

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике патология

по специальности 31.08.39 Лечебная физкультура и спортивная медицина

№ 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	21 9

			проводки и окраски материала для гистологического исследования <ul style="list-style-type: none"> •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: <ul style="list-style-type: none"> • проявления патологических состояний, симптомов, синдромов при патологии Уметь: <ul style="list-style-type: none"> • выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы при патологии Владеть: <ul style="list-style-type: none"> • 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. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ: клинический <input type="checkbox"/> патологоанатомический <input type="checkbox"/> иммунологический эпидемиологический судебно-медицинский <input type="checkbox"/>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
2. ПРИНЦИПАМИ ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:	

принцип преемственности
принцип рубрифицированности
этиологический
деонтологический
нозологический
статистический

3. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ И НОМЕНКЛАТУРЕ БОЛЕЗНЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ВЫДЕЛЕНА В НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ (ФОРМЫ) НА ОСНОВЕ СОВОКУПНОСТИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

установленные этиология и патогенез
характерная клинико-морфологическая картина
социально-экономическая значимость
тяжесть процесса
участие в танатогенезе

4. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОНЯТИЯ «КОНКУРИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» ПОДХОДЯТ:

вариант полипатии
вариант комбинированного основного заболевания
каждое из этих заболеваний могло привести к смерти
одновременно развившиеся у пациента три тяжелые болезни
мультикаузальный генез

5. В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В ДИАГНОЗЕ МОЖНО ВЫСТАВЛЯТЬ:

сердечную недостаточность
травму
заболевание
главное осложнение основного заболевания
механизм смерти
отёк мозга

6. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ 35-ЛЕТНЕГО НАРКОМАНА, СТРАДАВШЕГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА СТАДИИ СПИДА, ЯВИЛСЯ МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ С РАЗВИТИЕМ ЛЕПТОМЕНИНГИТА. В ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ТУБЕРКУЛЁЗ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК:

основное заболевание;
сопутствующее заболевание
осложнение ВИЧ-инфекции
проявление ВИЧ-инфекции
конкурирующее заболевание
фоновое заболевание

7. УСТАНОВИТЬ ПРИЧИНУ СМЕРТИ И ОФОРМИТЬ «МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ» МОЖЕТ:

врач, лечивший больного
врач, только установивший смерть
фельдшер

<p>медицинская сестра патологоанатом судебно-медицинский эксперт <input type="checkbox"/></p> <p>8. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:</p> <p>вскрытие трупа <input type="checkbox"/> осмотр трупа <input type="checkbox"/> записи в медицинской документации <input type="checkbox"/> предшествующее наблюдение за больным <input type="checkbox"/> информация родственников и близких</p> <p>9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пневмококк 2) стафилококк 3) стрептококк 4) микоплазма 5) вирус <p>11. ПРИ ГРИППЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ РАЗВИВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозно-слизистый трахеит 2) серозно-слизистый бронхит 3) серозно-геморрагический с некрозами трахеит 4) серозно-геморрагический с некрозами бронхит 5) интерстициальная гриппозная пневмония 	
<p>Раздел 2. Патологическая физиология</p> <p>1. РАЗВИТИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ И ОТЕК ЛЕГКИХ ВЫЗЫВАЕТ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) правожелудочковая 2) левожелудочковая 3) тотальная <p>2. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕКОРОНАРОГЕННОГО НЕКРОЗА МИОКАРДА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) значительное длительное увеличение работы сердца 2) гиперпродукция стероидных гормонов 3) гиперкатехоламинемия 4) гемоконцентрация 5) тромбоцитопения 6) гемодилюция <p>3. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОТЕКОВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение гидростатического давления в венозной части капилляров 2) повышение содержания в крови альдостерона и вазопрессина 3) понижение содержания в крови альдостерона и вазопрессина 4) уменьшение синтеза предсердного натрийуретического фактора 5) динамическая лимфатическая недостаточность 6) уменьшение реабсорбции натрия и воды в канальцах почек <p>4. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) артериальная гипертензия большого круга кровообращения 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

- 2) артериальная гипертензия малого круга кровообращения
- 3) инфаркт передней стенки левого желудочка сердца
- 4) дефект межжелудочковой перегородки
- 5) недостаточность митрального клапана
- 6) хроническая пневмония
- 7) коарктация аорты

5. ГИПЕРНАТРИЕМИЯ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСРЕДСТВОМ

- 1) усиления образования ангиотензина II
- 2) развития гиперволемии
- 3) повышения чувствительности адренорецепторов к прессорным факторам
- 4) развитие отёка клеток стенок сосудов
- 5) сгущение крови
- 6) активация синтеза простаглицлина клетками эндотелия

6. ПЕРЕГРУЗКУ МИОКАРДА СОПРОТИВЛЕНИЕМ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) недостаточность митрального клапана
- 2) недостаточность клапана аорты
- 3) артериальная гипертензия
- 4) системный атеросклероз
- 5) анемия
- 6) стеноз устья аорты

7. ВИДЫ "СИМПТОМАТИЧЕСКИХ" АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ

- 1) гиповолемическая
- 2) эндокринная
- 3) портальная
- 4) цереброишемическая
- 5) почечные
- 6) эссенциальная
- 7) рефлексогенная
- 8) нестероидные противовоспалительные средства

8. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ЭТО

- а) состояние дыхания, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается за счет напряжения компенсаторных механизмов внешнего дыхания, что ведет к снижению функциональных резервов организма
- б) состояние дыхания, формирующееся в результате нарушения газообменной функции легких
- в) состояние дыхания, возникающее в результате недостаточного снабжения тканей кислородом или нарушения использования его в процессах биологического окисления в тканях
- г) остро развивающееся нарушение дыхания при первичном расстройстве негазообменных функций лёгких

9. ЛЕГОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ЭТО

- а) состояние дыхания, формирующееся в результате нарушения газообменной функции легких
- б) состояние дыхания, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается за счет напряжения компенсаторных механизмов внешнего дыхания, что ведет к снижению функциональных резервов организма

в) состояние дыхания, возникающее в результате недостаточного снабжения тканей кислородом или нарушения использования его в процессах биологического окисления в тканях

г) состояние дыхания, развивающееся остро при первичном расстройстве не газообменных функций лёгких

10. ОБСТРУКТИВНОЙ НАЗЫВАЮТ ЛЕГОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

а) формирующуюся в результате нарушения проходимости воздухоносных путей

б) возникающую в результате уменьшения дыхательной поверхности легких

в) развивающуюся в результате одновременного нарушения проходимости воздухоносных путей и уменьшения дыхательной поверхности легких

г) появляющуюся в результате нарушения кровоснабжения в лёгких

2.2 Ситуационные задачи

Раздел 1. Патологическая анатомия

ОСЫ

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

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

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

Какой у них исход?

В исходе возможно рассасывание или организация экссудата.

ОСЫ

арном обследовании найдены распространенные бронхоэктазы, пневмосклероз (картина хронического неспецифического

стенки бронхов, при кашлевых толчках в месте наименьшего сопротивления происходит выпячивание стенки бронха.

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

и венозного застоя.

ОСЫ

я, обнаружено сужение нижнедолевого бронха за счет патологического образования, выступающего в просвет. Визуализированы очаговые дисплазии 3 степени.

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

и клеток признаков атипии.

ОСЫ

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 интерсти
ва кровообращения (отек головного мозга, мелкие кровоизлияния в головном мозге и других органах), воспалитель

нозга

ВОПРОСЫ

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

овского-Штернберга

нный вариант или генерализованный)?

фогранулематоз, смешанно-клеточный вариант?

Березовского-Штернберга.

потому, что это вариант лимфогранулематоза с высокой степенью злокачественности.

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		У пациента М., 52 лет, жалобы на приступы болей за грудиной, давящего и сжимающего характера, провоцируемые физической

		нагрузкой (ходьба 500 м, подъем по лестнице на 2 этаж), иррадиирующие в левую руку, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина в течение 1-3 минут. В момент приступа при ходьбе, больной «замирает». Из анамнеза заболевания: вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года.
В	1	На каком этапе диагностического поиска можно предположить диагноз у этого пациента?
Э		Диагноз возможно поставить уже на начальном этапе диагностического поиска, в результате расспроса, уточнения жалоб и обоснования первичной диагностической гипотезы.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	2	Какой диагноз вы можете поставить этому больному?
Э		Первичная диагностическая гипотеза: На основании жалоб пациента на приступы болей за грудиной давящего и сжимающего характера, с иррадиацией в левую руку, провоцируемых физической нагрузкой - ходьба 500 м, подъем по лестнице на 2 этаж, купирующихся приемом нитроглицерина в течение 1-3 минут, «замирание» в момент приступа; а также анамнеза заболевания – выше перечисленные жалобы беспокоят в течение года, можно предположить диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	3	Каков механизм возникновения болевого синдрома в данной ситуации?
Э		В данном случае речь идет об ангинозных коронарогенных болях вследствие атеросклеротического поражения коронарных сосудов: ригидность стенок сосудов и сужением их просвета из-за формирования атеросклеротических бляшек.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной Р., 18 лет, поступил в отделение кардиологии с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке и в горизонтальном положении, ноющие постоянные боли в области сердца, не купирующиеся приемом нитроглицерина, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, повышение температуры тела до субфебрильных цифр в вечерние часы. Из анамнеза заболевания: месяц назад перенес фолликулярную ангину. Через 2 недели после перенесенной ангины стал отмечать боли в области сердца, прогрессирующую одышку. Из анамнеза жизни: наследственность отягощена: у матери ревматическая болезнь сердца. Объективно: общее

		состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение предпочтительно ортопное. Отмечается акроцианоз. Одышка инспираторного характера. Со стороны сердечно - сосудистой системы: пульс аритмичен, учащен, частота 95 в 1 минуту. Верхушечный толчок низкий, слабый, малой резистентности. Расширение границ сердца преимущественно влево. Аускультативно: ЧСС 95 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны (имеются внеочередные сокращения с последующей компенсаторной паузой), выслушивается «ритм галопа», систолический шум на I точке аускультации функционального характера. Акцент II тона на III точке аускультации. Данные лабораторного и инструментального исследования: Общий анализ крови: эр. - 3,7 x 10 ¹² , лейкоц. – 10.8 x 10 ⁹ , п/я. - 6, с/я - 62, л. - 22, м. - 6, СОЭ – 30 мм/ч Биохимический анализ крови: СРБ (+++) ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС 92 в 1 минуту, отклонение электрической оси сердца влево. Единичные правожелудочковые экстрасистолы. Снижение вольтажа зубцов. Признаки А-В блокады I ст.
В	1	Каков ваш диагноз и его обоснование?
Э		Острая ревматическая лихорадка. Миокардит. Нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. Нарушение проводимости по типу АВ-блокады I ст. НК 2А. NYHA III ФК.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	2	Какие диагностические критерии использованы для постановки диагноза этому пациенту?
Э		Основной диагностический критерии миокардит (тахикардия, ослабление тонов сердца, ритм галопа, функциональный систолический шум на верхушке сердца, акцент 2 тона на III т. аускультации), дополнительные клинический - лихорадка, лабораторные и инструментальные – лейкоцитоз (10.8 x 10 ⁹), ускорение СОЭ (30 мм/ч), ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС 92 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево. Единичные правожелудочковые экстрасистолы. Снижение вольтажа зубцов. Признаки А-В блокады I ст.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	3	Составьте план дообследования.
Э		Необходимо подтвердить наличие А-стрептококковой инфекции (Мазок из зева - посев на определение позитивной А-стрептококковой культуры, определение антистрептококковых антител). УЗИ сердца
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно

P0	-	Неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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 Пв/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
V	4	Виды тромбоцитопатий.
Э	-	Виды тромбоцитопатий: - с преимущественным нарушением механизма адгезии тромбоцитов к сосудистой стенке (болезнь Виллебрандта, 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
V	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	-	004
I	-	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: Нв- 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
В	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
В	2	Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
Э	-	Тромбоцитопения-группа заболеваний, при которых количество тромбоцитов в крови ниже 150×10^9 /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
В	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
В	4	Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
Э	-	Петехиально-пятнистый (микроциркуляторный) тип – кровоточивость в

		<p>виде мелких точек, петехий, экхимозов в коже и слизистых оболочках. Определяется при тромбоцитопениях,</p> <p>Гематомный (макроциркуляторный) тип – кровоизлияния в мягкие ткани, суставы; длительные кровотечения из крупных сосудов. Определяется при нарушениях коагуляционного гемостаза – гемофилии (А, В, С), парагемофилии, гипофибриногенемии.</p> <p>Смешанный (петехиально-гематомный) тип – кровоизлияния в забрюшинное пространство, кишечник, мочевыводящие пути, суставы. Определяется при болезни Виллебранда, ДВС-синдроме.</p> <p>Васкулитно-пурпурный тип – кровоточивость в виде сыпи или эритемы при воспалительных процессах. Определяется при васкулитах, болезни Шенлейн-Геноха.</p> <p>Ангиоматозный тип – кровоточивость строго локализована, связана с нарушением сосудистой стенки. Наблюдается при ангиомах, телеангиоэктазиях.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	5	Терапия тромбоцитопений.
Э	-	<p>Этиотропный - прекращение действия патогенного фактора, вызвавшего тромбоцитопению.</p> <p>Патогенетический-трансфузия тромбоцитов, пересадка костного мозга, лимфо-или плазмаферез, иммунодепрессанты, антикоагулянты.</p> <p>Симптоматический-вливание компонентов и препаратов крови, лечение постгеморрагических состояний.</p>
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	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные	Знание основного материала, допустимы неточности в	Незнание значительной части программного материала,

	<p>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, методами моделирования</p>	<p>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 математический и статистический аппарат</p>	<p>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 задач</p>	<p>неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</p>
--	---	---	---	--

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.