

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике патология

по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

№ 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><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•знать правила направления материала и сроки выполнения гистологических исследований</li> <li>•знать основные морфологические проявления заболеваний</li> <li>•знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях</li> <li>•знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях</li> <li>•знать морфологические изменения в органах и тканях при различных заболеваниях</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•провести микроскопическое исследование гистологических препаратов</li> <li>•оформить заключение, используя современные классификации различных заболеваний</li> <li>•проводить фото регистрацию патологических процессов и архивирование гистологических препаратов</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•описанием макроскопического вида биоптатов и операционного материала</li> <li>•методами вырезки операционного и биопсийного материала</li> <li>•выбором метода фиксации,</li> </ul>	Тесты Ситуационные задачи	40 8

			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	<b>Знать:</b> • проявления патологических состояний, симптомов, синдромов при патологии <b>Уметь:</b> • выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы при патологии <b>Владеть:</b> • 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
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
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"> <li>2) аденокарциномы</li> <li>3) железисто-плоскоклеточного рака</li> <li>4) бронхоальвеолярного рака</li> <li>5) перстневидноклеточного рака</li> </ul>	
<p>3. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острая пневмония</li> <li>2) межочечная пневмония</li> <li>3) острый бронхит</li> <li>4) хронический бронхит</li> <li>5) бронхоэктатическая болезнь</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>4. ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печени</li> <li>2) яичниках</li> <li>3) перибронхиальных лимфоузлах</li> <li>4) бифуркационных лимфоузлах</li> <li>5) головном мозге</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>5. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печени</li> <li>2) костях</li> <li>3) перибронхиальных лимфоузлах</li> <li>4) бифуркационных лимфоузлах</li> <li>5) головном мозге</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>6. ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ателектаз</li> <li>2) легочное кровотечение</li> <li>3) хронический бронхит</li> <li>4) нагноение и некроз опухоли</li> <li>бронхоэктазы</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>7. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессирование злокачественной опухоли</li> <li>2) нагноение опухоли</li> <li>3) бронхит</li> <li>4) ателектаз</li> <li>5) легочное кровотечение</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупозная</li> <li>2) бронхопневмония</li> <li>3) плевропневмония</li> <li>4) долевая пневмония</li> <li>интерстициальная</li> </ul>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p>9. АБСЦЕСС ЛЕГКОГО – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разлитое гнойное воспаление ткани легкого</li> <li>2) очаговое гнойное воспаление ткани легкого</li> <li>3) гнойное воспаление плевры</li> <li>4) организация экссудата в альвеолах</li> </ul>	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"> <li>2) расширение просвета бронхов</li> <li>3) хроническое воспаление стенки бронхов</li> <li>4) гиперплазия и метаплазия эпителия бронхов</li> <li>5) фиброз стенки бронхов</li> </ul>	
<p>17. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) генетический дефект синтеза антипротеаз</li> <li>2) фиброз стенки бронха</li> <li>3) гиперпродукция слизи</li> <li>4) кашелевой толчок</li> <li>5) перестройка эпителия бронха</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>18. К РАЗВИТИЮ ПРИОБРЕТЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый бронхит</li> <li>2) хронический бронхит</li> <li>3) бронхопневмония</li> <li>4) пневмосклероз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>19. ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) спадение респираторного отдела легких</li> <li>2) избыточное содержание воздуха в легких</li> <li>3) уменьшение воздушности легких</li> <li>4) разрастание фиброзной ткани в легких воспалительные инфильтраты в стенках альвеол</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>20. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЙ ВИД ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая диффузная обструктивная</li> <li>2) старческая</li> <li>3) очаговая</li> <li>4) викарная</li> <li>5) компенсаторная</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>21. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДИФFUЗНОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфекция</li> <li>2) генетическая предрасположенность</li> <li>3) производственная пыль</li> <li>4) аутоиммунный фактор</li> <li>5) иммунодефицит</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>22. РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ПРЕДШЕСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пневмосклероз</li> <li>2) острая пневмония</li> <li>3) бронхоэктазы</li> <li>4) хронический бронхит</li> <li>5) бронхиальная астма</li> </ul>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p>23. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ИБЛ В СТАДИИ</p>	<p>УК1, ПК 1,</p>

<p><b>АЛЬВЕОЛИТА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эктазия бронхиол</li> <li>2) фиброз межальвеолярных перегородок</li> <li>3) воспалительная инфильтрация интерстиция альвеол</li> <li>4) воспалительная инфильтрация стенки бронхов</li> <li>5) эмфизема</li> </ol>	ПК 5, ПК9
<p><b>24. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ХНЗЛ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хронической сердечно-легочной недостаточности</li> <li>2) острой сердечно-легочной недостаточности</li> <li>3) гипертрофии правого желудочка сердца</li> <li>4) хронического венозного застоя в легких</li> <li>5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе</li> </ol>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p><b>25. «ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ» - ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия левого желудочка</li> <li>2) дилатация полостей сердца</li> <li>3) гипертрофия правых отделов сердца</li> <li>4) жировая дистрофия миокарда</li> <li>5) правожелудочковая недостаточность</li> </ol>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p><b>26. ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» РАЗВИВАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый венозный застой малого круга кровообращения</li> <li>2) хронический венозный застой малого круга кровообращения</li> <li>3) острый венозный застой большого круга кровообращения</li> <li>4) хронический венозный застой большого круга кровообращения</li> </ol> <p>отек легких</p>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p><b>27. ПРИ РАЗВИТИИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА БОЛЬНЫЕ УМИРАЮТ ОТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острой почечной недостаточности</li> <li>2) хронической почечной недостаточности</li> <li>3) острой сердечной недостаточности</li> <li>4) хронической сердечной недостаточности</li> <li>5) дыхательной недостаточности</li> </ol>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p><b>28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ХНЗЛ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>2) хроническая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>3) гангрена легких</li> <li>4) острый абсцесс легких</li> <li>5) диффузный гранулематозный альвеолит</li> </ol>	УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9
<p><b>29. ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХНЗЛ.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое полнокровие в малом круге кровообращения</li> <li>2) хроническое полнокровие в малом круге</li> </ol>	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"> <li>1) некротического нефроза</li> <li>2) хронического гломерулонефрита</li> <li>3) некроза эпителия почечных канальцев</li> <li>4) множественных абсцессов почек</li> <li>5) вторичного амилоидоза</li> </ol>	<p>УК1, ПК 1, ПК 5, ПК9</p>
<p><b>Раздел 2. Патологическая физиология</b></p>	
<p>1. В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекция</li> <li>2) избыточная продукция глюкокортикоидов</li> <li>3) повышение тонуса парасимпатических нервов</li> <li>4) повышение образования слизи</li> <li>5) повышение тонуса симпатических нервов</li> <li>6) дуоденогастральный рефлекс</li> </ol> <p>2. АКТИВНОСТЬ ПЕПСИНА ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ СОСТОЯНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипоацидном,</li> <li>2) гиперацидном состоянии: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) понижается</li> <li>б) повышается</li> <li>в) не изменяется</li> </ol> </li> </ol> <p>3. СОСТОЯНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСИЛЕНИЮ ПЕРИСТАЛЬТИКИ КИШЕЧНИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ахилия</li> <li>2) понижение тонуса парасимпатических нервов</li> <li>3) повышение возбудимости рецепторов кишечной стенки</li> <li>4) энтерит</li> <li>5) постоянное употребление пищи, бедной клетчаткой</li> </ol> <p>4. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ускорение эвакуации пищи из желудка</li> <li>2) замедление эвакуации пищи из желудка</li> <li>3) натощак большое количество желудочного сока с <math>pH &lt; 2,0</math></li> <li>4) снижение активности пепсина</li> <li>5) длительный спазм привратника</li> <li>6) изжога, отрыжка "кислым"</li> <li>7) уменьшение образования панкреатического сока</li> <li>8) поносы</li> </ol> <p>5. ФАКТОРЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИЗЖОГИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зияние кардии</li> <li>2) гастро-эзофагальный рефлюкс</li> <li>3) спазм и антиперистальтика пищевода</li> <li>4) понижение кислотности желудочного сока</li> <li>5) увеличение содержания в желудке органических кислот</li> <li>6) понижение чувствительности рецепторов пищевода</li> </ol> <p>6. СОСТОЯНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСИЛЕНИЮ ПЕРИСТАЛЬТИКИ</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

**КИШЕЧНИКА**

- 1) ахилия
- 2) понижение тонуса парасимпатических нервов
- 3) повышение возбудимости рецепторов кишечной стенки
- 4) энтерит
- 5) постоянное употребление пищи, бедной клетчаткой

**7. ПОСЛЕДСТВИЯМИ АХЛОРГИДРИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) уменьшение выделения секретина слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- 2) снижение активности пептических ферментов желудочного сока
- 3) замедление эвакуации пищевых масс из желудка в кишечник

**8. ПОСЛЕДСТВИЯМИ СНИЖЕНИЯ СЕКРЕЦИИ СОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) отсутствие желчи в 12-перстной кишке
- 2) уменьшение рН в 12-перстной кишке
- 3) снижение активности липазы
- 4) нарушение эмульгирования жиров
- 5) отсутствие расщепления жиров
- 6) нарушение всасывания жирных кислот
- 7) стеаторея
- 8) усиление брожения и гниения в кишечнике

**9. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОБУСЛОВИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ СТЕАТОРЕИ**

- 1) недостаточность переваривания и всасывания углеводов
- 2) недостаточность синтеза панкреатических и кишечных липаз
- 3) недостаточность синтеза трипсиногена в поджелудочной железе
- 4) ахолия

**10. К ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ ГОРМОНАМ, ИЗБЫТОК КОТОРЫХ ВЫЗЫВАЕТ ГИПЕРСЕКРЕЦИЮ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА, ОТНОСЯТ**

- 1) гастрин
- 2) холецистокинин
- 3) секретин
- 4) мотилин

**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 неспецифи

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

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

и.  
венозного застоя.

**ОСЫ**

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

щихся 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 интерстициальная пневмония (отек головного мозга, мелкие кровоизлияния в головном мозге и других органах), воспалительный процесс в мозге

мозга

## ВОПРОСЫ

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

Березовского-Штернберга

узлов (узловой вариант или генерализованный)?

Березовского-Штернберга, смешанно-клеточный вариант?

Березовского-Штернберга.

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
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная Ш. 48 лет, медицинская сестра туберкулезного стационара, в течение недели отмечала общую слабость, боли в мышцах, суставах рук и ног, зуд кожи, постоянное поташнивание (однократно была рвота), снижение аппетита. В течение 4-х дней отмечалась лихорадка до 37,5 – 37,8°C. По рекомендации врача принимала антигриппин. В гепатологический центр была госпитализирована после появления желтухи в состоянии средней тяжести. К прежним жалобам добавились упорный кожный зуд, плохой сон и головные боли. При объективном обследовании: ярко выраженная желтуха кожи, склер и слизистых оболочек. На коже видны единичные геморрагии. Язык обложен белым налетом. Печень на 3 см ниже реберной дуги, мягкая, чувствительная при пальпации и поколачивании. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Нв – 120 г/л, Эр. – 4,5 x 10 <sup>12</sup> /л, Л – 4,7 x 10 <sup>9</sup> /л, СОЭ- 27мм/ч. Активность АлАТ в четыре раза превышает норму, повышена активность щелочной фосфатазы. Общий билирубин – 156,9 мкмоль/л, билирубиновый показатель – 81%. Выявлен «австралийский» антиген и повышенное содержание IgG. Протромбиновый индекс – 73%, снижено содержание проакцелерина и проконвертина, снижен альбумино-глобулиновый коэффициент. Содержание глюкозы в крови натощак колеблется от 2-х до 4,5 ммоль/л. Желтуха и зуд держались около 45 дней. Выписана через два месяца с показаниями АлАТ в два раза больше нормы.
В	1	Какой вид желтухи у больной? Возможные причины её развития?
Э	-	Печеночная (паренхиматозная) желтуха у больной с вирусным гепатитом типа «В» средней тяжести.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	2	Дайте обоснование Вашего заключения.
Э	-	Для вирусного гепатита характерно начало заболевания с проявлениями ООФ и выявление «Австралийского» антигена (антигена вируса «В»). Желтуха печеночная, т.к. на фоне высокой гипербилирубинемии имеются признаки значительного снижения функции печени: нарушен синтез альбуминов (снижен А/Г коэффициент) и прокоагулянтов (протромбина, проакцелерина, проконвертина), нарушен углеводный обмен (гипогликемия). Увеличение АлАТ (цитолитический фермент) свидетельствует о повреждении гепатоцитов. Больная выписана в состоянии неполного выздоровления (увеличена АлАТ).
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
В	3	Объясните механизм симптомов и изменений лабораторных показателей.
Э	-	Симптомы (слабость, мышечные и суставные боли, диспепсические явления, лихорадка, ускорение СОЭ) являются проявлением ООФ, обусловленного воспалительным процессом в печени, и интоксикацией. Вирусы в сочетании с аутоиммунными механизмами вызывают

		повреждение гепатоцитов, нарушение сначала экскреции, а затем захвата и конъюгации НБ, в крови увеличивается содержание КБ, в меньшей степени НБ. Так как количество общего билирубина значительно превышает 35 мкмоль/л – появляется желтуха. Воспалительный процесс в печени сопровождается отеком и инфильтрацией – печень увеличивается. В крови повышается содержание желчных кислот и, возможно, других токсичных метаболитов – появляются зуд кожи, нарушения сна и головная боль. В поврежденной печени уменьшается синтез прокоагулянтов – развивается геморрагический синдром в результате нарушения вторичного гемостаза. Нарушается метаболическая функция печени, что проявляется гипоальбуминемией и гипогликемией.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
V	4	Какие синдромы выявляются у больной?
Э	-	У больной выявляются синдромы: желтуха, холестаза (маркером является увеличение в крови ЩФ), холемия (зуд кожи связан с увеличением в крови ЖК), синдром печеночно-клеточной недостаточности. Наблюдаются типовые патологические процессы – воспаление и ООФ.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
V	5	Какие изменения можно обнаружить у больной в моче?
Э	-	Моча у больной должна быть темной из-за содержания в ней КБ (т.к. количество его в крови превышает 34 мкмоль/л и он легко проходит почечный фильтр) и должна вспениваться при встряхивании из-за присутствия в ней ЖК, которые понижают поверхностное натяжение жидкости.
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 экстравазаты 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: Нб – 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.
V	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
B	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
B	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
B	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

В	5	Принципы лечения тромбоцитопатий.
Э	-	<p>Этиотропный принцип – прекращение действия факторов физического, химического, биологического характера; лечение болезней, патологических процессов и состояний, вызывающих тромбоцитопатию.</p> <p>Патогенетический принцип – введение проагрегантов, прокоагулянтов или антифибринолитических препаратов; переливание тромбоцитарной массы, белковых препаратов крови (фибриногена, тромбина и др.).</p> <p>Симптоматический принцип – введение растворов нормализующих реологические свойства крови, остановка кровотечения, лечение постгеморрагических состояний.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Отчасти верно
P0	-	Неверно
Н	-	002
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	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>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- <math>2,8 \times 10^{12}</math> /л, ретикулоциты- 0,2% ( N 2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-<math>228-275 \times 10^9</math> /л), лейкоциты- <math>1,3 \times 10^9</math>/л (N 6- <math>8 \times 10^9</math> /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</p>
В	1	Какая форма патологии гемостаза у больной?
Э	-	<p>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<sub>12</sub> и фолиевой кислоты. Можно предположить, что у больной апластическая анемия, что подтверждает наличие эритроцитопении и лейкопении.</p>
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 брюшинное 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
B	5	Терапия тромбоцитопений.
Э	-	Этиотропный - прекращение действия патогенного фактора,

		вызавшего 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, методами моделирования	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 математический и статистический аппарат	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 задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

### **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.