Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 10.02.2026 10:26:03
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e3de679484a4c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ / Невзорова В.А. /
«14» апреля 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы гематологии в работе участкового врача-терапевта
основной образовательной программы
высшего образования

Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Институт/кафедра	Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток, 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/vif/31.05.01_25_02_Lechebnoe_delo(1).pdf

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование компетенции**	**Индикаторы достижения компетенции**
Профессиональные компетенции		
A/03.7 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	ПК-5 Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара	ИДК.ПК-5_1- определяет приоритетные направления в программах коррекции факторов риска, немедикаментозных программах и при назначении лекарственных препаратов на основании установленного диагноза с учетом клинических рекомендаций и действующих порядков оказания медицинской помощи; ИДК.ПК-5_2- оценивает приверженность терапии, контролирует эффективность проводимого лечения, определяет безопасность применения лекарственных средств, корректирует назначенное лечение с учетом целевых показателей достижения результатов терапии; ИДК.ПК-5_3- формулирует необходимость персонализированной терапии у определенных категорий, в том числе беременных, пациентов пожилого и старческого возраста с учетом полиморбидности, определяет необходимость амбулаторного или комбинированного лечения на дому и в условиях дневного стационара
	ПК-6 Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи	ИДК.ПК-6_1- имеет представление о распределении потоков пациентов в зависимости от цели обращения в медицинские организации; ИДК.ПК-6_2- определяет показания к направлению пациентов для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты Ситуационные задачи
2	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств контроля (текущего и промежуточного).

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме решения ситуационных задач, тестирования. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в форме решения ситуационных задач, тестирования.

3.1. Тестовые задания по дисциплине Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы гематологии в работе участкового терапевта

1. В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) +гиперхромией, макроцитозом, цитопенией
Б) гипохромией, микроцитозом
В) нормохромией, нормоцитозом
Г) наличием бластных клеток

2. ИСТИННАЯ ПОЛИЦИТЕМИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ

А) +60 лет и старше
Б) 20-30 лет
В) 5-10 лет
Г) 11-15 лет

3. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРИТРОЦИТОВ

А) +гипохромия
Б) гиперхромия
В) микросфероцитоз
Г) окантоцитоз

4. ГЕМАТОМНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А) +гемофилия
Б) дефицит факторов протромбинового комплекса
В) тромбоцитопатия
Г) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

5. БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (95 Г/Л). ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

А) +множественная миелома
Б) амилоидоз
В) хронический гломерулонефрит
Г) хронический пиелонефрит

6. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

А) +3-6 месяцев
Б) 2-х месяцев
В) 3-х недель
Г) 5-7 дней

7. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ

А) +из мясных продуктов
Б) из фруктов
В) из яблок
Г) из моркови

8. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БУДЕТ СОСТАВЛЯТЬ

А) +3- 4 месяца
Б) 1 месяц
В) 2-3 месяца
Г) 2 недели

9. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, НАЗНАЧАЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

А) +цианокобаламин
Б) преднизолон
В) гепарин
Г) метилдопа

10. АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) +острого лейкоза
Б) эритремии
В) апластической анемии
Г) В-12 дефицитной анемии

11. СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3,5 Г, НАЛИЧИЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА, ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) +множетсвенной миеломы
Б) нефротического синдрома
В) макроглобулинемии Вальденстрема
Г) доброкачественной моноклональной гаммапатии

12. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) +хронического лимфолейкоза
Б) хронического миелолейкоза
В) лимфогранулематоза
Г) острого лимфобластного лейкоза

13. ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ, НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ОТСУТСТВИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) +болезни Рандю-Ослера
Б) болезни Верльгофа
В) болезни Шенлейн-Геноха
Г) гемофилии

14. ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) +гемоглобинурией
Б) повышением уровня непрямого билирубина
В) повышением уровня прямого билирубина
Г) уробилинурией

15. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ

А) +5%
Б) 1%
В) 7%
Г) 10%

16. ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

А) +относится к миелопролиферативным заболеваниям
Б) характеризуется панцитопенией
В) возникает у больных с острым лимфобластным лейкозом
Г) возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А) +времени свертываемости
Б) времени кровотечения
В) плазминогена
Г) фибриногена

18. ЛЕЙКЕМОИДНЫЕ РЕАКЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

А) +септических состояниях
Б) иммунном гемолизе
В) анемическом синдроме
Г) лейкозах

19. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

А) +гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
Б) гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
В) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
Г) микроцитоз, мишеневидные эритроциты

20. ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА ОБРАЗУЕТСЯ В

А) +фундальной части желудка
Б) двенадцатиперстной кишке
В) тонкой кишке
Г) толстой кишке

21. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) +миеломной нефропатии
Б) волчаночного нефрита
В) дисметаболической нефропатии
Г) лекарственнной нефропатии

22. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) +свежезамороженную плазму
Б) сухую плазму
В) переливание эритроцитарной массы
Г) переливание тромбоцитарной массы

23. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ, ПРИНИМАЮЩЕЙ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ БОЛЕЕ ГОДА И ЖАЛОБАМИ НАОДЫШКУ, СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, МОКРОТУ ПРИ КАШЛЕ С ПРОЖИЛКАМИ КРОВИ И БОЛЬ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) +тромбоэмболия легочной артерии
Б) спонтанный пневмоторакс
В) острый коронарный синдром
Г) бронхоэктатическая болезнь

24. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ И БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ, ГЕМОГЛОБИНКРОВИ 65 Г/Л, ПРОТЕИНУРИЯ 22 Г В СУТКИ, УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА СЫВОРОТКИ 43 Г/Л И КРЕАТИНИН КРОВИ 280 МКМОЛЬ/Л НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) +множественной миеломы
Б) ХГН в стадии уремии
В) вторичного амилоидоза с поражением почек
Г) хронического пиелонефрита

25. ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) +множественной миеломы
Б) хронического гломерулонефрита, нефротической формы
В) быстропрогрессирующего гломерулонефрита
Г) гипернефромы

26. К ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АНЕМИИ НЕЗАВИСИМО ОТ ГЕНЕЗА ОТНОСЯТСЯ
А) +одышка, бледность
Б) кровоточивость, боли в костях
В) увеличение селезенки, лимфатических узлов
Г) неврологические нарушения

27. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) +гемолитической анемии
Б) хронической кровопотери
В) апластической анемии
Г) анемии при хронических заболеваниях

28. ПРИЗНАКАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ
А) +ломкость ногтей и выпадение волос
Б) иктеричность кожи и склер
В) увеличение печени
Г) парестезии

29. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В12 В ОТЛИЧИЕ ОТ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) +фуникулярным миелозом
Б) макроцитарной анемией
В) гиперхромной анемией
Г) мегалобластическим кроветворением

30. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А) +хронической почечной недостаточности
Б) синдроме Иценко-Кушинга
В) акромегалии
Г) В12-дефицитной анемии

31. ДЛЯ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ

А) +анемия пропорциональна тяжести хронической почечной недостаточности и обусловлена снижением синтеза эритропоэтина почками
Б) анемия обусловлена хроническим дефицитом В12 и фолиевой кислоты
В) чаще всего связана с хронической кровопотерей
Г) для коррекции достаточно применения препаратов железа

32. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КРОВИ НЕОБХОДИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

А) +цитостатиками
Б) антибиотиками
В) глюкокортикостероидами
Г) тиазидными диуретиками

33. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ОТНОСЯТ

А) +мясо
Б) молоко и молочные продукты
В) гречневую крупу
Г) яблоки

34. К ПРИЧИНАМ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

А) +недостаточное употребление мясной пищи
Б) высокую физическую активность
В) недостаточное употребление свежих овощей и фруктов
Г) недостаточное употребление фруктов и овощей, содержащих железо

35. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ВВОДИТЬ

А) +внутрь перорально
Б) внутривенно
В) внутримышечно
Г) подкожно

36. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА _____ АНЕМИЮ

А) +железодефицитную
Б) гипопластическую

В) гемолитическую
Г) В12 - дефицитную

37. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) +определение уровня ферритина
Б) расчет цветового показателя
В) определение количества эритроцитов
Г) определение уровня гемоглобина

38. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТ ЖЕЛТУХИ ПРИ АКТИВНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) +ретикулоцитоза
Б) гипербилирубинемии
В) спленомегалии
Г) субфебрилитета

39. АНЕМИЕЙ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ ГИПОХРОМИЯ, СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ПОВЫШЕННАЯ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СЫВОРОТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) +железодефицитная
Б) гемолитическая
В) апластическая
Г) В12-дефицитная

40. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИ ИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ В СУТКИ ВНУТРЬ
А) +1-2
Б) 3-4
В) 0,5-1
Г) 5-6

41. В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
А) +таблетированных препаратов железа
Б) мясной диеты
В) гемотрансфузий
Г) парентеральных препаратов железа

42. ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ ПРОВОДЯТ _____ ВВЕДЕНИЕМ ХИМИОПРЕПАРАТОВ
А) +эндолюмбальным
Б) внутривенным
В) пероральным
Г) внутримышечным

43. ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
А) +мутации клетки-предшественницы лимфо-или миелопоэза
Б) нарушений эндокринной системы
В) патологии нервной системы
Г) изменений обмена веществ

44. ДЛЯ ДОСТОВЕРНОГО ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА УВЕЛИЧЕНИЕ БЛАСТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ СОСТАВЛЯЕТ____%

А) +20
Б) 10
В) 15
Г) 5

45. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ ХАРАКТЕРЕН _____ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

А) +гематомный
Б) пятнисто-петехиальный
В) васкулитно-пурпурный
Г) смешанный

46. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ _____%

А) +5
Б) 2
В) 10
Г) 20

47. КРИТЕРИЕМ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В ЛИКВОРЕ ЦИТОЗА ЗА СЧЕТ

А) +бластоза
Б) эритроцитоза
В) нейтрофилёза
Г) моноцитов

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОСТРОМ _____ ЛЕЙКОЗЕ

А) +лимфобластном
Б) миелобластном
В) промиелоцитарном
Г) мегакариобластном

49. РЕЗИСТЕНТНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ _____ СТАНДАРТНЫХ КУРСОВ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

А) +двух
Б) одного
В) трех
Г) четырех

50. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ СВЯЗАНА С

А) +массивной трансфузионной нагрузкой препаратами крови
Б) глубокой иммуносупрессией на фоне химиотерапии
В) токсическим поражением гепатоцитов цитостатиками
Г) генетической предрасположенностью пациентов

51. К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ ОТНОСИТСЯ

А) +исходный лейкоцитоз выше 100 *10^9/л
Б) мужской пол пациента
В) выраженная лимфаденопатия в дебюте заболевания
Г) отсутствие лейкоцитоза

52. ВЫСОКИЙ РИСК СПОНТАННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИМЕЕТСЯ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ ТРОМБОЦИТОВ _____ *10^9/Л
А) +менее 20
Б) 60-70
В) 40-50
Г) 200-120

53. ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) +эссенциальной тромбоцитемии
Б) гепарин-индуцированной тромбоцитопении
В) тромботической тромбоцитопенической пурпуры
Г) апластической анемии

54. ИЗ ВСЕГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ В ГЕМОГЛОБИН ВКЛЮЧАЕТСЯ _____ %
А) +70-73
Б) 20-30
В) 30-40
Г) 10-20

55. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ 10^9/Л
А) +150 - 400
Б) 150 - 200
В) 150 - 250
Г) 100 - 150

56. ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ
А) +пятнисто-петехиальный
Б) гематомный
В) васкулитно-пурпурный
Г) ангиоматозный

57. ТЕНЯМИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА НАЗЫВАЮТСЯ
А) +разрушенные ядра лимфоцитов
Б) полуразрушенные ядра моноцитов
В) злокачественные клетки
Г) плохо окрашенные клетки

58. УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ
А) +опухолевой природы
Б) увеличения эритропоэтина
В) снижения эритропоэтина
Г) системной гипоксии

59. ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) +ярко-красным оттенком кожи и слизистых

Б) желтушным цветом кожи
В) бледностью кожи и слизистых
Г) синюшным оттенком слизистых

60. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

А) +снижение уровня эритроцитов в крови
Б) повышение свободного гемоглобина в моче
В) гипохромию эритроцитов
Г) повышение уровня непрямого билирубина

61. ГЛАВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В КОСТНОМ МОЗГЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А) +более 10% плазматических клеток с чертами атипии
Б) лимфоидные клетки с чертами атипии
В) плазмобласты в большом количестве
Г) миелобласты

62. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

А) +плоских костей
Б) длинных трубчатых костей
В) крупных суставов
Г) межфаланговых суставов

63. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ _____ % ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК В КОСТНОМ МОЗГЕ

А) +10 и более
Б) 5 – 7
В) 7 – 9
Г) 3 – 5

64. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) +жировой метаморфоз кроветворного костного мозга в трепанобиоптате подвздошной кости
Б) панцитопения в периферической крови
В) малоклеточный костный мозг по данным миелограммы
Г) повышение билирубина за счет непрямой фракции

65. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ С МОМЕНТА ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ СОСТАВЛЯЕТ

А) +5 лет
Б) 1 год
В) 3 года
Г) 2 года

66. ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ В ОСНОВНОМ

А) +гиперемией кожных покровов, головными болями
Б) увеличением объема циркулирующей крови
В) полным и напряженным пульсом
Г) лейкоцитозом со сдвигом влево

67. КЛЕТКИ БОТКИНА–ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ
А) +хроническом лимфолейкозе
Б) хроническом миелолейкозе
В) миеломной болезни
Г) остром миелобластном лейкозе

68. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) +панцитопения
Б) гипохромия эритроцитов
В) анизо-пойкилоцитоз
Г) макроцитоз эритроцитов

69. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О
А) +остром лейкозе
Б) апластической анемии
В) В12-дефицитной анемии
Г) системной красной волчанке

70. В III СТАДИИ ДВС-СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) +тромбоцитопения
Б) тромбоцитоз
В) нормокоагуляция
Г) гиперкоагуляция

71. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ
А) +уровень сывороточного ферритина
Б) уровень трансферрина
В) общая железосвязывающая способность сыворотки
Г) уровень сывороточного железа

72. ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ
А) +лейкопения и тромбоцитопения
Б) лейкопения и тромбоцитоз
В) лейкоцитоз и тромбоцитопения
Г) лейкоцитоз и тромбоцитоз

73. ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНА
А) +норма
Б) лейкопения
В) тромбоцитопения
Г) относительная лимфопения

74. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ СОЧЕТАНИИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ И
А) +лейкопении, анемии, тромбоцитопении
Б) лейкоцитоза, эритроцитоза, тромбоцитоза
В) лейкоцитоза, анемии, тромбоцитопении
Г) лейкопении, анемии, тромбоцитоза

75. ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) +снижение уровня сывороточного железа
Б) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки
В) повышение содержания ферритина в сыворотке
Г) анизоцитоз и анизохромия

76. ОСНОВНЫМ ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА

А) +миелопероксидазу
Б) ß-глюкуронидазу
В) АТФазу
Г) кислую фосфатазу

77. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЗНАКАМИ ДОСТАТОЧНО НАДЕЖЕН ПРОЦЕНТ ЛИМФОЦИТОВ В МИЕЛОГРАММЕ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ БОЛЕЕ

А) +30
Б) 20
В) 10
Г) 40

78. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) +хронического миелолейкоза
Б) сублейкемического миелоза
В) острого эритромиелоза
Г) острого миеломоноцитарного лейкоза

79. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

А) +плазмоцитами
Б) лимфоцитами
В) макрофагами
Г) эозинофилами

80. К ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТНОМ МОЗГЕ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

А) +снижение клеточности костного мозга, преобладание жировой ткани
Б) преобладание кроветворного костного мозга над жировым
В) очаговую пролиферацию лимфоцитов
Г) сужение красного ростка

81. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) +спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз
Б) лейкопения, тромбоцитопения
В) плеторический синдром
Г) эритромелалгия

82. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ФАЗЕ КОНСОЛИДАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В СТАДИИ

А) +ремиссии
Б) рецидива
В) развернутой
Г) терминальной

83. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У 24-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ЛИХОРАДКОЙ, ОЗНОБОМ, БОЛЬЮ В ПОЯСНИЦЕ, УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА 70 Г/Л И ГАПТОГЛОБИНОМ НИЖЕ НОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) +внутрисосудистый гемолиз
Б) острая интермиттирующая порфирия
В) острая миоглобинурия
Г) внесосудистый гемолиз

84. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ 84 $*10^9$/Л (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8)

А) +хронический лимфолейкоз
Б) идиопатический миелофиброз
В) хронический миелолейкоз
Г) болезнь Ходжкина

85. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНА В12 В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ

А) +4-5 лет
Б) 5-8 месяцев
В) 9-12 месяцев
Г) 1-2 года

86. «Д»-ДИМЕР ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДУКТОМ ЛИЗИСА

А) +фибрина
Б) Х фактора
В) тромбоцитов
Г) тромбина

87. ВСЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) +гипохромными
Б) гиперхромными
В) нормохромными
Г) макроцитарными

88. ТРЕХРОСТКОВАЯ ЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) +дефицита витамина В12
Б) железодефицитной анемии
В) гемолитической анемии
Г) анемии хронического воспаления

89. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АГРАНУЛОЦИТОЗА ОТНОСЯТ

А) +некротическую ангину
Б) развитие сердечной недостаточности
В) геморрагический синдром
Г) тяжелую анемию

90. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШЕГО 7 ЛЕТ НАЗАД РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА (В МАЗКЕ КРОВИ МАКРОЦИТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ

А) +цианкобаламина

Б) железа
В) эритропоэтина
Г) пиридоксина

91. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА ГЕМОГЛОБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) +железодефицитной анемии
Б) В12-дефицитной анемии
В) апластической анемии
Г) гемолитической анемии

92. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
А) +постепенное развитие
Б) острое начало
В) кризовое течение
Г) выявление наследственности

93. ИСТОНЧЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН, СУХОСТЬ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, СГЛАЖЕННОСТЬ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА, НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ СУХОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ
А) +сидеропенического синдрома
Б) общеанемического синдрома
В) фуникулярного миелоза
Г) гемолитического криза

94. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ РАЗМЕР ЭРИТРОЦИТА, В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) +MCV
Б) MCH
В) MCHC
Г) RDW

95. ГИПОХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
А) +талассемии
Б) микросфероцитозе
В) дефиците В12
Г) дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

96. У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ
А) +фолиеводефицитной анемии
Б) железодефицитной анемии
В) В12-дефицитной анемии
Г) гемолитической анемии

97. ПРИ В12-ДЕФИЦИТИНОЙ АНЕМИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СКЛОННОСТЬ К
А) +панцитопении
Б) лейкоцитозу
В) тромбоцитозу
Г) появлению миелоцитов

98. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А) +В12-дефицитной анемии
Б) апластической анемии
В) железодефицитной анемии
Г) гемолитической анемии

99. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР, БОЛИ В ЖИВОТЕ, УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) +гемолитической анемии
Б) фолиеводефицитной анемии
В) железодефицитной анемии
Г) В12-дефицитной анемии

100. РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) +гемолитической анемии
Б) фолиеводефицитной анемии
В) железодефицитной анемии
Г) В12-дефицитной анемии

Критерии оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.2. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы гематологии в работе участкового терапевта

Ситуационная задача №1

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная И. 31 год, обратилась к врачу-терапевту по поводу общей слабости, утомляемости, головокружения при перемене положения тела, одышки при ходьбе. Дополнительные жалобы: на сухость кожи, ломкость и выпадение волос, недержание мочи при кашле. Из анамнеза: придерживается вегетарианского питании, мясо не

		употребляет последние 10 лет; менструальный цикл 26 дней, менструальные выделения в течение 7 дней, всегда обильные, со сгустками. Объективно: бледность кожи и видимых слизистых. Рост 165 см, вес 55 кг. Тоны сердца ритмичны, приглушены, выслушивается дующий систолический шум на верхушке. Пульс 87 в минуту, АД 106 и 70 мм рт. ст. В остальном: без особенностей. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,5 Т/л, MCV 74 fl, MCH 21 пг/эр, MCHC 27 г/дл, железо сыворотки 5,1 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом 15%, ферритин сыворотки 7,4 мкг/л.
В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз
В	3	Дайте оценку анемии по лабораторным показателям и охарактеризуйте параметры обмена железа у больной
В	4	С какими анемиями надо проводить дифференциальный диагноз?
В	5	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией

Оценочный лист к ситуационной задаче №1

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная И. 31 год, обратилась к врачу-терапевту по поводу общей слабости, утомляемости, головокружения при перемене положения тела, одышки при ходьбе. Дополнительные жалобы: на сухость кожи, ломкость и выпадение волос, недержание мочи при кашле. Из анамнеза: придерживается вегетарианского питании, мясо не употребляет последние 10 лет; менструальный цикл 26 дней, менструальные выделения в течение 7 дней, всегда обильные, со сгустками. Объективно: бледность кожи и видимых слизистых. Рост 165 см, вес 55 кг. Тоны сердца ритмичны, приглушены, выслушивается дующий систолический шум на верхушке. Пульс 87 в минуту, АД 106 и 70 мм рт. ст. В остальном: без особенностей. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,5 Т/л, MCV 74 fl, MCH 21 пг/эр, MCHC 27 г/дл, железо сыворотки 5,1 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом 15%, ферритин сыворотки 7,4 мкг/л.

В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
Э		У больной имеются проявления анемического синдрома – слабость, повышенная утомляемость головокружение при перемене положения тела, приглушенные тоны сердца, дующий систолический шум на верхушке сердца, одышка. Сидеропенический синдром (тканевый дефицит железа) проявляется сухостью кожи, ломкостью и выпадением волос, недержанием мочи при кашле.
Р2	отлично	Правильно называет синдромы, полностью указывает их клинические проявления, обязательно отмечает сочетание общеанемического синдрома с синдромом сидеропении.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает общеанемический и сидеропенический синдромы, не полностью перечисляет клинические проявления; не все критерии называет правильной терминологией; для оценки «удовлетворительно»: правильно называет анемический синдром, не знает его клинических проявлений, не знает клинических проявлений синдрома сидеропении.
Р0	неудовлетворительно	Не знает основных синдромов, не знает их клинических признаков, не владеет специальной терминологией
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз
Э		Железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне гиперменореи.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью с указанием степени тяжести; может в диагнозе не указать гиперменорею (меноррагии)
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не правильно указывает степень тяжести; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз «анемия», не знает форму заболевания и не указывает на степень тяжести.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	3	Дайте оценку анемии по лабораторным показателям и охарактеризуйте параметры обмена железа у больной
Э		Гипохромная (МСН 21 пг/эр, МСНС 27 г/дл) микроцитарная (MCV 74 fl) анемия. У больной отмечается снижение уровня гемоглобина до 82 г/л, что указывает на среднюю степень тяжести анемии, снижение эритроцитов до 3,5 Т/л. Дефицит железа доказан изменением показателей, характеризующих обмен железа: снижение сывороточного железа до 5,1 мкмоль/л, ферритина (7,4 мкг/л), коэффициента насыщения трансферрина (15%), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки до 92 мкмоль/л.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, выявленные у пациентки, правильно интерпретирует лабораторные данные, знает нормальные значения лабораторных показателей.

Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные критерии анемии и дефицита железа, интерпретирует лабораторные данные с 1-2 ошибками, знает нормальные значения лабораторных показателей; для оценки «удовлетворительно»: может оценить 2-3 лабораторных показателя, не знает референсных значений гемоглобина и эритроцитов.
Р0	неудовлетворительно	Не может охарактеризовать анемию по лабораторным критериям, не знает показателей обмена железа.
В	4	С какими анемиями надо проводить дифференциальный диагноз?
Э		Наиболее часто гипохромия эритроцитов встречается при железодефицитных анемиях (ЖДА). Другими причинами могут быть талассемии, анемии хронических заболеваний (АХЗ). Талассемия – мишеневидные эритроциты в крови, нормальное или повышенное содержание железа в крови, неконьюгированная гипербилирубинемия, ретикулоцитоз, спленомегалия (не всегда), иктеричность кожи и склер глаз, потемнение мочи. Анемия хронического заболевания – при этом не наблюдается сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (сухость, выпадение волос), изменение слизистых оболочек, извращение вкуса, лабораторные параметры: нормальная железосвязывающая способность сыворотки, повышен С-реактивный белок.
Р2	отлично	Может провести дифференциальный диагноз, допускается провести дифференциальный диагноз с В-12 дефицитной анемией, апластической, гемолитической анемиями.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: проводит дифференциальный диагноз с наиболее 2 часто встречающимися анемиями, правильно выстраивает диагностический поиск, не точен в характеристике клинических и лабораторных проявлений различных анемий; для оценки «удовлетворительно»: называет, с какими анемиями можно дифференцировать ЖДА, но не может провести дифференциальный диагноз.
Р0	неудовлетворительно	Не знает нозологии для дифференциального диагноза, не может провести дифференциальный диагноз.
В	5	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией
Э		Диета, богатая железом (красное мясо). Надо помнить, без применения препаратов железа устранить ЖДА невозможно. Лечение пероральными железосодержащими препаратами (2-х и 3-х валентными): 1 этап: устранение дефицита железа и анемии, 2 этап: восполнение запасов железа, 3 этап: противорецидивная терапия. Лечение анемии: препараты железа, например, железа полимальтозат, жевательные таблетки по 100-150 мг в день перорально вместе с едой до нормализации уровня гемоглобина (1-3 месяца). Восстановление депо железа: суточные дозы препаратов железа 50-100 мг ежедневно перорально до нормализации уровня ферритина (в среднем 3-4 месяца).

		Профилактическое лечение: 7-10 дней после менструаций в лечебных дозировках. Обязательна консультация и наблюдение у гинеколога.
Р2	отлично	Назначает лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, знает формы и дозировки препаратов, назначает железо с лечебной и профилактической целью, указывает на важность диеты.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает разные формы препаратов железа, знает дозировки, указывает на необходимость перорального приема препаратов железа, не назначает лечение для восстановления запасов железа, не назначает профилактическое лечение; для оценки «удовлетворительно»: использует для лечения препараты железа, не знает схему назначения, дозировки, допускает ошибки в тактике лечения.
Р0	неудовлетворительно	Не может назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, не знает схемы терапии препаратами железа, не знает лекарственные формы и дозировки препаратов железа.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	к.м.н. доцент Бондарева Ж.В.

Ситуационная задача №2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Н., 65 лет. Жалобы на одышку при ходьбе и подъеме на 2 этаж, сердцебиение, общую слабость, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку. Считает себя больной около 6 месяцев, в анамнезе атрофический гастрит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, с желтушным оттенком, иктеричность склер. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 88 в минуту. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык малиновый со сглаженными сосочками, печень у края реберной дуги. При неврологическом исследовании выявлено нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей. Анализ крови: гемоглобин 73 г/л, эритроциты 2,03 Т/л,

		тромбоциты 45 Г/л, лейкоциты 4,7 Г/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 68%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ 31 мм в час, эритроцитарные индексы: MCV 112 fl, MCH 38 пг/эр, MCHC 41 г/дл. Железо сыворотки 25,8 мкмоль/л, билирубин общий 25 мкмоль/л. В мазке крови: макроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полисегментация ядер нейтрофилов, тельца Жолли.
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз
В	2	Дайте оценку лабораторным показателям. Как объяснить увеличение билирубина?
В	3	Какие исследования можно использовать для диагностики дефицита В12?
В	4	Чем объяснить жалобы больной на чувство онемения в конечностях и шаткую походку?
В	5	Изложите тактику лечения.

Оценочный лист к ситуационной задаче №2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Н., 65 лет. Жалобы на одышку при ходьбе и подъеме на 2 этаж, сердцебиение, общую слабость, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку. Считает себя больной около 6 месяцев, в анамнезе атрофический гастрит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, с желтушным оттенком, иктеричность склер. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 88 в минуту. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык малиновый со сглаженными сосочками, печень у края реберной дуги. При неврологическом исследовании выявлено нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей. Анализ крови: гемоглобин 73 г/л, эритроциты 2,03 Т/л, тромбоциты 45 Г/л, лейкоциты 4,7 Г/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 68%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ 31 мм в час, эритроцитарные индексы: MCV 112 fl, MCH 38 пг/эр, MCHC 41 г/дл. Железо сыворотки 25,8 мкмоль/л, билирубин общий 25 мкмоль/л. В мазке крови: макроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полисегментация ядер нейтрофилов, тельца Жолли.
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Витамин В12-дефицитная анемия, фуникулярный миелоз.

Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может вместо термина «фуникулярный миелоз» указать на признаки поражения нервной системы.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не указывает на поражение нервной системы; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на анемию или анемический синдром, но не может назвать причину анемии.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	Дайте оценку лабораторным показателям. Как объяснить увеличение билирубина?
Э		У больной гиперхромная (МСН 38 пг/эр, МСНС 41 г/дл) макроцитарная (MCV 112 fl) анемия (снижение гемоглобина до 73 г/л и эритроцитов до 2,03 Т/л) в сочетании с лейко- и тромбоцитопенией (панцитопения). Снижение уровня гемоглобина до 73 г/л, что указывает на среднюю степень тяжести анемии. Дефицита железа нет (железо сыворотки 25,8 мкмоль/л). Повышен незначительно уровень общего билирубина до 25 мкмоль/л. Увеличение билирубина при дефиците витамина В12 объясняется неэффективным эритропоэзом, когда большое количество клеток-предшественников эритроцитов разрушается уже в костном мозге. Интенсивная деструкция эритробластов приводит к накоплению в плазме несвязанного билирубина и $ЛДГ_1$.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные критерии витамин В12-дефицитной анемии, выявленные у пациентки, правильно интерпретирует лабораторные данные, знает нормальные значения лабораторных показателей.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные критерии витамин В12-дефицитной анемии, интерпретирует лабораторные данные с 1-2 ошибками, знает нормальные значения лабораторных показателей; для оценки «удовлетворительно»: может оценить 2-3 лабораторных показателя, не знает референсных значений большинства лабораторных параметров.
Р0	неудовлетворительно	Не может охарактеризовать анемию по лабораторным критериям, не может интерпретировать лабораторные данные.
В	3	Какие исследования можно использовать для диагностики дефицита В12?
Э		Методом, подтверждающим дефицит витамина В12, является определение витамина В12 в сыворотке крови, нормальные показатели 100-250 пг/мл, низкие цифры убедительно свидетельствуют о дефиците В12. Выявляются также повышенный уровень метилмалоновой кислоты (норма 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма 5-15 мкмоль/л). Дополнительным подтверждением правильного диагноза служит ретикулоцитарный криз на 7-9 день после первой инъекции цианкобаломина.

Р2	отлично	Знает виды исследований и референсные значения; может назвать методом подтверждения стернальную пункцию с выявлением мегалобластного типа кроветворения
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает методы диагностики витамин В12-дефицитной анемии, ошибается в референсных значениях; для оценки «удовлетворительно»: указывает на необходимость лабораторного исследования витамина В12, не знает референсных значений и других методов, позволяющих подтвердить диагноз.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	4	Чем объяснить жалобы больной на чувство онемения в конечностях и шаткую походку?
Э		Жалобы больной на чувство онемения в конечностях и шаткую походку в сочетании с данными неврологического исследования, выявившего нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей, являются проявлением «фуникулярного миелоза» – поражения (демиелинизации) задних и боковых столбов спинного мозга при дефиците витамина В12. Цианкобаламин является коферментом, участвующем в обмене жирных кислот (реакции превращения метилмалонил-КоА в сукцинил-КоА; эта реакция необходима для метаболизма миелина в нервной системе). При недостатке витамина В12 накапливаются токсичные для нервной системы пропионовая и метилмалоновая кислоты. Поэтому при дефиците цианкобаламина, наряду с мегалобластной анемией, отмечается поражение нервной системы.
Р2	отлично	Знает патогенез и клинические проявления поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: знает клинические проявления поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии, не может объяснить причину их возникновения; для оценки «удовлетворительно»: указывает на возможность поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии, не знает причин, путается в симптомах «фуникулярного миелоза».
Р0	неудовлетворительно	Не знает причин и клинических проявлений поражения нервной системы при витамин В12-дефицитной анемии.
В	5	Изложите тактику лечения.
Э		Показана консультация врача-гематолога. Тактика лечения: пациент должен лечиться и наблюдаться у гематолога. Проводится заместительная терапия витамином В12, в виде внутримышечных инъекций цианокобаламина. С лечебной целью витамин В12 вводят в/мышечно по 1000 мкг ежедневно вплоть до нормализации картины крови, а затем эту дозу назначают 1 раз в месяц длительно (пожизненно). Существуют и другие «схемы» лечения. Например, по 1000 мкг в сутки до нормализации гемоглобина, затем по 1000 мкг 1 раз в

		неделю в течение 1-2 месяцев, затем по 1000 мкг 1 раз в месяц длительно. Если нет признаков поражения нервной системы, дозировка цианокобаламина составит 500 мкг. Рекомендовано употребление в пищу продуктов животного происхождения (печень, почки, яйца, молоко); исключение приёма алкоголя.
Р2	отлично	Знает тактику лечения в соответствии с клиническими рекомендациями, ориентируется в схемах лечения.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: назначает заместительное лечение цианкобаломином, допускает ошибки в схемах лечения, лечебной тактике; для оценки «удовлетворительно»: знает о необходимости заместительного лечения цианкобаломином (витамином В12), не знает схем лечения и лечебной тактики.
Р0	неудовлетворительно	Не знает препаратов, используемых для лечения, не может назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	к.м.н. доцент Бондарева Ж.В.

Ситуационная задача №3

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°С с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость десен. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в

		ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 100 и 65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты 2,3 Т/л, гемоглобин 78 г/л, тромбоциты 30,0 Г/л, лейкоциты – 28,9 Г/л; лейкоцитарная формула: бласты 32%, миелоциты 0%, юные нейтрофилы 0%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 38%, лимфоциты 25%, СОЭ 30 мм/час.
В	1	Какой предварительный диагноз можно поставить?
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Тактика дополнительного обследования для уточнения диагноза?
В	4	Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
В	5	Какие осложнения возможны при данном заболевании.

Оценочный лист к ситуационной задаче №3

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°С с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость десен. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 100 и 65

		мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты 2,3 Т/л, гемоглобин 78 г/л, тромбоциты 30,0 Г/л, лейкоциты – 28,9 Г/л; лейкоцитарная формула: бласты 32%, миелоциты 0%, юные нейтрофилы 0%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 38%, лимфоциты 25%, СОЭ 30 мм/час.
В	1	Какой предварительный диагноз можно поставить?
Э		Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может не вынести в диагноз гепатоспленомегалию, тромбоцитопению.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не выносит в диагноз синдромы; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, не указывает на дебют заболевания или формулирует диагноз лейкоз, затрудняется указать форму лейкоза.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями острого лейкоза являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала», анемии (гемоглобин 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.
Р2	отлично	Обосновывает диагноз полностью, указывает на важность обнаружения бластных клеток в периферической крови и лейкемического «провала»
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: обосновывает диагноз не полностью, может указать на один из ключевых моментов: бластоз периферической крови или лейкемический «провал»; для оценки «удовлетворительно»: может обосновать 2-3 синдрома, не знает, что такое бластоз периферической крови или лейкемический «провал».
Р0	неудовлетворительно	Не может обосновать диагноз
В	3	Тактика дополнительного обследования для уточнения диагноза?
Э		Направить на обследование в стационар к врачу-гематологу. Основные виды исследований для уточнения диагноза острого лейкоза выполняет гематолог: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкемический «провал», анемия, тромбоцитопения); стернальная пункция и трепанобиопсия (20% и более бластных

		клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).
Р2	отлично	Правильно выбирает тактику дополнительного обследования, указывает, что дальнейшее обследование должно проводиться в стационаре врачом-гематологом
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: выбирает 2-3 вида дополнительного исследования, указывает, что обследование должен проводить гематолог; для оценки «удовлетворительно»: указывает на необходимость исследования костного мозга, не знает других видов обследования при данной патологии.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	4	Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
Э		Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию ремиссии, поддерживающую терапию, профилактику нейролейкемии. По показаниям возможно проведение аллогенной трансплантации костного мозга.
Р2	отлично	Может правильно выбрать и обосновать тактику ведения пациента с острым лейкозом.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: назначает полихимиотерапию с использованием цитостатиков, не в полном объеме называет этапы терапии, указывает, что больного ведет врач-гематолог; для оценки «удовлетворительно»: назначает лечение цитостатиками, не знает этапов лечения.
Р0	неудовлетворительно	Не знает препаратов и этапов лечения, не знает тактики ведения больного.
В	5	Какие осложнения возможны при данном заболевании.
Э		К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния). К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция.
Р2	отлично	Знает осложнения острого лейкоза, может не указать на побочное действие цитостатиков.
Р1	хорошо/	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос

	удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указывает на только основные осложнения (поражение ЦНС, кровотечения, инфекционные осложнения); для оценки «удовлетворительно»: называет 1-2 осложнения острого лейкоза.
Р0	неудовлетворительно	Не знает осложнений острого лейкоза.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	к.м.н. доцент Бондарева Ж.В.

4. Критерии оценивания результатов обучения

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.