

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному

развитию здравоохранения

Дата подписания: 31.03.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.29 ГЕМАТОЛОГИЯ
(2025 год приема)**

г. Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап - компьютерное тестирование (далее - тестирование).
- 2 этап - решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап - компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ - это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий - 60, соответственно - это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап - решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания - решения ситуационных задач - формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов - за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного

испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов,

максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

1.	Конституция РФ и РБ. Основные положения действующих в настоящее время законов.
2.	Виды, формы и условия оказания медицинской помощи населению. Организация амбулаторной, стационарной помощи населению.
3.	Методика сбора и медико-статистического анализа информации о состоянии здоровья населения и деятельности медицинских организаций.
4.	Экономика здравоохранения. Характеристика ресурсов здравоохранения и показателей их использования..
5.	Определение педагогики, как науки. Объект, предмет, функции и задачи
6.	ФЗ «Об образовании в РФ» Приоритеты образовательной политики РФ..
7.	Дидактика, как одна из педагогических научных дисциплин.
8.	Сущность понятия «воспитание».
9.	Нормативно-правовые основы Всероссийской службой медицины катастроф.
10.	Организация и проведение мероприятий по защите населения, больных и медицинских работников от вредных и опасных факторов природного и техногенного происхождения
11.	Организация и оказание медицинской помощи при ликвидации медикосанитарных последствий чрезвычайных ситуаций радиационной природы.
12.	Организация и проведение противоэпидемиологических мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
13.	Причины и механизмы типовых патологических процессов и реакций, их проявление и значение для организма при развитии различных заболеваний.
14.	Основные понятия общей нозологии, принципы классификации болезней.
15.	Клинико-морфологические аспекты современной патологии.
16.	Организация амбулаторно-поликлинической гематологической помощи
17.	Особенности лечения гематологических больных в амбулаторнополиклинических условиях.
18.	Организация гематологической стационарной помощи.
19.	Структура учреждений гематологической помощи в РФ. Развитие гематологической помощи в стране.
20.	Учение о клетке (Строение клетки, Клеточные мембраны, Ядро, Цитоплазма, деление клетки (митотический цикл).
21.	Схема кроветворения Воробьева Черткова. Регуляция кроветворения. Номенклатура и классификация клеток.
22.	Строение и функции костного мозга. Нормальный костный мозг.
23.	Строение и функции лимфоидных органов (тимус, лимфатические узлы, селезёнка).
24.	Иммунокомпетентная система и механизмы иммунитета.
25.	Генетика заболеваний системы крови, причины и механизмы мутации генов Понятие об онкогенах, аномалии хромосом и их природа. Гемофилии.
26.	Методы генетического и цитогенетического анализа. Медикогенетическое

	консультирование в гематологии.
27.	Исследование крови: Гемоглобина, Эритроцитов и ретикулоцитов, лейкоцитов и формулы крови, тромбоцитов, СОЭ. ОАК в норме
28.	Цитологические методы исследования: световая микроскопия , сканирующая электронная микроскопия , электронная микроскопия .
29.	Гистологические методы исследования: костного мозга (трепанобиопсия), лимфоузлов и селезенки, печени.
30.	Пробы, определяющие механизмы гемолиза эритроцитов: проба Кумбса. Осмотическая резистентность эритроцитов.
31.	Определение групп крови и резус-принадлежности, индивидуальный подбор крови для гемотрансфузии.
32.	Острые лейкозы (Классификация, этиология, патогенез, ПХТ, прогноз).
33.	Показания для трансплантации костного мозга.
34.	Принципы ведения больных с острыми лейкозами. Переливание крови, антибактериальная терапия.
35.	Хронические лейкозы (ХМЛ, ХЛЛ, определение, классификация, этиология, патогенез, клиника).
36.	Эритремия, Полицитемия, Остеомиелофиброз – дифференциальная диагностика этих заболеваний.
37.	Парапротеинемические гемобластозы: множественная миелома и болезнь Вальденстрема.
38.	Лимфогранулематоз (этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение).
39.	Железодефицитная анемия: дифференциальная диагностика, показания для переливания крови, тактика лечения, прогноз.
40.	Анемия хронических заболеваний: что это такое.
41.	Мегалобластные анемии (витамин В 12 дефицитная анемия, фолиеводефицитная анемия). Прогноз.
42.	Гемолитические анемии (Классификация, патогенез, клинические проявления, общие проявления, общие признаки гемолитических анемий). Показания для переливания эритроцитарной массы при аутоиммунной гемолитической анемии.
43.	Апластическая анемия. Прогноз заболевания, тактика лечения.
44.	Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, тактика ведения, прогноз.
45.	ДВС-синдромы (диссеминированное внутрисосудистое свертывание).
46.	Лейкемоидные реакции: лимфоидного и миелоидного типа.
47.	Агранулоцитозы и нейтропении. Этиология, патогенез, картина крови и костного мозга.
48.	Показания для проведения спленэктомии в гематологии. Заболевания при которых показана спленэктомия.
49.	Заместительная трансфузионная терапия (эритроцитарная, 50. тромбоцитарная, СЗП).

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается:

- А. гиперкоагуляция
- Б. нормокоагуляция
- В. гипокоагуляция
- Г. ДВС-синдром

2. Какой тип кровоточивости характерен для ДВС-синдрома?
- А. смешанный синячково-гематомный
 - Б. петехиально-экхиматозный
 - В. гематомный
 - Г. локуло-васкулитный
3. Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:
- А. 120 дней
 - Б. 20 дней
 - В. 60 дней
 - Г. 10 дней
4. К регенераторным формам эритроцитов относятся:
- А. ретикулоциты
 - Б. полихроматофилы
 - В. пойкилоциты
 - Г. анизоциты
5. Основу опухолевой клеточной популяции при миеломной болезни составляют
- А. плазматические клетки
 - Б. лимфоциты
 - В. моноциты
 - Г. ретикулоциты
6. При лечении витамином В12:
- А. обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
 - Б. ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения;
 - В. ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;
 - Г. всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии.
7. Острый лейкоз диагностируется по данным миелограммы на основании
- А. увеличения количества бластных клеток
 - Б. увеличения клеточности костного мозга
 - В. уменьшения эритроидного ростка
 - Г. наличия всех параметров
8. При развитии хронического лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения
- А. любого ростка кроветворения
 - Б. гранулоцитарного ростка
 - В. эритроцитарного ростка
 - Г. лимфоидного ростка

9. Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается
- А. при хроническом миелолейкозе
 - Б. при остром миелобластном лейкозе
 - В. при хроническом лимфолейкозе
 - Г. при остром лимфобластном лейкозе
10. Специфическое поражение оболочек мозга (нейролейкемия) наиболее часто наблюдается
- А. при остром лимфобластном лейкозе
 - Б. при остром миелобластном лейкозе
 - В. при хроническом миелолейкозе
 - Г. при хроническом лимфолейкозе
11. Нейролейкемия наиболее часто развивается при остром лимфобластном лейкозе
- А. позже, чем поражение костного мозга
 - Б. раньше, чем поражение костного мозга
 - В. одновременно с поражением костного мозга
 - Г. в любой ситуации
12. У больной 65 лет выявлена миеломная болезнь с множественными поражениями преимущественно плоских костей. Лечение целесообразно начать
- А. с химиотерапии
 - Б. с облучения зон костного поражения быстрыми электронами
 - В. с введения радиоактивного фосфора
 - Г. с дистанционной g-терапии зон костного поражения
13. Профилактическое облучение головного мозга при остром лимфобластном лейкозе проводится в СОД
- А. 22-26 Гр
 - Б. 10-15 Гр
 - В. 30-40 Гр
 - Г. более 40 Гр
14. При хроническом миелолейкозе с выраженной спленомегалией облучение селезенки А. может быть проведено мелкими фракциями, РОД (разовая очаговая доза) 0.52 Гр
- Б. средними фракциями (РОД 3-4 Гр)
 - В. крупными фракциями (РОД 5-6 Гр)
 - Г. облучение селезенки не применяют
15. При проведении индукционной лекарственной терапии острого лейкоза основным критерием оценки эффективности лечения являются

- А. данные миелограммы
- Б. данные гемограммы
- В. динамика клинических проявлений
- Г. все приведенное

16. Задачей индукционного лекарственного лечения острого лейкоза является достижение

- А. полной ремиссии (костно-мозговой, гематологической, клинической)
- Б. клинического благополучия
- В. нормализации гемограммы
- Г. санации спинномозговой жидкости

17. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

- А. шейно-надключичных лимфоузлов
- Б. медиастинальных лимфоузлов
- В. забрюшинных лимфоузлов
- Г. паховых лимфоузлов

18. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается с частотой

- А. до 10%
- Б. от 20 до 50%
- В. от 50 до 70%
- Г. более 70%

19. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена

- А. III стадия
- Б. II стадия
- В. I стадия
- Г. IV стадия

20. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся

- А. потеря веса, гипертермия (более 38°C), профузная потливость
- Б. потеря веса, профузная потливость
- В. потеря веса, гипертермия (более 38°C)
- Г. кожный зуд, потеря веса, профузная потливость, гипертермия (более 38°C)

21. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются

- А. лимфоидное преобладание, нодулярный склероз
- Б. лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение

- В. нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант
- Г. смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение

22. Появление кожного зуда при лимфосаркоме

- А. не характерно
- Б. характерно
- В. иногда
- Г. в большинстве случаев

23. Диагноз нейрорлейкемии может быть поставлен на основании исследования данных

- А. люмбальной пункции
- Б. миелограммы
- В. компьютерного исследования головного мозга
- Г. всех приведенных видах исследования

24. У больной 27 лет лимфогранулематоз (нодулярный склероз) pIa стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области. Спленэктомия произведена. Наиболее целесообразная лечебная тактика

- А. лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон лимфатических узлов выше диафрагмы
- Б. лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон выше диафрагмы + парааортальных лимфоузлов и ложа селезенки
- В. 2 курса полихимиотерапии ЦВПП, облучение левой шейно-надключичной зоны + 2 курса ЦВПП г) 6 курсов полихимиотерапии ЦВПП
- Г. 2 курса полихимиотерапии ЦВПП

25. При маргинальном рецидиве лимфогранулематоза после радикальной лучевой терапии повторное облучение

- А. целесообразно как дополнительный метод после химиотерапии в СОД 30-35 Гр
- Б. невозможно
- В. целесообразно как самостоятельный метод, но при суммарной дозе не больше 30 Гр
- Г. целесообразно в полной лечебной дозе как самостоятельный метод

26. При лечении любого варианта лимфосаркомы I-IIa стадии лучевая терапия целесообразна

- А. как этап комбинированного лечения
- Б. как самостоятельный метод по радикальной программе
- В. нецелесообразна
- Г. Необходима после завершения химиотерапии

27. При проведении индукционной лекарственной терапии острого лейкоза основным критерием оценки эффективности лечения являются
- А. данные миелограммы
 - Б. данные гемограммы
 - В. динамика клинических проявлений
 - Г. все приведенное
28. Лимфогранулематозом чаще болеют
- А. мужчины
 - Б. женщины
 - В. заболеваемость не коррелирует с полом
 - Г. дети
29. Из внелимфатических поражений при прогрессировании лимфогранулематоза наиболее часто встречается поражение
- А. легочной ткани
 - Б. скелета, почек
 - В. печени
 - Г. костного мозга
30. Костный мозг при лимфогранулематозе вовлекается в процесс в виде
- А. очагового поражения
 - Б. развития лейкемизации
 - В. и того, и другого
 - Г. ни того, ни другого

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной Б., 58 лет, пенсионерка, поступил в т/о с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головные боли, головокружение, одышку, сердцебиение при малейшем движении, повышение температуры до 37 градусов. Жжение на кончике языка, сухость во рту, отсутствие аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии и тошноту после еды, прогрессирующее похудание. состояние больной средней тяжести, сознание ясное, телосложение правильное, выраженная кахексия. Кожные покровы бледные, с легким иктеричным оттенком, склеры слегка желтушны, лицо одутловатое, кожа сухая. тургор снижен. На ногах пастозность. При поколачивании грудины отмечается болезненность. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Тоны сердца глухие, учащены до 112/минуту, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык увеличен в объеме, ярко красного цвета, на спинке языка имеются трещины. Живот впалый, по средней линии живота виден послеоперационный рубец. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберьи. Печень выходит из под края реберной дуги на 3 см., плотная, болезненная. Железо сыворотки крови – 20 мкмоль/л (норма 14,3 – 28). БР сыворотки крови - 28,8 мкмоль/л (норма

8,6 – 20,5). Прямая реакция Ванден – Берга отрицательная. Пунктат костного мозга: гиперплазия за счет клеток эритроцитарного ряда, эритропоэз мегалобластического типа, мегалобластов 15% по отношению ко всем эритробластическим элементам. Лейкопоэз угнетен за счет задержки созревания гранулоцитов. Индекс созревания нейтрофилов 0,9, (норма 0,6-0,8). Мегакариоциты единичные. Тромбоциты 0-1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Интерпретируйте результаты пунктата костного мозга, какие показатели наиболее важны для данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

2. Больной К., 18 лет, учащийся лесопромышленного колледжа поступил в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, боли в горле, а также в костях, суставах, повышенную температуру до 38–39 градусов, кровоточивость из носа и десен. Считает себя больным, когда после переохлаждения появились боли в горле, поднялась температура до 38 градусов. 18 марта обратился в поликлинику к врачу, лечился антибиотиками, аспирином. Состояние не улучшалось, прогрессировала общая слабость, недомогание, появились боли в костях и суставах. Лечился у оториноларингологов, так как боли в горле нарастали, затрудняя глотание. 4 апреля появились носовые кровотечения и из десен, на теле заметил «синяки». Больной госпитализирован для лечения обследования. Объективно: общее состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное, постельное. Кожные покровы бледные, на коже бедер, живота, предплечий имеются синяки и подкожные кровоизлияния. Кожа повышенной влажности, тургор кожи удовлетворительный. Пальпируются подчелюстные, околоушные, шейные лимфоузлы размером до 2 см, при пальпации плотные, подвижные, несколько болезненные. Зев гиперемирован, на твердом и мягком небе точечные кровоизлияния, миндалины некротизированы, покрыты гнойным налетом. Суставы видимо не изменены, при поколачивании по костям – выраженная болезненность. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, учащенные, систолический шум на верхушке. Пульс частый, малый. АД 90/50 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный, несколько вздут. Печень и селезенка не пальпируются. периферических отеков нет. Пунктат костного мозга: Костный мозг богат клеточными элементами. Гранулопоэз: созревание нарушено, миелобластов до 30%, индекс созревания нейтрофилов 1,5 увеличен за счет бластных клеток, клеток переходного ряда нет. Мегакариоциты не найдены. Красный росток резко сужен, эритропоэз нормобластического типа

Вопросы:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Интерпретируйте результаты пунктата костного мозга, какие показатели наиболее важны для данного заболевания.
5. Назначьте лечение

3. Больная Ф., 26 лет, преподаватель средней школы, поступила в т/о с жалобами на слабость, головокружение, одышку, сердцебиение при небольшой физической нагрузке, потерю аппетита, боли в левом подреберье. Считает себя больной с 23 лет, когда при первой беременности стала отмечать слабость, одышку, бледность кожных покровов. При обследовании в женской консультации обнаружена анемия, увеличение селезенки. В связи с тем, что поднялась температура, появилось желтушное окрашивание кожи, нарастало малокровие и общая слабость, беременность была прервана. В дальнейшем состояние больной оставалось удовлетворительным, но каждые 3–6 месяцев наступали периодические ухудшения, сопровождаемые ознобом, повышением температуры, слабостью, сердцебиением, легким пожелтением кожных покровов и видимых слизистых, увеличением селезенки и болями в левом подреберье. Лечилась в т/о и гематологическом отделении, больной предлагалось спленэктомия, от которой она отказалась. Последнее ухудшение наступило после переохлаждения и простудного заболевания. Мать больной умерла в молодом возрасте, вскоре после родов. Отец здоров. Братьев и сестер не имеет. Объективно: состояние больной средней тяжести, сознание ясное, телосложение правильное, выраженная кахексия. Кожные покровы бледные, с легким иктеричным оттенком, склеры слегка желтушны, лицо одутловатое, кожа сухая. тургор снижен. На ногах пастозность. При поколачивании грудины отмечается болезненность. дыхание поверхностное, 28 дых. Движений в мин. Тоны сердца глухие, учащены до 112 ударов/минуту, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык увеличен в объеме, ярко красного цвета, на спинке языка имеются трещины. Живот впалый, по средней линии живота виден послеоперационный рубец. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберьи. Печень выходит из под края реберной дуги на 3 см., плотная, болезненная. Пунктат костного мозга: количество ядерносодержащих элементов увеличено в основном за счет клеток эритроцитарного ряда. Лейкопоз в норме. Эритропоз нормобластический, красный росток в состоянии раздражения, увеличено число нормобластов, индекс созревания эритробластов 1,0 (норма 0,8). Количество мегакариоцитов в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.

4. Интерпретируйте результаты пунктата костного мозга, какие показатели наиболее важны для данного заболевания.

5. Назначьте лечение

Зав. кафедрой внутренних болезней №3,
д.мед.н., профессор



Н.Т Ватутин