

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПАТОЛОГИЯ

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: Патологической физиологии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Патология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Патология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Патология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-1 ПК-5 ПК-9	Текущий	Раздел 1. Патологическая анатомия	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Патологическая физиология	Ситуационные задачи,
УК-1, ПК-1 ПК-5 ПК-9	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
		Раздел 1. «Патологическая анатомия»
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	У мужчины после перенесенного в детстве тяжелого гриппа, осложненного вторичной инфекцией, уже длительное время хронический бронхит с часто повторяющимися обострениями, в том числе и с развитием пневмонии. При последнем обследовании диагностировано ХНЗЛ, имеется хронический бронхит, бронхоэктазы, пневмосклероз.
В	1	Опишите гистологические изменения в стенке бронха при хроническом бронхите.
Э	-	1. Воспалительная клеточная инфильтрация. 2. Разрастание грануляционной ткани с образованием полипов. 3. Гиперплазия слизистых желез с гиперпродукцией слизи. 4. Фиброз. 5. Перестройка эпителия (гиперплазия, атрофия, метаплазия, дисплазия).
P2	-	Гистологические изменения перечислены верно.
P1	-	Гистологические изменения перечислены неполно.
P0	-	Гистологические изменения перечислены неверно.
В	2	Что такое бронхоэктазы?
Э	-	Патологическое расширение просвета бронхов.
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неполно.
P0	-	Определение дано неверно.
В	3	Укажите этиопатогенез бронхоэктазов у больного.
Э	-	При хроническом воспалении происходит деструкция эластическо-мышечного каркаса стенки бронхов, при кашлевых толчках в месте наименьшего сопротивления происходит выпячивание стенки бронха.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Опишите гистологические изменения легких при пневмосклерозе.
Э	-	Разрастание соединительной ткани в легких может быть иметь диффузный сетчатый характер, может быть периваскулярным, перибронхиальным, в виде очагов карнификации (замещения экссудата в просвете альвеол соединительной тканью)
P2	-	Гистологические изменения представлены полно.
P1	-	Гистологические изменения представлены неполно.
P0	-	Гистологические изменения представлены неверно.
В	5	Какие изменения респираторного отдела легких могут развиваться при обострении? Какой у них исход?
Э	-	При обострении хронического бронхита возможно развитие очаговой бронхопневмонии. В исходе возможно рассасывание или организация экссудата.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной 63-х лет многие годы страдал хроническим бронхитом. При стационарном обследовании найдены распространенные бронхоэктазы, пневмосклероз (картина хронического неспецифического заболевания лёгких – ХНЗЛ). В настоящее время постепенно стали нарастать симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности.
В	1	Что такое бронхоэктазы?
Э	-	Патологическое расширение просвета бронхов.
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неполно.
P0	-	Определение дано неверно.
В	2	Объясните, как они развиваются при хроническом бронхите.
Э	-	При хроническом воспалении происходит деструкция эластическо-мышечного каркаса стенки бронхов, при кашлевых толчках в месте наименьшего сопротивления происходит выпячивание стенки бронха.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Опишите морфологические изменения стенки бронха при бронхоэктазах.
Э	-	Воспалительная клеточная инфильтрация, разрастание грануляционной ткани с образованием полипов, гиперплазия слизистых желез с гиперпродукцией слизи, фиброз, перестройка эпителия (гиперплазия, атрофия, метаплазия, дисплазия), деструкция эластическо-мышечного каркаса стенки бронхов, выпячивание с истончением стенки бронха.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Укажите звенья патогенеза хронической сердечной недостаточности при ХНЗЛ.
Э	-	1. Редукция капиллярного русла ткани легкого за счет фиброза. 2. Затруднение кровообращения с формированием вторичной легочной гипертензии. 3. Гипертрофия правого желудочка сердца (легочное сердце). 4. Декомпенсация гипертрофированного сердца с развитием общего хронического венозного застоя.
P2	-	Патогенетические моменты указаны полно.
P1	-	Патогенетические моменты указаны неполно.
P0	-	Патогенетические моменты указаны неверно.
В	5	Назовите причины смерти больных, страдающих ХНЗЛ.
Э	-	1. Хроническая легочно-сердечная недостаточность. 2. Легочные осложнения (нагноение, кровотечение, гангрена и др.). 3. Вторичный амилоидоз с развитием чаще хронической почечной недостаточности.
P2	-	Причины смерти перечислены правильно.
P1	-	Причины смерти перечислены неполно.
P0	-	Причины смерти перечислены неправильно.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчине 62-х лет в связи с подозрением на рак легкого произведена

		бронхоскопия, обнаружено сужение нижнедолевого бронха за счет патологического образования, выступающего в просвет. Взят биоптат, гистологически в стенке бронха выраженный воспалительный инфильтрат, разрастание грануляционной ткани, метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский, очаговая дисплазия 3 степени.
В	1	Назовите патологический процесс, обнаруженный в бронхах
Э	-	хронический полипозный бронхит
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неполно.
P0	-	Определение дано неверно.
В	2	Укажите возможные этиологические факторы его вызывающие.
Э	-	Курение, профессиональная патология, связанная с длительным контактом находящихся в воздухе физических/ химических частиц, торпидная к лечению инфекция
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Что такое дисплазия эпителия?
Э	-	процесс нарушения пролиферации и дифференцировки клеток с появлением в части клеток признаков атипии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Что такое метаплазия эпителия?
Э	-	Переход одного вида эпителия в другой, родственный ему
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Уточните гистологический тип рака, развивающийся в подобных случаях.
Э	-	Плоскоклеточный, с ороговением или без ороговения.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполно.
P0	-	Ответ дан неправильно.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Молодой врач районной больницы во время эпидемии гриппа почувствовал себя плохо (температура тела 38°, головная боль), однако вынужден был остаться на ночное дежурство и сделать несколько экстренных операций. На 3-и сутки болезни с отеком легких помещен в реанимационное отделение, где наступила смерть. Диагностирована тяжелая форма гриппа.
В	1	Какая тяжелая форма гриппа была у больного?
Э	-	форма гриппа, обусловленной выраженной общей интоксикацией
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неполно.
P0	-	Определение дано неверно.
В	2	Опишите морфологические изменения легких при этой форме гриппа.

Э	-	В верхних дыхательных путях - серозно-геморрагический с некрозами трахеит, серозно-геморрагический с некрозами бронхит (поражаются в том числе мелкие бронхи). В легких - очаговая интерстициальная гриппозная пневмония, выраженные расстройства кровообращения (токсический геморрагический отек, кровоизлияния). В других органах - выраженные расстройства кровообращения (отек головного мозга, мелкие кровоизлияния в головном мозге и других органах), воспалительные изменения (вирусный менингит, менингоэнцефалит), дистрофические изменения паренхиматозных органов (миокарда, печени, почек).
P2	-	Ответ полный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Объясните патогенез развития отека легких при этой форме гриппа.
Э	-	Мембраногенный отек вследствие тяжелой интоксикации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Назовите другие причины смерти при такой форме гриппа
Э	-	Отек головного мозга, кровоизлияния в жизненно важные центры продолговатого мозга
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	При каком типе вируса гриппа развиваются особенно тяжелые формы?
Э	-	Вирус гриппа типа А.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполно.
P0	-	Ответ дан неправильно.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В гематологическом отделении детской больницы находится на лечении ребенок 12 лет с диагнозом лимфогранулематоз. Имеется увеличение лимфоузлов одной группы в области шеи в виде пакета. При исследовании биоптата дано заключение смешанно-клеточный вариант лимфогранулематоза.
В	1	Дайте определение лимфогранулематоза.
Э	-	Один из видов злокачественных лимфом с наличием клеток Ходжкина и Рид-Березовского-Штернберга
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неполно.
P0	-	Определение дано неверно.
В	2	На каком этапе прогрессирования в настоящее время опухоль у ребенка (изолированный вариант или генерализованный)?
Э	-	у больного изолированный вариант.
P2	-	Ответ полный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.

В	3	Присутствие, каких опухолевых клеток в биоптате позволило диагностировать лимфогранулематоз, смешанно-клеточный вариант?
Э	-	Одноядерных гигантских клеток Ходжкина, двуядерных гигантских клеток Рид-Березовского-Штернберга.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ не полный.
Р0	-	Ответ неверный.
В	4	Какой прогноз болезни будет у ребенка и почему?
Э	-	У больного плохой прогноз, опухоль должна прогрессировать и привести к смерти потому, что это вариант лимфогранулематоза с высокой степенью злокачественности.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ не полный.
Р0	-	Ответ неверный.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 5-ти лет за праздничным столом съел много разнообразной пищи, в том числе острой, раздражающей. К вечеру появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, рвота. К утру самочувствие улучшилось, сохранилось лишь чувство отвращения к пище. Поставлен диагноз острый гастрит.
В	1	Какая морфологическая форма острого гастрита у ребенка?
Э	-	Катаральный.
Р2	-	Определено верно.
Р1	-	Определено неполно.
Р0	-	Определено неверно.
В	2	Опишите микроскопические (гистологические) изменения слизистой оболочки при этом гастрите.
Э	-	Деструкция поверхностного эпителия с его слущиванием, образование эрозий, повышение слизиобразования эпителия (слизистая дистрофия), умеренная воспалительная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами, нарушение кровообращения (полнокровие, отек, мелкие кровоизлияния).
Р2	-	Гистологическое описание дано полно.
Р1	-	Гистологическое описание дано неполно.
Р0	-	Гистологическое описание дано неверно.
В	3	Укажите ожидаемый исход гастрита в данном случае.
Э	-	Выздоровление.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ не полный.
Р0	-	Ответ неверный.
В	4	Назовите другие морфологические формы острых гастритов.
Э	-	Флегмонозный, фибринозный, некротический.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ не полный.
Р0	-	Ответ неверный.
В	5	Перечислите другие этиологические факторы, вызывающие острый

		гастрит.
Э	-	Алкоголь, химические вещества и некоторые лекарства, инфекционные агенты, продукты нарушенного обмена.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина с обширными ожогами экстренно в состоянии шока доставлен в ожоговое отделение ННИИТО. Несмотря на интенсивные лечебные мероприятия, пациент умер уже к концу первых суток. На вскрытии обращало внимание изменение почек, на основании макрокартины и микрокартины диагностирован некротический нефроз.
В	1	Какой клинический синдром возникает при некротическом нефрозе?
Э	-	Острая почечная недостаточность.
P2	-	Определено верно.
P1	-	Определено неполно.
P0	-	Определено неверно.
В	2	Перечислите стадии некротического нефроза.
Э	-	1. шоковая стадия. 2. олигоанурическая стадия. 3. стадия восстановления диуреза.
P2	-	Стадии перечислены правильно.
P1	-	Стадии перечислены неполно.
P0	-	Стадии перечислены неправильно.
В	3	В какую стадию умер больной с обширными ожогами?
Э	-	В шоковую.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Опишите макроскопическую картину почек, увиденную на вскрытии.
Э	-	Почки увеличены в размере, набухшие, фиброзная капсула напряжена, при ее снятии ткань почки выбухает, на разрезе почки корковый слой белесоватого цвета, мозговой слой красного цвета.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Опишите микроскопические изменения почек, увиденные в секционном материале.
Э	-	Резко выраженное полнокровие мозгового слоя, малокровие коркового слоя, некроз эпителия извитых канальцев, возможны признаки тубулорексиса (разрыв базальной мембраны отдельных канальцев).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Молодую женщину доставили экстренно в токсикологический центр в тяжелом состоянии с симптомами острой печеночной недостаточности. Известно, что было отравление грибами. Благодаря проведенной интенсивной терапии больная осталась жива. В настоящее время состояние остается средней тяжести.
В	1	Как вы назовете патологию печени, развившуюся у больной?
Э	-	Массивный прогрессирующий некроз печени.
P2	-	Определено верно.
P1	-	Определено неполно.
P0	-	Определено неверно.
В	2	Какие стадии этой патологии принято выделять?
Э	-	1. Желтой дистрофии (первые 2 недели), 2. Красной дистрофии (3-я неделя)
P2	-	Стадии перечислены правильно.
P1	-	Стадии перечислены неполно.
P0	-	Стадии перечислены неправильно.
В	3	Опишите морфологические изменения печени согласно этим стадиям
Э	-	В стадию желтой дистрофии - резкая жировая дистрофия гепатоцитов, некроз гепатоцитов с образованием жиробелкового детрита. В стадию красной дистрофии - фагоцитоз жиробелкового детрита, расширение и переполнение кровью синусоидных капилляров, кровоизлияния, слабая воспалительная клеточная реакция.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Перечислите возможные исходы этого заболевания печени.
Э	-	Смерть от острой печеночной или печеночно-почечной недостаточности, постнекротический цирроз печени.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какой исход можно ожидать у больной?
Э	-	Постнекротический цирроз печени
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 5 лет заболел остро, повышение температуры тела, токсикоз, многократный жидкий стул. Клинически заподозрена дизентерия. Последующее бактериологическое исследование подтвердило клинический диагноз, высеяна шигелла Зоне. Уже через 6 дней после начала лечения состояние ребенка хорошее.
В	1	Какие отделы кишечника наиболее поражаемы при дизентерии (шигеллезе)?
Э	-	Прямая и сигмовидная кишка.
P2	-	Определено верно.
P1	-	Определено неполно.

P0	-	Определено неверно.
B	2	Опишите морфологические (микроскопические) изменения кишечника у ребенка.
Э	-	В слизистой оболочке толстой кишки – очаговое слущивание покровного эпителия с формированием единичных эрозий, в собственной пластинке - резкое полнокровие, отек, слабо выраженные лейкоцитарные инфильтраты, гиперпродукция слизи - серозно-слизистое катаральное воспаление.
P2	-	Гистологические изменения перечислены правильно.
P1	-	Гистологические изменения перечислены неполно.
P0	-	Гистологические изменения перечислены неправильно.
B	3	Укажите морфологический вид колита у больного.
Э	-	Катаральный.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Его исход в данном случае?
Э	-	Исчезновение шигелл, восстановление структуры слизистой оболочки с регенерацией покровного эпителия (выздоровление).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Перечислите стадии классической (тяжелой) дизентерии.
Э	-	Катаральный колит, фибринозный колит, язвенный колит, заживление язв.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной с обширной флегмоной мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Несмотря на интенсивное лечение, увеличились паховые лимфоузлы, выраженная лихорадка. Смерть наступила от сепсиса. На вскрытии обнаружены множественные абсцессы в легких, почках, печени, септическая селезенка.
B	1	Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего?
Э	-	Септикопиемия.
P2	-	Определено верно.
P1	-	Определено неполно.
P0	-	Определено неверно.
B	2	Дайте определение этой формы сепсиса.
Э	-	Форма сепсиса, при которой ведущими являются гнойные процессы в воротах инфекции, бактериальная эмболия с образованием метастатических гнойников.
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	Определение дано неточно.
P0	-	Определение дано неверно.

В	3	Что в данном случае следует считать септическим очагом?
Э	-	Флегмона мягких тканей бедра.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неточный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Объясните патогенез развития множественных абсцессов в легких, почках, печени.
Э	-	Микроорганизмы циркулируют в крови, высеиваются в различных органах, тканях, размножаются, повреждая ткань, в ответ на что формируются фокусы гнойного воспаления.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Что такое септическая селезенка, ее внешний вид? Какие патологические изменения в ней развиваются?
Э	-	Септическая селезенка – селезенка при сепсисе с развитием гиперпластических изменений (гиперплазии лимфоидных фолликулов, синусным гистиоцитозом).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.
		Раздел 2 «Патологическая физиология»
	-	001
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	<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: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$, 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.</p>
	1	О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования

		передаётся это заболевание?
	2	Патогенез данного заболевания.
	3	Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
	4	Виды тромбоцитопатий.
	5	Принципы лечения тромбоцитопатий.
		002
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	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: Hb-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, мегакарициты не найдены
В	1	Какая форма патологии гемостаза у больной?
В	2	Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
В	3	Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
В	4	Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
В	5	Терапия тромбоцитопений.
	-	003
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте. Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%,

		тромбоциты – $300 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.
	1	О каком заболевании у данного больного можно думать?
	2	Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
	3	Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
	4	Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
	5	Принципы терапии..
Н	-	004
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Задача 4. Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за последние 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит. При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Нв – 101 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 2%, с – 59%, э – 3%, л – 27%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/час.
В	1	Укажите основную причину геморрагического васкулита у ребенка.
В	2	Каков патогенез данного заболевания?.
В	3	Клинические проявления геморрагического васкулита.
В	4	Какой гемостаз нарушен у ребенка? Какие виды гемостаза Вы знаете?
В	5	Какие показатели отражают нарушение гемостаза данного вида?
	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Задача 5. Больная Н., 15 лет, была доставлена в БСМП бригадой скорой помощи с профузным маточным кровотечением после криминального аборта. Сознание спутано, АД резко снижено, пульс частый, нитевидный. Анализ крови: эритроциты - $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $60 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $8 \times 10^9/\text{л}$. Общее время свертывания крови -25 минут (норма 5-11 минут). Протромбиновое время - 30 секунд (норма 11-14 секунд). Тромбиновое время - 28 секунд (норма 12-20 секунд). Фибриноген - 1,5 г/л (норма 2-3,5 г/л). Ретракция кровяного сгустка резко снижена, продукты деградации фибрина увеличены.
В	1	Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у больной?
Э	-	

В	2	Какая стадия развития данного патологического состояния?
В	3	Какие показатели отражают эту стадию?
В	4	Этиология данного заболевания.
В	5	Принципы лечения.
	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Определить тип гипоксии, если содержание оксигемоглобина в артериальной крови - 98%, в венозной крови - 30%, минутный объем сердца - 2 л, кислородная емкость крови - 23 об%.
В	1	Определите тип гипоксии.
В	2	Укажите возможные причины данного состояния.
В	3	О чем свидетельствует высокая артерио-венозная разница по кислороду?.
В	4	Чему равен минутный объем сердца в норме в покое?
В	5	Назовите причины уменьшения кислородной емкости крови (КЕК).
	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Определить тип гипоксии, если содержание оксигемоглобина в артериальной крови 60%, в венозной крови - 20%, содержание карбоксигемоглобина в крови - 40%, минутный объем сердца - 8 л, кислородная емкость крови - 12 об%. <i>Обоснуйте свое заключение.</i>
В	1	Определите тип гипоксии
В	2	Укажите величину минутного объема сердца в покое.
В	3	Причины образования карбоксигемоглобина в организме.
В	4	Является ли постоянной величина артерио-венозной разницы по кислороду в норме. От чего зависит?
В	5	Принципы терапии данного вида гипоксий.
	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Л., 28 лет поступила в хирургическую клинику по поводу сильных болей внизу живота. Объективно: больная бледная, пульс 120 мин ⁻¹ , слабого наполнения, АД 80/50 мм рт. ст. Дыхание частое и глубокое. В связи с подозрением на внутреннее кровотечение срочно произведена лапаротомия. При этом обнаружен разрыв маточной трубы на почве внематочной беременности. Кровотечение остановлено. Из брюшной полости удалено около 1 л крови.
В	1	Какой тип кислородного голодания развился у больной?
В	2	Каков патогенез данного состояния?
В	3	Какие изменения можно предполагать в системе гемостаза при данной патологии.
В	4	Какую неотложную процедуру необходимо провести у данной больной?
В	5	Варианты терапии массивной кровопотери?
И	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	Больная Л., 28 лет поступила в терапевтическую клинику с жалобами на сильную головную боль, тошноту, одышку, сердцебиение и слабость. После сбора анамнеза выяснено, что жалобы появились через несколько часов после того, как больная закрыла печную трубу до полного прогорания угля. Объективно: частота дыхания 30 мин ⁻¹ , пульс 100 мин ⁻¹ , слабого наполнения. При анализе периферической крови обнаружено увеличение количества эритроцитов и ретикулоцитов в единице объема.
В	1	Какой патологический процесс развился у больной?
В	2	Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
В	3	Какой тип кислородного голодания развился у больной?
В	4	Охарактеризуйте направления изменений КЕК и АВР в данном случае.
В	5	Принципы терапии.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной О., 40 лет, жалуется на приступы удушья в ночное время. Больной возбужден, отмечает чувство страха. Объективно: кожные покровы цианотичны, положение сидячее, вынужденное, в нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы, левая половина сердца смещена влево на 3,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс 100 мин ⁻¹ , минутный объем сердца 3 л. Содержание оксигемоглобина в артериальной крови 87%, в венозной крови 40%. В крови: содержание эритроцитов - $5,9 \times 10^{12}/л$, содержание гемоглобина 175 г/л.
В	1	Какой тип кислородного голодания развился у больного, и каков его патогенез?
В	2	Какие типовые патологические процессы и патологические состояния можно выявить у данного больного.
В	3	Какой предположительный диагноз можно поставить
В	4	Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы
В	5	Объясните изменения со стороны красной крови

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания по дисциплине «Патология»:

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
Раздел 1 «Патологическая анатомия» 1. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ 1) гиперплазия	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

2)	метаплазия	
3)	дисплазия 1 степени	
4)	дисплазия 3 степени	
5)	атрофия	
2.	РАК ЛЕГКОГО ЧАСТО ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ	
1)	недифференцированного (анапластического) рака	
2)	аденокарциномы	
3)	железисто-плоскоклеточного рака	
4)	bronхоальвеолярного рака	
5)	перстневидноклеточного рака	
3.	ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ	
1)	острая пневмония	
2)	межуточная пневмония	
3)	острый бронхит	
4)	хронический бронхит	
5)	bronхоэктатическая болезнь	
4.	ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В	
1)	печени	
2)	яичниках	
3)	периbronхиальных лимфоузлах	
4)	бифуркационных лимфоузлах	
5)	головном мозге	
5.	ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В	
1)	печени	
2)	костях	
3)	периbronхиальных лимфоузлах	
4)	бифуркационных лимфоузлах	
5)	головном мозге	
6.	ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО	
1)	ателектаз	
2)	легочное кровотечение	
3)	хронический бронхит	
4)	нагноение и некроз опухоли	
	bronхоэктазы	
7.	ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО	
1)	прогрессирование злокачественной опухоли	
2)	нагноение опухоли	
3)	бронхит	
4)	ателектаз	
5)	легочное кровотечение	
8.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ	
1)	крупозная	
2)	bronхопневмония	
3)	плевропневмония	
4)	долевая пневмония	
	интерстициальная	
9.	АБСЦЕСС ЛЕГКОГО – ЭТО	
1)	разлитое гнойное воспаление ткани легкого	
2)	очаговое гнойное воспаление ткани легкого	

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

<p>17. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генетический дефект синтеза антипротеаз 2) фиброз стенки бронха 3) гиперпродукция слизи 4) кашелевой толчок 5) перестройка эпителия бронха <p>18. К РАЗВИТИЮ ПРИОБРЕТЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый бронхит 2) хронический бронхит 3) бронхопневмония 4) пневмосклероз 5) все перечисленное <p>19. ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ - ЭТО</p> <ol 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 <p>воспалительные инфильтраты в стенках альвеол</p> <p>20. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЙ ВИД ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническая диффузная обструктивная 2) старческая 3) очаговая 4) викарная 5) компенсаторная <p>21. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДИФфуЗНОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекция 2) генетическая предрасположенность 3) производственная пыль 4) аутоиммунный фактор 5) иммунодефицит <p>22. РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ПРЕДШЕСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пневмосклероз 2) острая пневмония 3) бронхоэктазы 4) хронический бронхит 5) бронхиальная астма <p>23. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ИБЛ В СТАДИИ 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 <p>24. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ХНЗЛ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хронической сердечно-легочной недостаточности 	
---	--

<p>2) острой сердечно-легочной недостаточности</p> <p>3) гипертрофии правого желудочка сердца</p> <p>4) хронического венозного застоя в легких</p> <p>5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе</p> <p>25. «ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ» - ЭТО</p> <p>1) гипертрофия левого желудочка</p> <p>2) дилатация полостей сердца</p> <p>3) гипертрофия правых отделов сердца</p> <p>4) жировая дистрофия миокарда</p> <p>5) правожелудочковая недостаточность</p> <p>26. ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>1) острый венозный застой малого круга кровообращения</p> <p>2) хронический венозный застой малого круга кровообращения</p> <p>3) острый венозный застой большого круга кровообращения</p> <p>4) хронический венозный застой большого круга кровообращения</p> <p>отек легких</p> <p>27. ПРИ РАЗВИТИИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА БОЛЬНЫЕ УМИРАЮТ ОТ</p> <p>1) острой почечной недостаточности</p> <p>2) хронической почечной недостаточности</p> <p>3) острой сердечной недостаточности</p> <p>4) хронической сердечной недостаточности</p> <p>5) дыхательной недостаточности</p> <p>28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ХНЗЛ</p> <p>1) острая сердечно-легочная недостаточность</p> <p>2) хроническая сердечно-легочная недостаточность</p> <p>3) гангрена легких</p> <p>4) острый абсцесс легких</p> <p>5) диффузный гранулематозный альвеолит</p> <p>29. ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХНЗЛ.</p> <p>1) острое полнокровие в малом круге кровообращения</p> <p>2) хроническое полнокровие в малом круге кровообращения</p> <p>3) острый венозный застой в большом круге кровообращения</p> <p>4) хронический венозный застой в большом круге кровообращения</p> <p>5) отек и полнокровие легких</p> <p>30. ПРИ ХНЗЛ ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА</p> <p>1) некротического нефроза</p> <p>2) хронического гломерулонефрита</p> <p>3) некроза эпителия почечных канальцев</p> <p>4) множественных абсцессов почек</p> <p>5) вторичного амилоидоза</p>	
<p>Раздел 2. Патологическая физиология</p> <p>1. ЛИЗИС ТРОМБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p>	

1. Гепарином
2. Плазмином
3. Антитромбином III
2. ФАКТОРАМИ ПАТОГЕНЕЗА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
 1. Локальный ангиоспазм
 2. Повышение активности плазмينا
 3. Повреждение эндотелия
 4. Активация прокоагулянтов
 5. Повышение вязкости крови
 6. Активация агрегации тромбоцитов
3. ВТОРИЧНЫЙ (КОАГУЛЯЦИОННЫЙ) ГЕМОСТАЗ НАРУШАЕТСЯ ПРИ:
 1. Циррозе печени
 2. Тромбоцитопатии
 3. Гемофилии
 4. Васкулитах
4. МИНИМАЛЬНОЕ КРИТИЧЕСКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ:
 1. 600 Г/л
 2. 400 Г/л
 3. 100 Г/л
 4. 50 Г/л
5. ГЕМОФИЛИЯ А СВЯЗАНА С:
 1. мутацией в X-хромосоме
 2. Дефицитом фактора VIII
 3. Дефицитом фактора IX
 4. Дефицитом фактора IX
6. ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
 1. Тромбоз
 2. Тромбоэмболия
 3. сладж-феномен
 4. повторные кровотечения
 5. ДВС-синдром
7. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ВИДЕ ГЕМАТОМ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ
 1. тромбоцитопении
 2. Тромбоцитопатии
 3. гемофилиях
 4. вазопатии
 5. тромбофилиях.
8. МЕЛКОТОЧЕЧНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ И КРОВОТОЧИВОСТЬ ИЗ СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
 1. Гемофилии А.
 2. Тромбоцитопении
 3. Гипофибриногенемии.
 4. Гиповитаминоза К.
 5. Гемофилии В.
9. ГЕМОФИЛИЯ В ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ:
 1. Тромбоцитов
 2. Антитромбина-III.

- | | |
|--|--|
| <p>3. Кальция.</p> <p>4. VIII плазменного фактора свертывания.</p> <p>5. IX плазменного фактора свертывания.</p> <p>10.ПОВЫШЕННАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ КАЧЕСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТЬЮ И ДИСФУНКЦИЕЙ ТРОМБОЦИТОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тромбоцитозах 2. Тромбоцитопениях 3. тромбоцитопатиях 4. тромбозах 5. предтромботических состояниях <p>11.ТРОМБОЦИТОПАТИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение содержания тромбоцитов в крови 2. увеличение содержания тромбоцитов в крови 3. качественная неполноценность тромбоцитов 4. нарушение процесса отшнуровывания тромбоцитов от мегакариоцитов в костном мозге 5. образование антител против тромбоцитов. <p>12.ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТКАНЕЙ СВЯЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с понижением активности физиологических антикоагулянтов 2. с появлением патологических антикоагулянтов 3. с поступлением в кровь активированного XI фактора свертывания и тканевого тромбопластина 4. с понижением адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов 5. с активацией системы фибринолиза <p>13.ГИПОКОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Активацией "внешнего" механизма свертывания крови. 2. Активацией "внутреннего" механизма свертывания крови. 3. Поступлением в кровь большого количества тканевого тромбопластина. 4. Угнетением фибринолиза. 5. Коагулопатией и тромбоцитопенией потребления. <p>14.ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выделением тканевого тромбопластина 2. синтезом тканевого активатора пламиногена 3. активацией системы антикоагулянтов 4. синтезом простациклина (ПГ₂) 5. синтезом фактора Виллебранда <p>15.АКТИВАЦИИ И АДГЕЗИИ ТРОМБОЦИТОВ СПОСОБСТВУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение синтеза фактора Виллебранда 2. понижение концентрации ионов кальция в цитоплазме тромбоцитов 3. обнажение коллагеновых волокон при повреждении сосудов 4. экспрессия на мембране тромбоцитов рецепторов фактора Виллебранда <p>16.СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ МОЖЕТ БЫТЬ НАРУШЕН ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшения количества тромбоцитов 2. нарушения функции тромбоцитов 3. наследственной вазопатии | |
|--|--|

- | | |
|---|--|
| <p>4. дефицита фактора УШ</p> <p>5. дефицита фактора Виллебранда</p> <p>17. РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. дефицита прокоагулянтов2. повышения активности системы фибринолиза3. повышения концентрации ингибиторов фибринолиза4. уменьшения количества тромбоцитов5. нарушения функциональных свойств тромбоцитов <p>18. УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА:</p> <ol style="list-style-type: none">1. увеличение длительности капиллярного кровотечения2. удлинение времени свертывания крови3. дефицит фактора Виллебранда4. нарушение синтеза фактора УШ5. снижение прокоагулянтной активности фактора УШ <p>19. НАРУШЕНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. цирроз печени2. тромбоцитопатии3. гемофилии4. геморрагический васкулит <p>20. РАЗВИТИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ОБУСЛОВЛЕНО:</p> <ol style="list-style-type: none">1. активацией системы плазминогена2. повышенным потреблением прокоагулянтов3. тромбоцитопенией потребления4. повышенным выделением тканевого тромбопластина <p>21. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И БОЛЕЗНИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. хроническая механическая желтуха2. острая гемолитическая анемия3. гипертоническая болезнь4. гиперлипидемия5. атеросклероз <p>22. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ, КАК ПРАВИЛО, С ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. наследственный дефицит антитромбина III2. избыточный синтез простациклина3. системный атеросклероз4. лейкозы5. тромбоцитозы <p>23. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. угнетение пролиферации мегакариобластов2. вытеснение мегакариоцитарного ростка костного мозга лейкозными клетками3. активация лейкоцитарного ростка костного мозга при воспалении4. повышенное «потребление» тромбоцитов в процессе тромбообразования5. иммунные повреждения тромбоцитов | |
|---|--|

24. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ДВС-СИНДРОМА:

1. синдром «длительного раздавливания»
2. острые лейкозы
3. авитаминоз К
4. сепсис
5. шок

25. КОАГУЛОПАТИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ К-ВИТАМИНЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. ахолии
2. дисбактериозах
3. патологии печени
4. патологии желудка
5. приеме антикоагулянтов непрямого действия

26. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИРОВАННЫХ КАРДИОМИОЦИТОВ В ФАЗЕ УСТОЙЧИВОЙ КОМПЕНСАЦИИ?

1. предельно увеличивается
2. не изменяется
3. прогрессивно падает

27. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ МИОГЕННОЙ ДИЛАТАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА?

1. растет скорость систолического изгнания крови из желудочков
2. увеличивается диастолический объем крови в полости желудочков
3. увеличивается остаточный систолический объем крови в полости желудочков
4. снижается давление крови в правом предсердии и устьях полых вен
5. уменьшается ударный выброс сердца

28. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИЮ КОМПЕНСАЦИИ МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА ЧАЩЕ:

1. не изменяется
2. увеличивается
3. снижается

29. МИОКАРДИАЛЬНАЯ (ИНТРАКАРДИАЛЬНАЯ) ФОРМА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности трикуспидального клапана
2. недостатке витамина В1(тиамина)
3. гипертензии
4. миокардите
5. стенозе устья аорты
6. при инфаркте лёгкого

30. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. артериальная гипертензия большого круга кровообращения
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

41. ИНТЕНСИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

<p>ГИПЕРТРОФИРОВАННЫХ КАРДИОМИОЦИТОВ (ИФС – ИНТЕНСИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТРУКТУР) В ФАЗЕ УСТОЙЧИВОЙ КОМПЕНСАЦИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличивается 2. нормализуется 3. падает <p>42. ПЕРЕГРУЗКУ МИОКАРДА СОПРОТИВЛЕНИЕМ ВЫЗЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 недостаточность митрального клапана 2 недостаточность клапана аорты 3 артериальная гипертензия 4 системный атеросклероз 5 анемия 6 стеноз устья аорты <p>43. К МЕХАНИЗМАМ СРОЧНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. брадикардия 2. тахикардия 3. гомеометрический механизм сокращения кардиомиоцитов 4. гетерометрический механизм сокращения кардиомиоцитов (по закону Франка Старлинга) 5. гипертрофия миокарда 6. увеличение ОЦК <p>44. К МЕХАНИЗМАМ СРОЧНОЙ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. централизация кровообращения 2. повышение активности парасимпатической нервной системы 3. активация гликолиза 4. гипервентиляция 5. гипертрофия миокарда 6. выброс крови из депо 	
---	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Потемина Т.Е. - профессор, д.м.н., зав. кафедрой патологической физиологии,

Кузнецова С.В. - к.м.н., доцент кафедры патологической физиологии,

Орлинская Н.Ю., доцент, д.м.н., зав. каф. патологической анатомии

Сумина Т.В., к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии

Дата «_____» _____ 2023г.