болезнь Аддисона-Бирмера - В12-дефицитная анемия; 5) Болезнь Крона

-Какие исследования необходимо провести пациентке

20. Больной Ж., 69 лет, предъявляет жалобы на боли в области грудины, усиливающиеся при надавливании, боли в области крестца и поясницы. В крови: Нв – 68 г/л, лейкоциты – 4,7 тыс., в формуле палочкоядерный сдвиг, СОЭ – 70 мм/ч, общий белок плазмы крови – 98 г/л, мочевины – 20,2 ммоль/л, креатинин – 240 ммоль/л. В анализе мочи: уд.вес – 1020, белок – 7г/л, единичные лейкоциты. При рентгенографии множественное поражение костей, очаги деструкции указанных локализаций.

-Предполагаемый диагноз?
-Какие исследования необходимо выполнить пациенту?
-Ваша лечебная тактика.

Теоретические вопросы/Собеседование	
1. Регуляция эритропоэза и обмена железа.	УК-1.1 УК-1.2 УК-1.3 УК-1.4 УК-1.5
2. Анемический синдром, степени тяжести, классификация анемий.	УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3 УК-2.4 УК-2.5
3. Характеристики железодефицитной анемии.	УК-2.6 УК-2.7 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3
4. Основные показатели обмена железа.	УК-3.4 УК-3.5 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3
5. Сидеропенический синдром. Критерии диагноза железодефицитной анемии.	УК-4.4 УК-4.5 УК-4.6 УК-5.1 УК-5.2
6. Роль фолатов и витамина В12 в кроветворении, метаболизм витаминов.	УК-5.3 УК-5.4 УК-5.5 УК-5.6 ОПК-1.1 ОПК-1.2 ОПК-1.3 ОПК-1.4 ОПК-1.5 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ОПК-2.3 ОПК-2.4 ОПК-3.1 ОПК-3.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-5.4 ОПК-5.5 ОПК-5.6 ОПК-5.7 ОПК-5.8 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-6.3 ОПК-6.4 ОПК-6.5 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-8.3 ОПК-8.4 ОПК-8.5 ОПК-8.6 ОПК-8.7 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ОПК-9.4 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ОПК-10.3 ОПК-10.4 ОПК-11.1 ОПК-11.2 ОПК-11.3
7. Нарушения кроветворения и клинические симптомы мегалобластной анемии.	
8. Диагностика В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемий. Современная тактика лечения мегалобластных анемий.	
9. Степени тяжести тромбоцитопении, лейкопении, анемии.	
10. Клинические симптомы и критерии диагноза апластической анемии.	
11. Патогенез, классификация, клиника и лечение апластической анемии.	
12. Симптоматическая терапия апластической анемии.	
13. Патогенетическое лечение апластических анемий, прогноз.	
14. Миелодиспластические синдромы, классификация, патогенез.	
15. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение миелодиспластических синдромов.	
16. Симптомы и критерии диагноза гемолитическая анемия.	
17. Виды гемолиза. Лабораторная диагностика различных видов гемолиза.	
18. Классификация и дифференциальная диагностика гемолитических анемий.	
19. Гемоглобинопатии, клиника, диагностика, лечение, прогноз.	
20. Мембранопатии, клиника, диагностика, лечение, прогноз.	
21. Энзимопатии, клиника, диагностика, лечение, прогноз.	
22. Иммунные гемолитические анемии, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.	
23. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия, клиника, диагностика, лечение, прогноз.	
24. Система свертывания крови. Сосудисто-тромбоцитарный, плазменный гемостаз. Каскад коагуляционного гемостаза, ингибиторы свертывания, фибринолиз.	
25. Лабораторная диагностика в гемостазиологии, методы исследования: сосудистотромбоцитарного, коагуляционного гемостаза, фибринолиза, противосвертывающих факторов.	

26. Геморрагические диатезы, виды кровоточивости, классификация, диагностика, лечение.	ОПК-11.4 ПК-1.1
27. Гемофилия А, В, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика. Современное лечение и реабилитация больных с гемофилией.	ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6
28. Тромбоцитопении, классификация, дифференциальная диагностика. Идиопатическая тромбоцитопения, клиника, диагностика, лечение.	ПК-1.7 ПК-1.8 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-4.1
29. Тромбозы и тромбофилии. Клиника, дифференциальная диагностика, подходы к лечению.	ПК-4.2 ПК-4.3 ПК-4.4 ПК-4.5 ПК-5.1 ПК-5.2 ПК-5.3 ПК-5.4 ПК-5.5 ПК-5.6
30. Эпидемиология, этиология и патогенез острых лейкозов.	ПК-6.1 ПК-6.2 ПК-6.3 ПК-6.4 ПК-7.1
31. Классификация, дифференциальная диагностика острых лейкозов.	ПК-7.2 ПК-7.3 ПК-8.1 ПК-8.2
32. Морфологические цитохимические, иммунофенотипические и генетические методы исследования blasts.	
33. Клиническая картина острых лейкозов.	
34. Основы трансфузиологической помощи больным острыми лейкозами, симптоматическая и патогенетическая терапия.	
35. Классификация хронических миелопролиферативных заболеваний.	
36. Хронический миелолейкоз, клиника, диагностика, стадии заболевания, лечение, мониторинг эффективности терапии.	
37. Истинная полицитемия, клиника, диагностика, стадии заболевания, особенности их лечения.	
38. Классификация тромбоцитозов, симптоматическая терапия. Эссенциальная тромбоцитемия, клиника, диагностика, лечение.	
39. Остеомиелофиброз, клиника, диагностика, лечение.	
40. Основы физиологии и строения органов иммунной системы. В- и Т-лимфопоэз.	
41. Классификация лимфом.	
42. Морфология лимфоцитов, клеток Березовского-Рид-Штернберга.	
43. Принципы иммунофенотипирования.	
44. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз лимфопролиферативных заболеваний.	
45. Отдаленные результаты лечения.	
46. Хронический лимфолейкоз /лимфома из малых лимфоцитов, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика лечение.	
47. Волосатоклеточный лейкоз, классификация, клиника, диагностика, лечение.	
48. Нодальные лимфомы: фолликулярная лимфома, лимфома из клеток мантии, лимфома маргинальной зоны. Особенности эпидемиологии, клинической картины, дифференциальной диагностики и лечения.	
49. Диффузная В-крупноклеточная лимфома, лимфома Беркита, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.	
50. Т-клеточные лимфомы, классификация, клиника, диагностика, лечение.	
51. Классификация.	
52. Лимфоплазматическая лимфома, макроглобулинемия Вальденстрема, клиника, диагностика, лечение.	
53. Множественная миелома, эпидемиология, классификация, клинические симптомы, критерии диагноза, обследование больных с подозрением на множественную миелому.	
54. Лечение множественной миеломы, прогностические факторы, профилактика осложнений.	

3. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования, если иное не установлено порядком проведения государственной аттестации по соответствующим образовательным программам

4. Перечень рекомендуемой литературы

1. Избранные вопросы гематологии: Монография. Т. 2: Избранные вопросы гематологии. В 2-х т. Т. 2 / [и др.] - Тюмень: ТюмГМУ, 2019. - 304 с. - 978-5-906603-27-2. - Текст: электронный. // Издательство Лань: [сайт]. - URL: <https://e.lanbook.com/img/cover/book/218357.jpg> (дата обращения: 25.09.2024). - Режим доступа: по подписке

2. Избранные вопросы гематологии: Монография. Т. 1: Избранные вопросы гематологии. В 2-х т. Т. 1 / [и др.] - Тюмень: ТюмГМУ, 2019. - 320 с. - 978-5-906603-26-5. - Текст: электронный. // Издательство Лань: [сайт]. - URL: <https://e.lanbook.com/img/cover/book/218354.jpg> (дата обращения: 25.09.2024). - Режим доступа: по подписке

5. Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

Результаты каждого государственного аттестационного испытания определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

Оценки	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные Обучающимся с помощью преподавателя
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции
Неудовлетворительно	выставляется Обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий

6. Описание материально-технической базы государственной итоговой аттестации

Учебные аудитории
Учебная аудитория №1 (ГЛ-4-24)
Проектор - 1 шт.
Учебное место - 11 шт.
Учебная аудитория №808 (ГЛ-8-31, 33)
Доска аудиторная - 1 шт.
компьютер в комплекте - 21 шт.
стол письменный - 14 шт.
Стул ученический - 28 шт.

7. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо ВКР, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты ВКР).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, указанном в абзаце третьем настоящего пункта, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи, с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации

решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в Университет в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА Е.А.ВАГНЕРА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России)
ИНН 5902290120/КПП 590201001
ОГРН 1025900528873
ОКПО 01963404 ОКАТО 57401372000
614990 г. Пермь, ул. Петропавловская, 26
тел. (342) 217-20-20 факс (342) 217-20-21
телефон для справок: (342) 212-04-04
E-mail: rector@psma.ru

№ _____
На № _____ от _____

РЕЦЕНЗИЯ
на программу Государственной итоговой аттестации
по основной профессиональной образовательной программы высшего образования
- уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.29 «Гематология»
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Программа Государственной итоговой аттестации основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.29 «Гематология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура) разработана в соответствии требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура), рабочим учебным планом по специальности 31.08.29 «Гематология» (2024).

В программе отражены цель и задачи государственной итоговой аттестации, характеристика профессиональной деятельности выпускника, освоившего программу ординатуры, компетенции, формируемые в результате освоения программы, перечень необходимых знаний, умений и владений, содержание и форма проведения государственной итоговой аттестации (проверка практических навыков и умений, проверка теоретических знаний, устное собеседование). В программе даны критерии оценки государственного экзамена, критерии оценки освоения практических навыков и умений, критерий оценки результатов тестирования и междисциплинарного собеседования.

В программе отражен порядок проведения Государственной итоговой аттестации, представлен перечень обязательной и дополнительной литературы, перечень электронных ресурсов.

Приведены примеры типовых тестовых заданий, перечень практических заданий и вопросов к собеседованию.

В программе представлены экзаменационные билеты для проведения государственного экзамена, а также кейс задач, которые отражают все компетенции, формируемые в результате освоения основной профессиональной образовательной программы высшего (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура), в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология».

На основании вышеизложенного следует заключить, что Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.29 «Гематология» по структуре, содержанию и объему



федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

РЕЦЕНЗИЯ

на программу Государственной итоговой аттестации по основной профессиональной образовательной программы высшего образования - уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология»

На рецензирование представлена Программа государственной итоговой аттестации основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.29 «Гематология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура), которая разработана в соответствии требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура), рабочим учебным планом по специальности 31.08.29 «Гематология» (2024).

В Программе государственной итоговой аттестации отражены цель и задачи государственной итоговой аттестации (государственный экзамен), характеристика профессиональной деятельности выпускника, освоившего программу ординатуры, компетенции, формируемые в результате освоения программы, перечень необходимых знаний, умений и владений, содержание и форма проведения государственной итоговой аттестации (проверка практических навыков и умений, проверка теоретических знаний, устное собеседование).

В программе отражен порядок проведения государственной итоговой аттестации, представлены критерии оценки государственного экзамена, критерии оценки освоения практических навыков и умений, критерий оценки результатов тестирования и собеседования. Приведены примеры типовых тестовых заданий, перечень практических заданий и вопросов к собеседованию, перечень обязательной и дополнительной литературы, перечень электронных ресурсов

Представлены экзаменационные билеты для проведения государственного экзамена, а также кейс задач, которые отражают все компетенции, формируемые в результате освоения основной

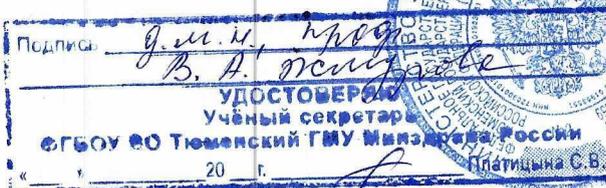
профессиональной образовательной программы высшего (уровень подготовки кадров высшей квалификации – ординатура), в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология».

Таким образом, Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.29 «Гематология» по структуре, содержанию и объему соответствует требованиям ФГОС ВО, утвержденного Приказом Минобрнауки РФ № 560 от 30.06.2021 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.08.29 «Гематология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), зарегистрированного в Минюсте РФ от 28.07.2021 № 64402, и может быть рекомендован для проведения Государственной итоговой аттестации по программе ординатуры в ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

Рецензент:

Заведующий кафедрой пропедевтики
внутренних болезней Тюменского ГМУ
д.м.н., профессор

В.А. Жмуров



Жмуров