федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПАТОЛОГИЯ**

по специальности

31.08.49 Терапия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – ординатуры по направлению подготовки (специальности) *31.08.49 Терапия*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1**: готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу;

**ПК-5**: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1.** **Патофизиология и патоморфология заболеваний сердечно-сосудистой системы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

а) эозинофилы;

б) моноциты;

в) **лимфоциты**;

г) лейкоциты

д) эритроциты.

2. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

а) асистолия желудочков;

б) **фибрилляция желудочков**;

в) желудочковая бигимения;

г) атриовентрикулярная блокада II степени;

д) синоаурикулярная блокада II степени.

3. Пульс tardus (замедленный), parvus (малый) характерен для:

а) недостаточности трехстворчатого клапана;

б) недостаточности митрального клапана;

в) недостаточности аортального клапана;

***г) стеноза устья аорты;***

д) митрального стеноза.

4. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

а) недостаточности митрального клапана;

б) митрального стеноза;

в) недостаточности аортального клапана;

г) стеноза устья аорты;

***д) недостаточности трехстворчатого клапана.***

5. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

а) дилатация правого предсердия;

***б) дилатация правого желудочка;***

в) гипертрофия правого желудочка;

г) дилатация левого желудочка;

д) гипертрофия левого желудочка.

6. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

а) правого предсердии;

б) правого желудочка;

в) левого предсердия;

***г) левого желудочка;***

д) левого предсердия и правого желудочка.

7. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

а) недостаточности митрального клапана;

***б) митральном стенозе;***

в) недостаточности аортального клапана;

г) стенозе устья аорты;

д) недостаточности трехстворчатого клапана.

8. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с мерцанием предсердий может быть:

а) гипертрофия стенки правого желудочка;

б) гипертрофия стенки левого желудочка;

***в) тромбоз полости левого предсердия;***

г) флебит глубоких вен нижних конечностей;

д) дилатация правого желудочка.

9. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

а) аортального клапана;

б) митрального клапана;

в) митрального и аортального клапанов;

***г) трикуспидального и легочного клапанов;***

д) только клапана легочной артерии.

10. У больных с наличием хронического очага инфекции в организме при возникновении инфекционного эндокардита наиболее часто поражаются:

а) аортальный клапан;

б) митральный клапан;

***в) митральный и аортальный клапаны;***

г) трикуспидальный и легочный клапаны;

д) только трикуспидальный клапан.

11. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

12. При остановке кровообращения развивается:

а) метаболический алкалоз;

**б) метаболический ацидоз;**

в) респираторный алкалоз;

г) респираторный ацидоз;

д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

13. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

а) снижение АД и учащение пульса;

б) снижение АД и урежение пульса;

**в) повышение АД и учащение пульса;**

г) повышение АД и урежение пульса;

д) АД и частота пульса не изменяются.

14. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

а) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;

**б) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;**

в) отравлении фосфорорганическими соединениями;

г) декомпенсации миокарда;

д) тромбоэмболии легочной артерии.

15. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

а) снижение артериального давления;

**б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);**

в) снижение ЦВД;

г) анемия;

д) полицитемия.

16. Механизмами повышения АД могут быть: 1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления; 2. увеличение массы циркулирующей крови; 3. увеличение минутного объема сердца; 4. повышение концентрации ренина плазмы крови.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) **если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**.

17. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит: 1. гиповолемия; 2. стрессовая реакция на боль; 3. артериальная гипотония; 4. резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) **если правильный ответ 4**;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

а) лицевых вен;

**б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза;**

в) глубоких вен верхних конечностей;

г) поверхностных вен нижних конечностей;

д) поверхностных вен верхних конечностей.

19. Нормальное количество жидкости, которое можно визуализировать в полости перикарда при проведении эхокардиографического исследования, равняется:

**а) 20-50 мл;**

б) 100 мл;

в) 500 мл;

г) 200-300 мл;

д) 100-200 мл.

20. При остром инфаркте в миокарде выявляется:

**а) некроз;**

б) ишемия;

в) дистрофия;

г) нет верных ответов;

д) все перечисленное верно.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 2. Патофизиология и патоморфология заболеваний дыхательной системы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте:
1. меняется в сторону увеличения слоя геля; 2. зависит от функции сурфактантной системы; 3. не меняется; 4. меняется в сторону увеличения слоя золя.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

**г) если правильный ответ 4;**

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

2. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

**а) спирографии, пневмотахографии;**

б) бронхоскопии;

в) исследования газов крови;

г) рентгенография легких;

д) ангиопульмонографии.

3. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

**г) если правильный ответ 4;**

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

4. Степень обструкции воздухоносных путей кореллирует с:
1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

**г) если правильный ответ 4;**

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

5. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступает признаки: 1.бронхоспазма;
2. бронхиальной дискенезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов; 3. инфекционного процесса; 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушение мукоцилиарного транспорта.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

**г) если правильный ответ 4;**

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

6. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:
1. бронхоспазмом; 2. воспаление слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; 4. инфекционным процессом.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

**б) если правильный ответ 1 и 3;**

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

7. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1.бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4 инфекцией.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

**в) если правильный ответ 2 и 4;**

г) если правильный ответ 4;

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

8. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. очаговый и диффузный пневмосклероз; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;**

9. Для выраженной гипоксической (экзогенной) гипоксии характерны: 1. нарушение сознания; 2. цианоз кожных покровов; 3. снижение альвеолярного рО2; 4. снижение артериального рО2.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

10. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:

а) 70%;

**б) 80%;**

в) 90%;

г) 100%;

д) 60%.

 11. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземе и булезной дистрофии легкого.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

**г) если правильный ответ 4;**

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

12. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1.абсцессе легкого; 2.раке легкого в стадии распада; 3.туберкулезе легкого; 4.хроническом бронхите; 5.крупозной пневмонии.

***а) если правильны ответы 1, 2 и 3;***

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

13. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

а) острого трахеобронхита;

б) очаговой пневмонии;

в) хронического бронхита;

***г) бронхогенного рака легкого;***

д) туберкулеза легкого.

14. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

**а) эпителиоидные клетки и гиганские клетки типа Пирогова-Лангханса;**

б) клетки Березовского-Штернберга;

в) гистиоциты;

г) макрофаги;

д) эозинофилы.

15. Пневмокониоз может развиться при: 1. бурении; 2. дроблении; 3. шлифовке изделий; 4. обрубке литья.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

16. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся: 1. бурильщики; 2. пескоструйщики; 3. проходчики; 4. обрубщики.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

17. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено:
1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усиление вязкости мокроты; 3. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

18. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:
1. бронхоспазмом; 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;
3. закрытием просвета бронхов вязким секретом; 4. спадением мелких бронхов на выдохе.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

19. При пневмонии поражается: 1.интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи.

**а) если правильный ответ 1,2 и 3;**

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

20. Течение пневмонии определяется: 1. возбудителем пневмонии; 2.временем начала этиотропной терапии; 3. состоянием бронхов; 4. наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 3. Патофизиология и патоморфология заболеваний органов пищеварения и печени.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. У пациентов с не леченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

а) только потеря воды;

б) только потеря натрия;

в) только потеря и натрия, и воды;

**г) гипокалиемия;**

д) нарушение кислотно-основного состояния.

2. Из местных механизмов ульцерогенеза основная роль отводится: 1. моторно-эвакуаторным нарушениям; 2. кислотно-пептическому фактору; 3. состоянию защитного слизистого барьера; 4. обратной диффузии ионов водорода.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

3. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

4. Патогенез раннего демпинг-синдрома обусловлен: 1. ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку; 2. повышением осмотического давления в тонкой кишке; 3. снижением объёма циркулирующей плазмы; 4. гипогликемией.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

5. Печеночный запах связан с обменом:

а) холина;

б) билирубина;

**в) метионина;**

г) глютамина;

д) альфа-кетоглутаровой кислоты.

6. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся: 1. панкреатопузырный рефлюкс; 2. стаз желчи; 3. изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке; 4. дуоденогастральный рефлюкс.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

7. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются: 1. нарушение метаболизма холестерина и билирубина; 2. изменение рН желчи; 3. холестаз; 4. продукция литогенной желчи.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

8.. Асцит при циррозе печени является следствием: 1. вторичного гиперальдостеронизма; 2. гипоальбуминемии; 3. портальной гипертензии; 4. сердечной недостаточности.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

9. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

10. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют:

**а) ступенчатые некрозы;**

б) отложения меди;

в) жировая дистрофия;

г) отложения железа;

д) нарушение архитектоники печеночных долек.

11. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются: 1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани; 2. увеличение синтеза жирных кислот в печени; 3. уменьшение выделения жиров печенью; 4. некроз гепатоцитов.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:

а) некроз;

б) фиброз;

**в) жировая дистрофия;**

г) регенерация;

д) перестрой архитектонике печени.

13. Для синдрома Мелори-Вейса характерно образование трещин в:

а) абдоминальном отделе пищевода;

**б) кардиальном отделе желудка;**

в) антральном отделе желудка;

г) пилорическом отделе желудка;

д) теле желудка.

14. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

**а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;**

б) повышение активности альдолазы;

в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;

г) гипоальбуминения;

д) повышение уровня сывороточного железа

15. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:

**а) активность амилазы;**

б) активность липазы;

в) уровень глюкозы;

г) активность щелочной фосфатазы;

д) активность трансаминазы.

16. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови:

**а) гамма-глобулинов;**

б) холестерина;

в) активности щелочной фосфатазы;

г) билирубина;

д) альбумина.

17. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является:

**а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;**

б) билирубинурия;

в) увеличение активности трансаминаз;

г) ретикулоцитоз;

д) гипоальбуминемия.

18. Для гемолитической желтухи характерно: 1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы; 3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гамма-глютамилтранспептидазы; 4. ретикулоцитоз.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

19. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при: 1. синдроме Ротора; 2. синдроме Дабина-Джонсона; 3. хроническом активном гепатите; 4. первичном билиарном циррозе печени.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

20. По данным сцинтиграфии печени нельзя сделать заключение о:

а) нормальном изображении печени;

б) опухоли печени;

в) диффузном поражении печени;

**г) хроническом гепатите;**

д) очаговом поражении печени.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 4. Патофизиология и патоморфология заболеваний мочевыделительной системы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

***а) острого гломерулонефрита;***

б) пиелонефрита;

в) почечно-каменной болезни;

г) цистита;

д) нефроптоза.

2. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 3г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

3. Острый нефритический синдром характеризуют:

а) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;

б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;

**в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;**

г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;

д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

4. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

а) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;

б) сопутствующей инфекцией;

**в) падением артериального давления;**

г) недостаточностью надпочечников;

д) метаболическим ацидозом.

5. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

а) 10% почечной паренхимы;

б) 20% почечной паренхимы;

в) 50% почечной паренхимы;

**г) 75% почечной паренхимы;**

д) 90% почечной паренхимы.

6. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является следствием:

а) изолированного поражения канальцев;

б) изолированного поражения клубочков;

в) изолированного поражения собирательных трубочек;

**г) поражения всего нефрона;**

д) изолированного поражения приносящей артериолы.

7. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

8. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

а) десны;

б) подкожного жира;

в) слизистой оболочки прямой кишки;

**г) почки;**

д) кожи.

9. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

а) чашечно-лоханочная система;

б) сосудистый клубочек;

в) почечные канальцы;

**г) нефрон;**

д) почечное тельце.

10. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

**а) нефросклероз;**

б) пролиферация мезангиальный клеток;

в) деструкция малых отростков подоцитов;

г) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;

д) облитерация выносящей артериолы.

11. Главными морфологическими элементами ЮГА являются клетки:

а) эпителиоидные (гранулярные) и мезангиальные;

б) эпителиоидные и плотного пятна;

в) плотного пятна и Гурмагтига;

**г) эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига;**

д) плотного пятна.

12. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

а) употреблением преимущественно белковой пищи;

б) значительной лейкоцитурией и бактериурией;

в**) употреблением преимущественно растительной пищи;**

г) употреблением большого количества соли;

д) употреблением большого количества сахара.

13. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

**а) пиелонефрите;**

б) гломерулонефрите;

в) амилоидозе;

г) нефролитиазе;

д) поликистозе.

14. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

а) хронического нефрита;

б) пиелонефрита;

**в) сахарного диабета;**

г) несахарного диабета;

д) сморщенной почки.

15. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

а) соблюдать строгую диету с исключением соли;

б) ограничить физическую активность;

**в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);**

г) ограничить употребление белковой пищи;

д) ограничить употребление растительной пищи.

16. Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

**а) острого гломерулонефрита;**

б) пиелонефрита;

в) почечно-каменной болезни;

г) цистита;

д) амилоидоза почек.

17. Высокая относительная плотность мочи характерна для:

а) хронического нефрита;

б) пиелонефрита;

***в) сахарного диабета;***

г) несахарного диабета;

д) сморщенной почки.

18. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

а) подпеченочной желтухи;

б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;

***в) печеночной желтухи;***

г) застойной почки;

д) инфаркта почки.

19. Выраженная билирубинурия характерна для:

***а) подпеченочной желтухи;***

б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;

в) почечно-каменной болезни;

г) застойной почки;

д) хронического нефрита.

20. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

а) мочевины;

б) остаточного азота;

**в) креатинина;**

г) калия;

д) мочевой кислоты.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 5. Патофизиология и патоморфология заболеваний эндокринной системы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. увеличение образования кетоновых тел; 3. уменьшение синтеза гликогена; 4. усиление синтеза гликогена; 5. уменьшение образования кетоновых тел.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

2. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. гиперкетонемия; 3. жировая инфильтрация печени; 4. гиполипопротеинемия; 5. снижение уровня неэтесифицированных жирных кислот.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

3. Основными патофизиологическими отличиями сахарного диабета 1 типа от сахарного диабета 2 типа является все перечисленное, кроме 1. склонности к кетоацидозу; 2. абсолютного дефицита инсулина; 3. высокого уровня С-пептида; 4. генетического дефекта противовирусного иммунитета; 5. деструкции в-клеток островков Лангерганса.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

**г) если правильный ответ 3;**

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

4. В норме уровень сахара в крови при поведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после введения глюкозы составляет:

а) не более 6,0 ммоль/л;

б) не более 7,0 ммоль/л;

**в) не более 7,8 ммоль/л;**

в) более 7,8 ммоль/л;

в) более11,0 ммоль/л.

5. Диагностируется нарушение толерантности к глюкозе при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

а) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;

б) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;

в) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;

**в) от 7,8 до 11 ммоль/л;**

в) более 11,0 ммоль/л.

6. Диагностируется сахарный диабет при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при поведении теста на толерантность к глюкозе:

а) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;

б) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;

в) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;

в) от 7,8 до 11 ммоль/л;

**в) более 11,0 ммоль/л.**

7. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1 определение свободного тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 4. определение основного обмена.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

**а) жирового гепатоза;**

б) гепатита;

в) цирроза;

г) сердечной недостаточности;

д) диабетической нефропатии.

9. Для аутоиммунного тиреоидита характерно: 1. повышение титра антител с микросомальной фракцией клеток щитовидной железы; 2. снижение функции щитовидной железы; 3. ультразвуковые признаки аутоиммунного поражения щитовидной железы; 4. повышение температуры тела.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

10. Для подострого тиреоидита характерно: 1. выраженный болевой синдром; 2. лейкоцитоз, увеличение СОЭ; 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам; 4. экзофтальм.

**а) если правильны ответы 1 и 2;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

11. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1 определение свободного тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 4. определение основного обмена.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

12. При гипоталамо-гипофизарной недостаточности снижается выработка: 1.адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ); 2 . тиреотропного гормона (ТТГ); 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); 4. пролактина.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

13. Для первичного альдостеронизма характерны: 1. положительная проба с верошпироном; 2. гиперкалиемия; 3. гипокалиемия; 4. отсутствие изменений на ЭКГ.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

**б) если правильны ответы 1 и 3;**

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. Стойкая тахикардия у больных сахарным диабетом 1 типа может быть обусловлена: 1. сочетанием с токсическим зобом; 2. сердечной недостаточностью; 3. гипохромной анемией; 4. автономной сердечной нейропатией.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

15. К этиологическим моментам возникновения рака щитовидной железы следует относить:

а) узловой эутиреоидный зоб как облигатный предрак

б) аденома и аденоматоз щитовидной железы

в) стимуляция ткани щитовидной железы повышенным уровнем ТТГ и ионизирующим излучением

**г) все ответы верны**

д) нет верного ответа

16. В патогенезе остеопороза при болезни Иценко-Кушинга большое значение имеет:

**а) катаболическое действие глюкокортикоидов на костную ткань**

б) анаболическое действие глюкокортикоидов на костную ткань

в) анаболическое действие АКТГ на костную ткань

в) катаболическое действие АКТГ на костную ткань

г) нет верного овета

17. Основным методом диагностики рака щитовидной железы является:

а) определение ТТГ

б) определение Т3 и Т4

в) биохимический анализ крови

г) рентгенография органов шеи

**д) прицельная биопсия узла щитовидной железы**

18. В патогенезе стероидного сахарного диабета большое значение имеет:

а) относительная недостаточность инсулина,

б) инсулинорезистентность

в) повышение уровня контринсулярных гормонов.

**г) все ответы верные**

д) нет верного ответа

19. Основной метаболический эффект соматотропина:

**а) усиление анаболических процессов**

б) усиление катаболических процессов

в) усиление энергетических процессов

г) все ответы верные

д) нет верного ответа

20. При недостатке глюкокортикоидов:

а) происходит потеря натрия и хлоридов с мочой с последующим развитием дегидратации

б) снижается содержание гликогена в печени и скелетных мышцах,

в) повышается чувствительность к инсулину

г) снижается уровень мочевины

**д) все ответы верные**

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 6. Патофизиология и патоморфология заболеваний системы кроветворения.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

а) 10-20%;

**б) 20-30%;**

в) 30-40%;

г) 40-50%;

д) более 50%.

2. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

а) резекцией желудка

**б) большим количеством детей (родов)**

в) нефрэктомией

г) гипосекреторньм гастритом

д) оральной контрацепцией

3. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1.увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2.тромбоцитоэом; 3.нарушением функциональных свойств тромбоцитов;

4.активацией плазменного гемостаза.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3**

б) если правильны ответы 2 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

4. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются:

1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов; 2. появление иммунных комплексов и реагинов в крови; 3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма; 4. вирусная инфекция.

а) если правильны ответы 1,2 и 3

**б) если правильны ответы 1 и 3**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2,3 и 4

5. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать: 1.увеличение содержания фибриногена в крови; 2.увеличение количества глобулинов в крови; 3.увеличение альбуминов в крови; 4.увеличение количества эритроцитов в крови; 5.повышение холестерина в сыворотке крови.

***а) если правильны ответы 1, 2 и 3;***

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

6. Транзиторная лейкопения не возникает при: 1.лучевом воздействии с терапевтической целью; 2.длительном приеме лекарственных средств; 3.алиментарной недостаточности; 4.значительной физической нагрузке.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

***г) если правильный ответ 4;***

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

7. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

а) исследования крови (гемограмма, биохимические исследования)

**б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани**

в) сцинтиграфия

г) лимфография

д) компьютерная и ЯМР-томография

8. Замедление СОЭ (менее 3 мм/ч) характерно для:

а) криоглобулинемии;

б) болезни Гоше;

**в) эритроцитоза;**

г) талассемии;

д) железодефицитной анемии.

9. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

а) внутриклеточного гемолиза;

**б) внутрисосудистого гемолиза;**

в) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;

г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;

д) талассемии.

10. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

**а) гиперхромия эритроцитов**

б) микроцитоз эритроцитов

в) глюкозурия

г) гиперурикемия

д) лейкоцитоз

11. К функциям селезенки относятся: 1. выработка антител; 2. секвестрация клеток крови; 3. торможение костномозгового кроветворения; 4. синтез эритропоэтина.0

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

а) резкая болезненность

б) "деревянная " плотность

**в) плотноэластическая консистенция**

г) спаянность с кожей и между собой

д) мягкие, безболезненные

13. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

а) установления варианта лимфогранулематоза

б) диагностики лимфаденитов

в) установления цитохимического варианта острого лейкоза

**г) диагностики метастазов рака**

д) уточнения клеточного состава лимфатического узла

14. Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение;

2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

**в) если правильны ответы 2 и 4**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. Группа крови по системе АВ0 устанавливается: 1.только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами; 2.только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3.по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке; 4.по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы I и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

**г) если правильный ответ 4**

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. При определении группы крови по системе АВ0 используются: 1.непрямой антиглобулиновый метод; 2.конглютинация с желатином; 3.конглютинация с альбумином; 4.реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

**г) если правильный ответ 4**

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

17. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору; 2.для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО; 3.для выявления аутосенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4.для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

**в) если правильны ответы 2 и 4**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2,,3 и 4

18. Классификация лейкозов основана на:

а) клинической картине заболевания

б) анамнестических данных

**в) степени зрелости клеточного субстрата заболевания**

г) продолжительности жизни больного

д) эффективности проводимой терапии

19. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

а) биопсию лимфоузла

**б) стернальную пункцию**

в) пункцию селезенки

г) подсчет ретикулоцитов

д) УЗИ печени и селезенки

20. Понятие "опухолевая прогрессия " лейкозов означает: 1. более злокачественное течение; 2. прогрессирование процесса; 3. появление новых автономных, более патологических клонов клеток; 4. снижение количества эритроцитов.

**а) если правильны ответы 1,2 и 3**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3 и 4

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Тема 7. Патофизиология воспаления и иммунных заболеваний.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагинам соответствует:

**а) Ig E**

б) Ig D

в) Ig М

г) Ig А

д) Ig G

2. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

**а) эффект элиминации**

б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда

в) рецидивирующий полипоз носа с признаками инфекции

г) постепенное развитие приступа

д) нет верного овета

3. Ревматоидный фактор представляет собой

а) β-макроглобулин

**б) антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM**

в) антитело к синовиальной оболочке

г) антитело к Shared epitop (общему эпитопу)

д) антитело к артритогенному пептиду

4. Антимитохондриальные антитела характерны для:

а) цирроза вирусной этиологии;

б) алкогольного цирроза;

**в) первичного билиарного цирроза;**

г) цирроза, обусловленного болезнью Вильсона-Коновалова;

д) цирроза печени при саркоидозе.

5. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют: 1. нейтрофилы; 2. эозинофилы; 3. базофилы; 4. моноциты.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

6. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

а) эритроциты

б) гранулоциты

в) Т-лимфоциты

**г) В-лимфоциты**

д) тромбоциты

7. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

а) макрофаги

б) Т-лимфоциты

**в) В-лимфоциты**

г) плазмоциты

д) эритроциты

8. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

**а) Т-лимфоциты**

б) В-лимфоциты

в) плазмоциты

г) макрофаги

д) эритроциты

9. В основе патогенеза СПИДа лежит: 1.паралич фагоцитарной активности; 2.прогрессирующее снижение уровня СД-8 клеток; 3.депрессия IgМ 4.прогрессирующее снижение уровня СД-4 клеток.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

**г) если правильный ответ 4**

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

10. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся: 1. острая и хроническая крапивница; 2. ангионевротический отек Квинке; 3. поражение желудочно-кишечного тракта; 4. поражение нервной системы.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

11. Наиболее точной характеристикой сывороточной болезни является из приведенного ниже: 1. аллергическая реакция на медикаменты; 2. токсическая реакция на медикаменты; 3. токсическая реакция на белок лошадиной сыворотки; 4. аллергическая реакция на белок чужеродной сыворотки.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

**г) если правильный ответ 4**

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Наиболее частым проявлением сывороточной болезни является: 1. острая крапивница; 2. температурная реакция; 3. лимфаденопатия; 4. гастрит.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

13. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

а) молоку и молочным продуктам

б) мясу птицы

в) рыбе

**г) меду**

д) шоколаду

14. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

а) обострение в зимнее время года

б) круглогодичное течение процесса

в) обострение при уборке квартиры

**г) обострение в весенне-летнее время года**

д) обострение в осеннее время года

15. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

а) иглорефлексотерапия

б) назначение антимедиаторных препаратов

в) назначение глюкокортикостероидов

**г) специфическая иммунотерапия**

д) физиотерапия

16. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:

а) неиммунных механизмов

б) Ig А

в) сенсибилизированных лимфоцитов

**г) Ig E**

д) Ig D

17. К неспецифическим факторам защиты организма относится: 1. система комплемента и фагоцитоза; 2. интерферон и лимфокины; 3. бактерицидные субстанции тканей, гидролитические ферменты; 4. лизоцим, NK- и К-клетки.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

18. К феноменам иммунной реактивности относятся: 1. антителогенез; 2. гиперчувствительность немедленного типа; 3. гиперчувствительность замедленного типа; 4. иммунологическая толерантность.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

19. К иммунокомпетентным клеткам относятся: 1. Т-лимфоциты; 2. В-лимфоциты; 3. макрофаги; 4. тромбоциты.

**а) если правильны ответы 1, 2 и 3**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

20. Главный ген гистосовместимости у человека обозначают:

а) Rh LA

б) DLA

**в) HLA**

г) RLA

д) JPLA

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Обоснованности выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установления этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованности выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **проверка историй болезни** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся продемонстрировал правильно или с незначительными погрешностями заполненные истории болезни, обосновал диагностические методы для установления патологии и верификации диагноза, правильно интерпретировал результаты диагностических методов исследования.  |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать заполненные истории болезни или при их ведении допустил существенные ошибки, не смог обосновать патологические процессы на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных проведенного обследования. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Патология» проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и проверки практических навыков:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и зачете практических навыков.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или не зачете практических навыков.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью иди с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. Патофизиология сердечно-сосудистого континуума.

2. Патофизиология кардиоренального континуума.

3. Патофизиология и патоморфология гипертонической болезни.

4. Патофизиология и патоморфология симптоматических гипертоний.

5. Патофизиология и патоморфология хронической ишемической болезни сердца.

6. Патофизиология и патоморфология острого инфаркта миокарда.

7. Патофизиология и патоморфология хронической сердечной недостаточности.

8. Патофизиология и патоморфология хронической обструктивной болезни легких.

9. Патофизиология, патоморфология и иммунологические аспекты бронхиальной астмы.

10. Патофизиология и патоморфология пневмонии.

11. Патофизиология системы пищеварения.

12. Патофизиология и патоморфология печени, патогенез печеночной недостаточности.

13. Патофизиология и патоморфология поджелудочной железы.

14. Патофизиология и патоморфология хронической болезни почек, патогенез почечной недостаточности.

15. Патофизиология системы гемостаза.

16. Патофизиология и патоморфология сахарного диабета.

17. Патофизиология и патоморфология заболеваний щитовидной железы.

18. Патофизиология воспаления.

19. Патофизиология аутоиммунных заболеваний.

20. Прижизненная морфологическая диагностика. Методы. Основные показания.

***Типовые практические задания для проверки сформированных умений и навыков:***

1. Определить показания для определения липидного профиля.
2. Определить показания для определения гематокрита.
3. Определить показания для определения скорости клубочковой фильтрации.
4. Определить показания для проведения теста толерантности к глюкозе.
5. Определить показания для проведения бронходилатационного теста.
6. Определить показания для проведения колоноскопии.
7. Определить показания для проведения стернальной пункции.
8. Определить показания для биопсии лимфатического узла.
9. Определить показания для проведения уреазного дыхательного теста.
10. Определить показания для проведения денситометрии.
11. Определить стадию гипертонической болезни по результатам электрокардиографии
12. Определить стадию хронической болезни почек по скорости клубочковой фильтрации.
13. Определить тяжесть анемии по уровню гемоглобина.
14. Определить стадии ДВС-синдрома по гемокоагуляционным параметрам.
15. Определить кислотно-основное состояние крови по величине рН.
16. Определить респираторные нарушения по напряжению углекислого газа в артериальной крови.
17. Определить систолическую функцию левого желудочка по результатам трансторакальной эхокардиографии.
18. Определить степень активности ревматоидного артрита по лабораторным критериям.
19. Определить степень активности гепатитов по биохимическому анализу крови.
20. Определить стадию язвы желудка и 12-перстной кишки по результатам эндоскопического исследования.

***Эталоны решения типовых практических заданий***

1. Липидный профиль включает в себя определение уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности и триглицеридов. Показанием является определение липидных факторов риска развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний. Липидные факторы риска: гиперхолестеринемия, гипер-бета-липопротеидемия, гипо-альфа-липопротеидемия, гипертриглицеридемия. Кроме того, выраженное повышение уровня триглицеридов (более 5,0 ммоль/л) является фактором риска панкреатита. Также данные параметры используются для контроля эффективности гиполипидемической терапии.

2. Гематокрит – это общий объем форменных элементов в цельной крови. Показанием является установления гемоконцентрации, которая может меняться при ряде заболеваний и патологических состояний, а также служит ориентиром в ряде ситуаций при оказании медицинской помощи. Гематокрит уменьшается при анемиях, гемодилюции, увеличивается при эритремии, вторичном эритроцитозе, сгущении крови различной этиологии (ожоги, гипертермия, избыточный прием диуретиков и др.). Параметр может использоваться в качестве критерия эффективности терапии, например оценивается его динамика при проведении кровопускания у больных эритремией.

3. Скорость клубочковой фильтрации оценивается для оценки почечной функции и установления стадии хронической болезни почек, что влияет на тактику ведения больного. Также его определение необходимо при назначении фармакотерапии, поскольку многие лекарственные средства выводятся через почки и при нарушении почечной функции может меняться фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств. По данному параметру, оцененному в динамике, можно судить об эффективности нефропротективной терапии.

4. Тест толерантности к глюкозе выполняется при подозрении на нарушение углеводного обмена. При уровне глюкозы натощак < 6,1 ммоль/л, а после нагрузки глюкозой > 7,8 ммоль/л, но < 11,0 ммоль/л свидетельствует о нарушенной толерантности к глюкозе. Если через 2 часа после нагрузки глюкозой уровень глюкозы превышает 11 ммоль/л диагностируется сахарный диабет.

5. Показаниями для проведения бронходилатационного теста являются:

установление обратимости бронхиальной обструкции, включая пациентов с нормальными показателями исходной спирометрии;

определение потенциального эффекта бронхолитической терапии;

мониторирование динамики легочной функции у больных с хроническими респираторными заболеваниями при длительном наблюдении.

Обратимость бронхиальной обструкции определяется по изменению ОФВ1 или ФЖЕЛ. Если при проведении теста с бронходилататором коэффициент бронходилатации (изменение ОФВ1 до и после теста, выраженное в процентах) составляет более 12%, то это свидетельствует об обратимости бронхиальной обструкции, если менее 12% о необратимости.

6. Показания для колоноскопии могут быть абсолютными и относительными. К первому типу относятся такие показания, при которых данный вид исследования считается единственным способом, позволяющим получить высокорезультативную информацию, например при признаках кровотечений из нижнего кишечного отдела. Данному состоянию характерно присутствие следов крови в кале. Полипы внутреннего органа. В этом случае одновременно проводят биопсию, позволяющую исключить наличие онкологии. Наличие подозрений на раковое образование. Данная ситуация также требует взятие биопсии. Предположение неспецифического язвенного колита, которое характеризуется поражением стенок кишечника аутоиммунного характера с формированием язв. Наличие болезни Крона, которая представляется воспалительным процессом слизистой с развитием гранулем. В этом случае также требуется взятие биопсии. Предположение о кишечной непроходимости невыясненного характера. Относительные показания к проведению колоноскопии представлены состоянием, при котором исследование относится к дополнительному мероприятию. Оно назначается в том случае, когда другие диагностические методы не дали необходимого заключения о заболевании. Прежде всего это наличие: хронических болей в области живота, которые появляются и исчезают самостоятельно; анемии с невыясненной причиной потери концентрирования гемоглобина; непонятного понижения массы тела при нормально организованном питательном процессе, отсутствии других диагностированных заболеваний, которые объясняют данное состояние; незначительно повышенной температуры без каких-либо причин на протяжении длительного времени; частых расстройств стула.

7. Поводом к исследованию пунктата костного мозга, полученного из грудины, становятся подозрение в отношении гематологических заболеваний, планирующаяся пересадка костного мозга, некоторые инфекционные процессы, когда другие рутинные обследования не дают достаточного объема информации. Стернальная пункция проводится при:

Анемиях — тяжелая железодефицитная, мегалобластные, апластические.

Опухолях кроветворной ткани — лейкозы, парапротеинемические гемобластозы.

Миелодиспластическом синдроме.

Лейкемоидных реакциях, когда картина периферической крови не позволяет исключить опухолевый рост.

Болезнях накопления наследственной природы, обменных нарушениях (болезнь Гоше, Нимана-Пика).

Висцеральном лейшманиозе.

Подозрении на наличие метастазов других злокачественных новообразований в кости (рак простаты, например).

Оценке эффективности лечения и контроле состояния у пациентов гематологического профиля.

Исследовании и заготовке полученных стволовых клеток для трансплантации донору либо самому пунктируемому пациенту после курсов химиотерапии или облучения.

Внутрикостном введении лекарственных препаратов.

8. Основные показания к биопсии лимфатического узла следующие: 1) высокая вероятность опухоли по клиническим данным; 2) необъяснимая лимфоаденопатия: после выполнения всех неинвазивных исследований, диагноз не установлен; 3) диагноз установлен по результатам неинвазивных методов исследования, однако, несмотря на лечение, лимфаденопатия персистирует.

Показанием к повторной биопсии являются следующие гистологические изменения, выявленные в биопсированных лимфатических узлах, не пораженных опухолью: 1) синусный гистиоцитоз; 2) паракортикальная реакция с обилием плазматических клеток и макрофагов; 3) склеротические изменения/сосудистая реакция (за исключением паховых лимфатических узлов); 4) некроз лимфатического узла.

9. Показаниями для проведения уреазного дыхательного теста являются: установлении обсемененности Helicobacter pylori верхних отделов ЖКТ, что является этиопатогенетическим фактором развития эрозивно-язвенных заболеваний желудка и 12-перстной кишки. Положительное значение теста определяет показания для эрадикационного лечения (антимикробные препараты по схеме), а также служит ориентиром эффективности антигеликобактерной терапии.

10. Денситометрия – методика, свидетельствующая о минеральной плотности костной ткани (МПК). Поскольку потеря МПК всегда является следствием какого-либо заболевания или состояния, то существуют определенные категории лиц, которым показано обследование на остеопороз. Так, показаниями к обследованию являются: возраст старше 45 лет для женщин и старше 55 для мужчин; женщины в период постменопаузы; эндокринные нарушения (сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы); многократные беременности (более 3) или длительное кормление грудью; несколько случаев перелома костей в течение 3–5 лет; пациенты, принимающие препараты группы кортикостероидов, а также транквилизаторы и противосудорожные препараты; ведение малоподвижного образа жизни (длительный постельный режим, использование инвалидного кресла); резкое похудание или постоянный маленький вес; наличие родственников с диагнозом остеопороз.

11. Поскольку сердце является органом мишеней при артериальной гипертензии, у всех пациентов с АГ регистрируется электрокардиограмма (ЭКГ) для выявления гипертрофии левого желудочка и других возможных аномалий, а также для документирования сердечного ритма и выявления аритмий. Наиболее часто используются простые критерии и пороговые значения для выявления ГЛЖ с помощью ЭКГ: индекс Соколова-Лайона (SV1+RV5>35 мм), амплитуда зубца R в отведении aVL>11 мм, Корнельский вольтажный индекс (SV3+RaVL>28 мм для мужчин и >20 мм у женщин), а также Корнельское произведение >2440 мм×мс. Всего стадий при гипертонической болезни 3. При первой стадии нет поражения органов-мишеней, вторая стадия характеризуется поражением органов-мишеней, в т.ч. гипертрофия левого желудочка, при третьей стадии присоединяются ассоциированные клинических состояний, ухудшающие прогноз. Таким образом, выявленная при ЭКГ гипертрофия левого желудочка позволяет отвергнуть первую стадию, но не дифференцировать вторую и третью стадии.

12. Стадии хронической болезни почек (ХБП) по скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в мл/мин/1,73кв.м:

1 стадия - СКФ > 90,

2 стадия - 60 – 89,

3А - 45 – 59,

3Б - 30 – 44,

4 - 15 – 29,

5 - < 15.

Стадии 3-5 соответствуют определению хронической почечной недостаточности (снижение СКФ 60 и менее мл/мин). Стадия 5 соответствует терминальной хронической почечной недостаточности (уремия). Таким образом СКФ важный патофизиологический параметр, отражающий почечную функцию.

13. В зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина выделяют три степени тяжести анемии:

Лёгкая – уровень гемоглобина ниже нормы, но выше 90 г/л;

Средняя – гемоглобин в пределах 90 - 70 г/л;

Тяжёлая – уровень гемоглобина менее 70 г/л.

14. Стадии ДВС-синдрома: 1 стадия - гиперкоагуляция и агрегация тромбоцитов; 2 стадия - переходная, с нарастающей коагулопатией потребления, тромбоцитопенией, разнонаправленными сдвигами в общих коагуляционных тестах; 3 стадия - гипокоагуляции вплоть до полной несвертываемости крови; 4 стадия – восстановления.

В фазе гиперкоагуляции отмечается укорочение времени свертывания крови, рекальцификации плазмы, повышение потребления протромбина, укорочение протромбинового и тромбинового времени. Такую же информацию дают и стандартизированные пробы — каолин-кефалиновое время, аутокоагуляционный тест и др. Также повышена адгезия тромбоцитов.

В конце фазы гиперкоагуляции, в начальном периоде гипокоагуляции обнаруживают следующие типичные сдвиги: наличие в мазке периферической крови обломков эритроцитов (феномен фрагментации); прогрессирующая тромбоцитопения; удлинение протромбинового времени; удлинение тромбинового времени; снижение уровня фибриногена в плазме; повышение содержания в плазме продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), Д-димера; повышение содержания в плазме, лишенной тромбоцитов, антигепаринового фактора (фактор 4); в ряде случаев сохранение положительных паракоагуляционных тестов (этаноловый, протамин-сульфатный), которые обычно отмечаются на ранних этапах.

Фаза гипокоагуляции характеризуется выраженным нарушением свертывания крови, что отражают все низко- и высокочувствительные коагуляционные тесты. Необходимо определение антитромбина III, а также плазминогена.

15. Величина рН — основной показатель кислотно-основного состояния (КОС) крови. У здоровых людей рН артериальной крови равен 7,40 (7,35-7,45), т.е. кровь имеет слабощелочную реакцию. Снижение величины рН означает сдвиг в кислую сторону — ацидоз (рН < 7,35), увеличение рН — сдвиг в щелочную сторону — алкалоз (рН > 7,45). Размах колебаний рН кажется небольшим вследствие применения логарифмической шкалы. Однако разница в единицу рН означает десятикратное изменение концентрации водородных ионов. Сдвиги рН более чем на 0,4 (рН менее 7,0 и более 7,8) считаются несовместимыми с жизнью. Колебания рН в пределах 7,35-7,45 относятся к зоне полной компенсации. Изменения рН вне пределов этой зоны трактуются следующим образом:

• субкомпенсированный ацидоз (рН 7,25-7,35);

• декомпенсированнй ацидоз (рН < 7,25);

• субкомпенсированный алкалоз (рН 7,45-7,55);

• декомпенсированный алкалоз (рН > 7,55).

16. РаСO2 (РСO2) — напряжение углекислого газа в артериальной крови. В норме РаСO2 составляет 40 мм рт. ст. с колебаниями от 35 до 45 мм рт. ст. Повышение или снижение РаСO2 является признаком респираторных нарушений. Альвеолярная гипервентиляция сопровождается снижением РаСO2 (артериальной гипокапнией) и респираторным алкалозом, альвеолярная гиповентиляция — повышением РаСO2 (артериальной гиперкапнией) и респираторным ацидозом.

17. Основным эхокардиографическим критерием оценки систолической функции левого желудочка сердца является фракция выброса левого желудочка (ФВ%), снижение которой <40%, особенно на фоне дилатации левого желудочка с увеличением конечно-систолического размера и объема (КСР, КСО) и/или конечно-диастолического размера и объема (КДР, КДО), свидетельствует о систолической дисфункции левого желудочка. Значение ФВ 40-49% считается промежуточным, а более 50% - сохранной или нормальной. Снижение сократительной способности миокарда также сопровождается снижением показателя - фракции укорочения левого желудочка (%S).

18. При ревматоидном артрите три степени активности. Первая степень (минимальная) – небольшое повышение СОЭ до 20 мм/ч, уровень фибриногена и сиаловых кислот немного повышен, суммарное количество лейкоцитов в норме, СРБ(+), альфа-2 глобулины повышены. Вторая стадия (средняя) – Лейкоциты 8-10 гр/л, СРБ(++), существенно повышенный уровень сиаловых кислот, альфа-2-глобулины до 15%, СОЭ от 25 до 40 мм/ч.

Третья стадия (высокая) – Лейкоциты 15-20 Г/л, СОЭ более 40 мм/ч, альфа-2-глобулины 15%,СРБ(+++), резко повышен уровень фибриногена и сиаловых кислот.

19. Хронический гепатит с минимальной степенью активности. При биохимическом исследовании в сыворотке крови — повышение активности АлАТ, АсАТ в 1,5-2 раза. Билирубин обычно в норме, но крайне редко может повышаться за счет прямой фракции. Тимоловая проба, протромбиновый индекс в норме или незначительно изменены. Гипергаммаглобулинемия (22—24%) без диспротеинемии. Общий белок до 8,8—9,0 г/л.

Хронический гепатит с низкой степенью активности. При биохимическом исследовании в сыворотке крови АлАТ и АсАТ в 2,5 раза выше нормы.

Хронический гепатит с умеренной степенью активности. При биохимическом исследовании в сыворотке крови гипербилирубинемия, постоянное или временное резкое повышеиие активности АлАТ и АсАТ — в 5—10 раз больше нормы, повышены показатели тимоловой пробы. Количество общего белка более 9 г/л. Гипергаммаглобулинемия больше 20% с диспротеинемией.

Хронический гепатит с выраженной степенью активности. При биохимическом исследовании в сыворотке крови гипербилирубинемия, постоянное или периодическое повышение активности АлАТ и АсАТ — в 10 раз выше нормы, гипергаммаглобулинемия, диспротеинемия. Повышены показатели тимоловой пробы и количество липопротеидов, снижены протромбиновый индекс и сулемовый титр.

Хронический гепатит с холестазом. При биохимическом исследовании в сыворотке крови повышение активности АлАТ и АсАТ, выражен синдром холестаза — гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, повышенная активность щелочной фосфотазы, гипергаммаглобулинемия и гиперферментемия.

20. Стадии язвы по результатам эндоскопического исследования:

I – острая стадия. Язва в эту стадию при эндоскопическом осмотре представляет собой дефект слизистой оболочки различного размера, формы и глубины. Чаще всего она имеет округлую или овальную форму, края ее с четкими границами, гиперемированы, отечны. В ряде случаев край, обращенный к кардиальному отделу, несколько подрыт, а дистальный край более пологий, сглаженный. Слизистая оболочка желудка или луковицы ДПК отечна, гиперемирована, складки ее утолщены и плохо расправляются воздухом, нередко имеются мелкоточечные эрозии, покрытые белым налетом и часто сливающиеся в обширные поля. Глубокие язвенные дефекты часто имеют воронкообразный вид. Дно язвы обычно покрыто фибринозными наложениями серовато-белого и желтоватого цвета, наличие темных вкраплений в дне язвы указывает на перенесенное кровотечение.

II – стадия стихания воспалительных явлений. Язвенный дефект в эту стадию характеризуется уменьшением гиперемии и отека слизистой оболочки и воспалительного вала в периульцерозной зоне, постепенно становится более плоским, может быть неправильной формы из-за появляющейся конвергенции складок слизистой оболочки к краям дефекта. Дно дефекта постепенно очищается от фибринозного налета, при этом может обнаруживаться грануляционная ткань, язва приобретает своеобразный вид, который описывается как «перец с солью» или «салями». Однако подобная картина наблюдается и в начале формирования язвы. На различных стадиях заживления язва изменяет форму на щелевидную, линейную или делится на несколько фрагментов.

III – стадия рубцевания – язва приобретает щелевидную форму с небольшой инфильтрацией и гиперемией вокруг нее; на слизистой оболочке в отдалении от язвы могут быть участки незначительной гиперемии, отека и единичных эрозий.

IV – стадия рубца. Постъязвенный рубец имеет вид гиперемированного участка слизистой оболочки с линейным или звездчатым втяжением стенки (стадия «красного» рубца). В дальнейшем при эндоскопическом исследовании на месте бывшей язвы определяются различные нарушения рельефа слизистой оболочки: деформации, рубцы, сужения. Чаще всего образуются линейные и звездчатые рубцы. При заживлении глубоких хронических язв или при частых рецидивах могут развиваться грубые деформации органа и стенозы. Нередко заживление хронической язвы может проходить без образования видимого рубца. Зрелый рубец приобретает белесоватый вид вследствие замещения грануляционной ткани соединительной тканью и отсутствия активного воспаления (стадия «белого» рубца). Рубцы и деформация стенки желудка и ДПК, образующиеся в результате частых обострений хронических язв, служат достоверными эндоскопическими критериями ЯБ.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) 31.08.49 Терапия

дисциплина Патология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** Патофизиология сердечно-сосудистого континуума.

**II.** Выполнение практического задания: определить стадию язвы желудка и 12-перстной кишки по результатам эндоскопического исследования.

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу. | Знатьпатофизиологию и патоморфологию при основных терапевтических заболеваниях и патологических состояниях. | вопросы № 1-20 |
| Уметьанализировать полученную информацию в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-20 |
| Владетьформированием заключений и выводов на основе полученной информации в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-20 |
| 2 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьпатогенез и морфологические изменения органов и систем при основных терапевтических заболеваниях и патологических состояниях. | вопросы № 1-20 |
| Уметьопределять показания для лабораторных, инструментальных и патоморфологических методов исследования для диагностики патологического процесса | практические задания № 1-10 |
| Владетьопределением стадии/степени/активности патологического процесса на основе результатов лабораторного и инструментального обследования. | практические задания № 11-20 |