

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике патология

по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Патологическая анатомия	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> •знать правила направления материала и сроки выполнения гистологических исследований •знать основные морфологические проявления заболеваний •знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях •знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях •знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> •провести микроскопическое исследование гистологических препаратов •оформить заключение, используя современные классификации различных заболеваний •проводить фото регистрацию патологических процессов и архивирование гистологических препаратов <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> •описанием макроскопического вида биоптатов и операционного материала •методами вырезки операционного и биопсийного материала •выбором метода фиксации, 	Тесты Ситуационные задачи	40 3

			проводки и окраски материала для гистологического исследования •методом гистологического исследования микропрепаратов •дифференциальной диагностикой патологических процессов, •оформлением диагноза после исследования гистологических препаратов •методом формирования документального и гистологического архива		
2	Раздел 2. Патологическая физиология	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9	Знать: • проявления патологических состояний, симптомов, синдромов при патологии Уметь: • выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы при патологии Владеть: • методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов при патологии	Тесты Ситуационные задачи	10 7

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Раздел 1 Патологическая анатомия

Тестовые задания с вариантами ответов		Номер компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Выберите один правильный ответ		
1. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ 1) гиперплазия 2) метаплазия 3) дисплазия 1 степени 4) дисплазия 3 степени 5) атрофия		УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
2. РАК ЛЕГКОГО ЧАСТО ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ 1) недифференцированного (анапластического) рака		УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9

<ul style="list-style-type: none"> 2) аденокарциномы 3) железисто-плоскоклеточного рака 4) бронхоальвеолярного рака 5) перстневидноклеточного рака 	
<p>3. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острая пневмония 2) межочечная пневмония 3) острый бронхит 4) хронический бронхит 5) бронхоэктатическая болезнь 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>4. ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) печени 2) яичниках 3) перибронхиальных лимфоузлах 4) бифуркационных лимфоузлах 5) головном мозге 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>5. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) печени 2) костях 3) перибронхиальных лимфоузлах 4) бифуркационных лимфоузлах 5) головном мозге 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>6. ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ателектаз 2) легочное кровотечение 3) хронический бронхит 4) нагноение и некроз опухоли бронхоэктазы 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>7. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) прогрессирование злокачественной опухоли 2) нагноение опухоли 3) бронхит 4) ателектаз 5) легочное кровотечение 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) крупозная 2) бронхопневмония 3) плевропневмония 4) долевая пневмония интерстициальная 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>9. АБСЦЕСС ЛЕГКОГО – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) разлитое гнойное воспаление ткани легкого 2) очаговое гнойное воспаление ткани легкого 3) гнойное воспаление плевры 4) организация экссудата в альвеолах 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9

5) серозное воспаление ткани легкого	
10. СТЕНКА ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО СОСТОИТ ИЗ 1) фиброзной ткани 2) грануляционной ткани 3) ткани легкого, пропитанной нейтрофильными лейкоцитами 4) грубоволокнистой соединительной ткани 5) выстилки из многослойного эпителия	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
11. КАРНИФИКАЦИЯ – ЭТО 1) скопление экссудата в просвете альвеол 2) очаговое гнойное воспаление ткани легкого 3) организация экссудата в просвете альвеолах 4) перибронхиальный склероз 5) периваскулярный склероз	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
12. ХРОНИЧЕСКОЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ (ХНЗЛ), РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ПНЕВМОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ 1) хронический бронхит 2) бронхоэктатическая болезнь 3) обструктивная эмфизема легких 4) хронический абсцесс 5) интерстициальная болезнь легких	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
13. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ПНЕВМОНИТОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ 1) хронический бронхит 2) бронхоэктатическая болезнь 3) обструктивная эмфизема легких 4) хронический абсцесс 5) интерстициальная болезнь легких	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА 1) производственная пыль 2) аллергический фактор 3) аутоиммунный фактор 4) переохлаждение инфекция	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
15. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ ЯВЛЯЕТСЯ ФОНОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ 1) острого пневмонита 2) рака легкого 3) ИБЛ 4) бронхопневмонии 5) межуточной пневмонии	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
16. БРОНХОЭКТАЗЫ - ЭТО 1) сужение просвета бронхов	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9

<ul style="list-style-type: none"> 2) расширение просвета бронхов 3) хроническое воспаление стенки бронхов 4) гиперплазия и метаплазия эпителия бронхов 5) фиброз стенки бронхов 	
<p>17. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) генетический дефект синтеза антипротеаз 2) фиброз стенки бронха 3) гиперпродукция слизи 4) кашлевой толчок 5) перестройка эпителия бронха 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>18. К РАЗВИТИЮ ПРИОБРЕТЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый бронхит 2) хронический бронхит 3) бронхопневмония 4) пневмосклероз 5) все перечисленное 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>19. ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) спадение респираторного отдела легких 2) избыточное содержание воздуха в легких 3) уменьшение воздушности легких 4) разрастание фиброзной ткани в легких воспалительные инфильтраты в стенках альвеол 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>20. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЙ ВИД ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хроническая диффузная обструктивная 2) старческая 3) очаговая 4) викарная 5) компенсаторная 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>21. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДИФFUЗНОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфекция 2) генетическая предрасположенность 3) производственная пыль 4) аутоиммунный фактор 5) иммунодефицит 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>22. РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ПРЕДШЕСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пневмосклероз 2) острая пневмония 3) бронхоэктазы 4) хронический бронхит 5) бронхиальная астма 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>23. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ИБЛ В СТАДИИ</p>	УК1, ПК 1,

<p>АЛЬВЕОЛИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эктазия бронхиол 2) фиброз межальвеолярных перегородок 3) воспалительная инфильтрация интерстиция альвеол 4) воспалительная инфильтрация стенки бронхов 5) эмфизема 	ПК 5, ПК9
<p>24. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ХНЗЛ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хронической сердечно-легочной недостаточности 2) острой сердечно-легочной недостаточности 3) гипертрофии правого желудочка сердца 4) хронического венозного застоя в легких 5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>25. «ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ» - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипертрофия левого желудочка 2) дилатация полостей сердца 3) гипертрофия правых отделов сердца 4) жировая дистрофия миокарда 5) правожелудочковая недостаточность 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>26. ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» РАЗВИВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый венозный застой малого круга кровообращения 2) хронический венозный застой малого круга кровообращения 3) острый венозный застой большого круга кровообращения 4) хронический венозный застой большого круга кровообращения <p>отек легких</p>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>27. ПРИ РАЗВИТИИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА БОЛЬНЫЕ УМИРАЮТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острой почечной недостаточности 2) хронической почечной недостаточности 3) острой сердечной недостаточности 4) хронической сердечной недостаточности 5) дыхательной недостаточности 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ХНЗЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острая сердечно-легочная недостаточность 2) хроническая сердечно-легочная недостаточность 3) гангрена легких 4) острый абсцесс легких 5) диффузный гранулематозный альвеолит 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>29. ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХНЗЛ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое полнокровие в малом круге кровообращения 2) хроническое полнокровие в малом круге 	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9

<p>кровообращения 3) острый венозный застой в большом круге кровообращения 4) хронический венозный застой в большом круге кровообращения 5) отек и полнокровие легких</p>	
<p>30. ПРИ ХНЗЛ ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) некротического нефроза 2) хронического гломерулонефрита 3) некроза эпителия почечных канальцев 4) множественных абсцессов почек 5) вторичного амилоидоза 	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>Раздел 2. Патологическая физиология</p>	
<p>1 РЕТРОГРАДНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА</p> <ol style="list-style-type: none"> а) на уровне периферических нервов б) в центральной нервной системе в) в изолированном нейроне г) в проксимальных канальцах нефронов д) в дистальных канальцах нефронов <p>2. ВАЖНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ: Ноцицептивные рецепторы Энкефалины Эндорфины Опиатные рецепторы</p> <p>3. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ НОЦИЦЕПТОРЫ АКТИВИРУЮТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ: Сильных механических воздействий Нагревание кожи выше 45° С Избытка эндорфинов Избытка К+ Избытка гистамина</p> <p>4. ВОСХОДЯЩИЕ ПРОВОДНИКИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ТЕМ, ЧТО: Берут начало от нейронов передних рогов спинного мозга Перекрещиваются в месте входа в спинной мозг Оканчиваются на нейронах коры больших полушарий Оканчиваются на нейронах таламуса и ретикулярной формации ствола мозга</p> <p>5. БОЛЬ НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ: Брыжейки тонкого кишечника и париетальной брюшины Ткани легких Висцеральной плевры Париетальной плевры</p> <p>6. ПЕРВИЧНЫЙ ЭКЗОГЕННЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> а) тромбоз церебральных сосудов б) энцефалит 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

в)ботулинический токсин

- г) нарушение межнейрональных и системных отношений
- д) генератор патологически усиленного возбуждения

7. ПЕРВИЧНЫЙ ЭНДОГЕННЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

а)тромбоз церебральных сосудов

- б) изменение секреции медиаторов
- в) ботулинический токсин
- г) нарушение межнейрональных и системных отношений
- д) генератор патологически усиленного возбуждения

8. ВТОРИЧНЫЙ ЭКЗОГЕННЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

а) тромбоз церебральных сосудов

- б) менингит
- в) ботулинический токсин
- г) фосфоорганические соединения

д)генератор патологически усиленного возбуждения

9. ОБРАЗОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ЦНС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) адаптивным значением для организма

б)дезорганизацией под ее влиянием интегративной деятельности нервной системы

- в) с этого начинается патологический процесс в нервной системе
- г) это является исходом патологического процесса в нервной системе

10. СНИЖЕНИЕ ВОЗБУДИМОСТИ ИЗОЛИРОВАННЫХ НЕЙРОНОВ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- а) помещением в изотоническую среду
- б) воздействием инфракрасного излучения

2.2 Ситуационные задачи

Раздел 1. Патологическая анатомия

ВОПРОСЫ

ричной инфекцией, уже длительное время хронический бронхит с часто повторяющимися обострениями, в том

ржака стенки бронхов, при кашлевых толчках в месте наименьшего сопротивления происходит выпячивание стенок

й характер, может быть периваскулярным, перибронхиальным, в виде очагов карнификации (замещения экссудата

? Какой у них исход?

монии. В исходе возможно рассасывание или организация экссудата.

ПРОСЫ

арном обследовании найдены распространенные бронхоэктазы, пневмосклероз (картина хронического неспецифич

ржака стенки бронхов, при кашлевых толчках в месте наименьшего сопротивления происходит выпячивание стенок

образованием полипов, гиперплазия слизистых желез с гиперпродукцией слизи, фиброз, перестройка эпителия (гипер

и.

венозного застоя.

ПРОСЫ

я, обнаружено сужение нижнедолевого бронха за счет патологического образования, выступающего в просвет. Вздошный, очаговая дисплазия 3 степени.

щихся в воздухе физических/ химических частиц, торпидная к лечению инфекция

и клеток признаков атипии.

ПРОСЫ

плохо (температура тела 38°, головная боль), однако вынужден был остаться на ночное дежурство и сделать не

озно-геморрагический с некрозами бронхит (поражаются в том числе мелкие бронхи). В легких - очаговая интерстициальная пневмония (отек головного мозга, мелкие кровоизлияния в головном мозге и других органах), воспалительный процесс в мозге

мозга

ПРОСЫ

2 лет с диагнозом лимфогранулематоз. Имеется увеличение лимфоузлов одной группы в области шеи в виде пакета

Березовского-Штернберга

локальный вариант или генерализованный)?

лимфогранулематоз, смешанно-клеточный вариант?

Березовского-Штернберга.

потому, что это вариант лимфогранулематоза с высокой степенью злокачественности.

ПРОСЫ

после острой, раздражающей. К вечеру появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, рвота. К утру самочувствие улучшилось.

в этом гастрите.

повышение слизообразования эпителия (слизистая дистрофия), умеренная воспалительная инфильтрация нейтрофильными

инфекционные агенты, продукты нарушенного обмена.

ПРОСЫ

ное отделение ННИИТО. Несмотря на интенсивные лечебные мероприятия, пациент умер уже к концу первых суток.

тии ткань почки выбухает, на разрезе почки корковый слой белесоватого цвета, мозговой слой красного цвета.

оз эпителия извитых канальцев, возможны признаки тубулорексиса (разрыв базальной мембраны отдельных канальцев).

ПРОСЫ

остоянии с симптомами острой печеночной недостаточности. Известно, что было отравление грибами. Благодаря

гоцитов с образованием жиро-белкового детрита. В стадию красной дистрофии - фагоцитоз жиробелкового детрита.

ротический цирроз печени.

ПРОСЫ

ый жидкий стул. Клинически заподозрена дизентерия. Последующее бактериологическое исследование подтверди

я с формированием единичных эрозий, в собственной пластинке - резкое полнокровие, отек, слабо выраженные л

цией покровного эпителия (выздоровление).

ПРОСЫ

ой мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Несмотря на интенсивное лечение, увеличились пахов

екции, бактериальная эмболия с образованием метастатических гнойников.

х, размножаются, повреждая ткань, в ответ на что формируются фокусы гнойного воспаления.

ия в ней развиваются?

изменений (гиперплазии лимфоидных фолликулов, синусным гистиоцитозом).

Раздел 2. Патологическая физиология

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	65-летняя женщина была госпитализирована после того, как в течение трех лет у нее наблюдались прогрессирующие нарушения памяти с периодическими острыми эпизодами дезориентации во времени и пространстве. За 3 месяца до госпитализации больная уже не могла обходиться в быту без посторонней помощи и, кроме того, у нее отмечалось недержание мочи. Неврологическое обследование выявило выраженную дезориентацию во времени и пространстве, афазию (тяжелое расстройство речи), апраксию (невозможность произвести целенаправленное действие), патологический хватательный рефлекс, повышение сухожильных рефлексов на руках и ногах. При компьютерной томографии обнаружено расширение внутрижелудочкового пространства и диффузная атрофия коры головного мозга. Через 5 месяцев после госпитализации больная скончалась. При гистологическом исследовании срезов коры головного мозга и гиппокампа обнаружены многочисленные очаги внеклеточных отложений амилоида, внутриклеточные нейтрофибриллярные клубки.

В	1	Назовите заболевание нервной системы, характеризующееся указанными признаками
Э	-	Болезнь Альцгеймера.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	2	Объясните патогенез данного заболевания
Э	-	Нарушение холинэргических связей между нейронами базальных ганглиев (в частности ядра Мейнерта) и корой гиппокампа.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	3	Объясните механизм симптомов
Э	-	Расстройства ВНД.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	4	Укажите принципы патогенетической терапии.
Э	1	Применение центральных блокаторов холинэстеразы: акридин, физостигмин.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Нb – 100 г/л, эритроциты–$3,1 \times 10^{12}$/л, тромбоциты –380×10^9/л, лейкоциты –$4,5 \times 10^9$/л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2.</p>

		Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.
В	1	О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?
Э	-	У больной геморрагический диатез, тромбастения Гланцмана, передающаяся по рецессивно-аутосомному типу. Характеризуется удлинением времени капиллярного кровотечения по Дьюку и ослаблением агрегации и ретракции кровяного сгустка при нормальном содержании тромбоцитов в крови. Тип кровоточивости – микроциркуляторный: характерно появление мелких петехий и экхимозов на коже, снижение резистентности микрососудов.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	2	Патогенез данного заболевания.
Э	-	В основе тромбастении Гланцмана – аномалия или дефицит гликопротеинов IIb/IIIa – рецепторов фибриногена, необходимых для взаимодействия тромбоцитов со стимулятором агрегации фибриногеном, в результате чего нарушается агрегация тромбоцитов.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	3	Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
Э	-	Ангиотрофическая (ежедневно 15% тромбоцитов расходуются на роль «кормильцев» эндотелия). Участвуют в активации вторичного коагуляционного гемостаза. Адгезивно-агрегационная функция (образование первичного тромбоцитарного тромба). Репаративная функция (выделение факторов роста). Спазм повреждённых сосудов (адреналин, серотонин). Ретракция кровяного сгустка.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	4	Виды тромбоцитопатий.
Э	-	Виды тромбоцитопатий: - с преимущественным нарушением механизма адгезии тромбоцитов к сосудистой стенке (болезнь Виллебранда, болезнь Бернара-Сулье); - с преимущественным нарушением агрегации тромбоцитов (болезнь Гланцмана). - с преимущественным нарушением накопления, хранения и освобождения из гранул тромбоцитов факторов гемостаза: плотные дельта-гранулы (АТФ, АДФ, серотонин, адреналин,

		гистамин); альфа-гранулы (фибриноген, антигепариновый фактор 4, тромбоцитарный фактор роста).
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
B	5	Принципы лечения тромбоцитопатий.
Э	-	Этиотропный принцип – прекращение действия факторов физического, химического, биологического характера; лечение болезней, патологических процессов и состояний, вызывающих тромбоцитопатию. Патогенетический принцип – введение проагрегантов, прокоагулянтов или антифибринолитических препаратов; переливание тромбоцитарной массы, белковых препаратов крови (фибриногена, тромбина и др.). Симптоматический принцип – введение растворов нормализующих реологические свойства крови, остановка кровотечения, лечение постгеморрагических состояний.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Общий анализ крови: Нb-72 г/л (N 125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N 2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N 6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N 1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч). Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены
B	1	Какая форма патологии гемостаза у больной?
Э	-	Жалобы больной, объективные данные и общий анализ крови указывают о нарушении системы гемостаза. Единичные тромбоциты в крови говорят о продуктивной тромбоцитопении, которая наблюдается при апластической анемии, стром лейкозе, лучевой терапии, дефиците В ₁₂ и фолиевой кислоты. Можно предположить, что у больной апластическая анемия, что подтверждает наличие

		эритроцитопении и лейкопении.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
B	2	Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
Э	-	Тромбоцитопения-группа заболеваний, при которых количество тромбоцитов в крови ниже $150 \times 10^9/\text{л}$. Тромбоцитопения распределения (отражает степень секвестрации тромбоцитов в увеличенной селезёнке до 90% вместо 30%). Тромбоцитопения потребления (ДВС-синдром, иммунная тромбоцитопеническая пурпура). Продуктивная тромбоцитопения. Тромбоцитопения разведения.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
B	3	Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
Э	-	Снижение концентрации тромбоцитарных факторов свертывания; увеличения длительности кровотечения; снижение степени ретракции сгустка крови. уровня фибриногена в крови
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
B	4	Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
Э	-	Петехиально-пятнистый (микроциркуляторный) тип – кровоточивость в виде мелких точек, петехий, экхимозов в коже и слизистых оболочках. Определяется при тромбоцитопениях, Гематомный (макроциркуляторный) тип – кровоизлияния в мягкие ткани, суставы; длительные кровотечения из крупных сосудов. Определяется при нарушениях коагуляционного гемостаза – гемофилии (А, В, С), парагемофилии, гипофибриногемии. Смешанный (петехиально-гематомный) тип – кровоизлияния в забрюшинное пространство, кишечник, мочевыводящие пути, суставы. Определяется при болезни Виллебранда, ДВС-синдроме. Васкулитно-пурпурный тип – кровоточивость в виде сыпи или эритемы при воспалительных процессах. Определяется при васкулитах, болезни Шенлейн-Геноха. Ангиоматозный тип – кровоточивость строго локализована, связана с нарушением сосудистой стенки. Наблюдается при ангиомах, телеангиоэктазиях.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно

В	5	Терапия тромбоцитопений.
Э	-	Этиотропный - прекращение действия патогенного фактора, вызвавшего тромбоцитопению. Патогенетический-трансфузия тромбоцитов, пересадка костного мозга, лимфо-или плазмаферез, иммунодепрессанты, антикоагулянты. Симптоматический-вливание компонентов и препаратов крови, лечение постгеморрагических состояний.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1 ПК-1, ПК-5, ПК-9	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований,	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

	методами моделирования	математический и статистический аппарат	задач	
--	---------------------------	---	-------	--

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.